Addendum 2018 onderhandelaarsakkoord medisch-specialistische zorg 2014 t/m 2017

21 april 2017

Partijen:
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)
- Patiëntenfederatie Nederland
- Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN)
- Federatie Medisch Specialisten (FMS)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)
- De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

1. Algemene overwegingen

Overwegende dat:

a. het huidige onderhandelaarsresultaat medisch-specialistische zorg 2014-2017 d.d. 16 juli 2013 afloopt per 31 december 2017;
b. partijen van mening zijn dat de gemaakte afspraken in het huidige onderhandelaarsresultaat een bijdrage leveren aan de kwaliteit en doelmatigheid van medisch-specialistische zorg en de budgettaire beheersbaarheid van de zorguitgaven en dat de huidige omstandigheden in de medisch-specialistische zorg, inhoudelijk en financieel, aanleiding zijn om de mogelijkheden te verkennen voor nieuwe afspraken voor de jaren na 2017;
c. politieke besluitvorming over eventuele nieuwe afspraken tussen het kabinet en de overige partijen en de wijze waarop hieraan invulling wordt gegeven, is aan het nieuwe kabinet, dat naar verwachting in de loop van 2017 zal aantreden;
d. partijen op korte termijn actief willen blijven werken aan verbetering van de kwaliteit, de doelmatigheid en de financiële beheersbaarheid van de zorg zonder de ruimte voor een nieuw kabinet voor de langere termijn in te perken;
e. het wenselijk is dat met het oog op de contractering voor 2018 tijdig duidelijkheid bestaat over de inhoudelijke en financiële kaders voor het jaar 2018.

Spreken partijen het volgende af:

2. Inhoudelijke afspraken

a. De inhoudelijke afspraken die zijn verwoord in hoofdstuk 3 van het onderhandelaarsresultaat medisch-specialistische zorg 2014-2017 blijven gedurende het kalenderjaar 2018 van kracht. Met dit addendum committeren de ondertekenaars zich aan voortzetting van de verdere uitvoering van die afspraken. Voorbeelden hiervan zijn de uitvoering van de in gang gezette verbeteracties in het kader van de door partijen opgestelde kwaliteits- en doelmatigheidsagenda, het op transparantere en objectievere wijze verantwoorden van de beschikbaarheidbijdrage academische zorg zoals afgesproken in het door betrokken partijen (VWS, NFU, NZa) opgestelde plan van aanpak Robijn, voortzetting van de afspraken over optimalisering van het contracteringsproces en uitvoering van de activiteiten ten aanzien van correct registreren en declareren. Wel leggen partijen binnen de kaders van de huidige afspraken een aantal accenten in verband met ontwikkelingen in de sector.
b. Partijen zijn van mening dat er aandacht moet zijn voor het wegnemen van belemmeringen om kansrijke eHealth toepassingen en procesinnovaties breed in de zorg ingevoerd te krijgen. Alle betrokken partijen zullen zich inspannen om goede voorbeelden op dit terrein zo breed mogelijk onder hun achterbannen te verspreiden en implementatie op de werkvloer te bevorderen. Bij de ontwikkeling van richtlijnen en protocollen zal nadrukkelijk aandacht worden besteed aan de mogelijkheden van eHealth en procesinnovaties. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zullen ook bij de contractering van zorg deze thema's expliciet agenderen. Als hierbij specifieke belemmeringen in de huidige bekostiging blijken, zullen deze worden opgepakt. De afgelopen jaren is een aantal trajecten in gang gezet om de randvoorwaarden voor eHealth beter op orde te krijgen. De kern hiervan is het realiseren van goede informatie-uitwisseling, zodat deze op het juiste moment op de juiste plek bij de juiste persoon is.

Zorgbreed zijn hierover binnen het Informatieberaad outcome-doelen afgesproken. Binnen de sector voor de medisch- specialistische zorg wordt aan de volgende trajecten samengewerkt om deze goede informatie uitwisseling te realiseren:

- de ontwikkeling en implementatie van de Basisgegevensset Zorg en de daarbij behorende Zorginformatie-bouwstenen;
- de bijdrage van partijen aan de ontwikkeling van standaarden voor persoonlijke gezondheidsomgevingen (MedMij);
- het e-healthprogramma in het kader van het Citrienfonds;
- het programma voor ziekenhuizen voor versnelling van informatie-uitwisseling tussen patiënt en professional (VIPP).

Naast bovenstaande programma's voor (academische) ziekenhuizen, wordt extra aandacht en inzet gegenereerd voor een programma informatie-uitwisseling voor zelfstandige klinieken en een programma voor overige instellingen voor medisch-specialistische zorg.

c. Partijen plaatsen dit akkoord in het perspectief van een meerjarig akkoord voor de jaren 2019-2022, gericht op beheersing en doelmatigheid van de zorguitgaven langs de lijnen van een inhoudelijke agenda (gezonde groei). Daarom zal de komende tijd benut worden om voor een aantal thema's actieplannen op te stellen waarvan de resultaten beschikbaar zijn voor eventuele afspraken vanaf 2019:
   - arbeidsmarktvraagstukken (zie verder onder e.);
   - vermindering registratiedruk voor professionals (voortbouwen op bestaande initiatieven en verdere intensivering van activiteiten);
   - bevordering van 'De juiste zorg op de juiste plek', waarbij patiëntenperspectief en innovatieve mogelijkheden worden betrokken;
   - toegankelijkheid van (acute) zorg en eerstelijnsopvang (voor kwetsbare groepen).

   De actieplannen zullen uiterlijk 1 november 2017 beschikbaar zijn. Dit laat uiteraard onverlet dat partijen ook nu al verder gaan met deze thema's.
   Tevens zullen partijen in het verlengde van eerder gemaakte afspraken, in overleg gaan over de bekostiging en verdere concretisering van acties op het terrein van dure geneesmiddelen (toelating, kosteneffectiviteit, volumeontwikkelingen, gezamenlijke inkoop, gepast gebruik, stimulans omzetting biosimilars e.d.).
d. Rond de vergroting van de transparantie over de kwaliteit van zorg zijn partijen van mening dat het resultaat van een behandeling voor patiënten meer centraal moet komen te staan. Zowel ter ondersteuning van het keuzeproces van patiënten en de gezamenlijke besluitvorming over de passende behandeling en de passende behandelaar, als in het contracteringsproces van zorg tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars zullen de inzichten in de uitkomsten van zorg en patiëntenervaringen nadrukkelijker meewegen bij de inkoop van zorg. Partijen willen het inzicht in uitkomsten voor patiënten vergroten. In lijn met de samenwerkingsafspraken tussen partijen d.d. 4 oktober 2016 houdt het Zorginstituut een sturende rol bij de nadere uitwerking en zal waar mogelijk samenwerking op internationaal niveau zoeken ter versnelling van dit proces. De minister heeft per brief van 21 februari 2017 richting de Tweede Kamer aangegeven er naar te streven dat binnen vijf jaar voor ruim de helft van de ziektelast inzicht bestaat in uitkomsten die ertoe doen voor patiënten. Het is de intentie van de minister om dit deel van de ziektelast te benoemen in concrete aandoeningen en condities.
e. De groeiende vraag naar en toenemende zorgzwaarte van medisch-specialistische zorg vraagt veel van de professionals in de zorg. Er is behoefte aan meer personeel, maar ook aan personeel met andere (nieuwe) competenties en vaardigheden. De voor 2018 beschikbare gelden voor de kwaliteitsimpuls personeel algemene en categorale ziekenhuizen (KIPZ) worden als stimulans hiertoe ingezet. Er zal in 2017 een arbeidsmarktagenda worden opgesteld waarin afspraken worden vastgelegd over concrete, brancheoverstijgende acties om de arbeidsmarktvraagstukken aan te pakken. Daarnaast zullen zorgaanbieders de verwachte zorgvraag (hoeveelheid en complexiteit) en de daarmee samenhangende personeelsbehoefte in regionaal perspectief analyseren zodat zij tijdig kunnen inspelen op ontwikkelingen en zo veel als mogelijk voorkomen dat er personeelstekorten ontstaan.
f. Partijen spannen zich tot het uiterste in om de zorg binnen de Treeknormen te blijven leveren waarmee wordt voorkomen dat wachtlijsten ontstaan of zullen oplopen. Zorgverzekeraars zullen voortdurend alert zijn op het ontstaan van wachtlijsten en uit hoofde van hun zorgplicht zo nodig actie ondernemen. Zij zijn daarbij afhankelijk van de signalen van zorgaanbieders

zelf. Zorgaanbieders zullen tijdig in overleg treden met verzekeraars als zich problemen voordoen of dreigen voor te doen.

3. Financiële randvoorwaarden

a. Mede op grond van de toenemende financiële druk op de medisch-specialistische zorg door onder meer de ontwikkeling van (nieuwe) dure geneesmiddelen en de toeloop van kwetsbare ouderen in de acute zorg, wordt voor het jaar 2018 een landelijk maximum groeipercentage afgesproken van 1,6%[1], exclusief jaarlijkse indexatie voor loon- en prijsbijstelling[2]. Dit betreft een landelijk maximum groeipercentage en laat onverlet keuzes die in contractafspraken kunnen worden gemaakt tussen individuele zorgverzekeraars en zorgaanbieders op basis van de reële zorgvraag in de lokale/regionale situatie. Dit betekent dat – via de contractering – de volumegroei in sommige ziekenhuizen en klinieken hoger kan zijn dan het genoemde landelijke groeipercentage en andere ziekenhuizen of klinieken op een lager groeipercentage (of zelfs krimp) kunnen uitkomen. Bij de contractering zullen partijen bij de tariefstelling de reële kostenontwikkeling, onder meer samenhangend met sociale lasten, in ogenschouw nemen en zal - daar waar een lange termijnagenda gedeeld wordt - meerjarige contractering worden gestimuleerd.

b. Partijen vinden het essentieel om passende zorg aan patiënten te kunnen leveren ('de juiste zorg op de juiste plek'). Patiënten die om zorginhoudelijke redenen niet noodzakelijk in een ziekenhuis behandeld moeten worden, dienen in beginsel elders opgevangen en behandeld te worden. Dergelijke vormen van passende zorg kunnen worden geleverd door de huisarts, paramedicus, wijkverpleegkundige en binnen de langdurige zorg. In dat kader zullen zorgverzekeraars voldoende passende zorg contracteren om onnodige belasting van de ziekenhuizen (zowel de SEH als het beddenhuis) te voorkomen. Afhankelijk van de nog lopende gesprekken in andere sectoren zal worden bepaald of de budgettaire kaders wijkverpleging en eerstelijnsverblijf zullen worden verhoogd. Daarnaast zullen zorgverzekeraars, in overleg met de zorgaanbieders, zorg dragen voor het regionaal beschikbaar komen van één 'loket' waar huisartsen en ziekenhuizen te allen tijde terecht kunnen wanneer zij een bed zoeken zowel voor (vervolg)zorg na ontslag uit het ziekenhuis als voor instroom direct vanuit de eerste lijn. Deze inspanningen aan de randen van de medisch-specialistische zorg leiden tot vermindering van de instroom in de ziekenhuizen en tot verbetering van de uitstroom uit de ziekenhuizen. De als gevolg daarvan vrijvallende middelen binnen de ziekenhuissector blijven in 2018 voor de sector behouden.

c. Ter bevordering van 'de juiste zorg op de juiste plek' hebben zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de eerste en tweede lijn gezamenlijk een analyse gemaakt van de zorgvormen en behandelingen die zouden kunnen verschuiven van tweede naar eerste lijn. Op basis van die analyse zal voor de contractering 2018 voor substitutie een reservering ter grootte van € 75 miljoen worden gemaakt in het budgettair kader voor de medisch-specialistische zorg. Voor zover contractueel vastgelegde afspraken worden gemaakt over daadwerkelijke verschuivingen van zorg van tweede naar eerste lijn zal het budgettair kader voor de eerste lijn met het bijbehorende bedrag worden verhoogd met een gelijktijdige identieke verlaging van genoemde reservering in het budgettair kader voor de medisch-specialistische zorg met een maximum van € 75 miljoen. Indien de contractueel vastgelegde afspraken over substitutie in totaal minder dan € 75 miljoen omvatten, zal het restant beschikbaar blijven voor de medisch-specialistische zorg. Op grond van de gerealiseerde contractering van daadwerkelijk gesubstitueerde zorg zullen zorgverzekeraars advies aan VWS uitbrengen welk bedrag van de genoemde reservering van € 75 miljoen niet is gebruikt voor substitutie van zorg van tweede naar eerste lijn[3]. Op basis van dat advies zal VWS vaststellen welk bedrag van de reservering van € 75 miljoen beschikbaar blijft voor de medisch-specialistische zorg. De NZa zal gevraagd worden begin 2018 te monitoren of de gecontracteerde substitutieafspraken ook daadwerkelijk leiden tot verplaatsing van zorg van de

[1] De beschikbare groeiruimte 2018 in euro's wordt bepaald door 1,6% groei te berekenen van het kader 2017. Als gevolg van een tweetal taakstellingen die een oploop kennen in 2018, komt de effectieve groei van het beschikbare kader 2017-2018 lager uit dan 1,6%. In verband met optredende besparingsverliezen worden deze taakstellingen met € 30 miljoen verlaagd. De effectieve groei komt daarmee uit op 1,4%.

[2] De loon- en prijsbijstelling 2018 wordt in het najaar 2017 bepaald op basis van CPB-cijfers.

[3] Partijen werken nog uit welke informatie daarvoor op welk moment beschikbaar moet zijn, zodat de substitutieafspraken bij de contractering 2018 kunnen worden betrokken.

tweede lijn naar de eerste lijn en dus tot het feitelijk leveren van minder zorg in de tweede lijn. De uitkomsten van die monitoring worden betrokken bij het vaststellen van het financiële kader 2019 en latere jaren en bij het beoordelen van de noodzaak tot het eventueel inzetten van een MBI over 2018.

d. De gelden die in het onderhandelaarsresultaat medisch-specialistische zorg 2014-2017 zijn genoemd voor de Stichting Kwaliteitsgelden medisch-specialistische zorg (SKMS, € 12,5 miljoen) en voor de Patiëntenfederatie Nederland voor patiëntenparticipatie (€ 3 miljoen) blijven beschikbaar in 2018. Ook de in het Zorgakkoord 2014-2017[4] afgesproken subsidieregeling ten behoeve van een kwaliteitsimpuls personeel algemene en categorale ziekenhuizen blijft in 2018 beschikbaar.
e. Voor de medisch-specialistische zorg resulteert dit alles in het voor 2018 beschikbaar stellen van een beschikbaar kader van € 21.875[5] miljoen, exclusief de indexatie voor loon- en prijsbijstelling 2018.
f. Indien onverhoopt het afgesproken macrokader 2018 wordt overschreden kan VWS maatregelen nemen om de overschrijding te redresseren via het macrobeheersinstrument, kader- of tariefkortingen. Daarbij zal VWS de ontwikkeling van de uitgaven in de afgelopen jaren in ogenschouw nemen.
g. Met het oog op het afsluiten van een nieuw meerjarig akkoord zal VWS bezien op welke manier in de financiële startsituatie structureel omgegaan kan worden met de verdere oploop van de taakstelling marktwerking na 2018[6].

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra

Mw. mr. Y.C.M.T. van Rooy

Prof. dr. E.J. Kuipers

Patiëntenfederatie Nederland

Zelfstandige Klinieken Nederland

Mw. drs. D.A. Veldman

J. H. Dekker

[4] Zoals beschreven in een brief van de minister en staatssecretaris aan de Tweede Kamer d.d. 24 april 2013.
[5] Dit bedrag is inclusief de beschikbare middelen voor de subsidieregeling NIPT (€ 26 mln) en de subsidieregeling overgang integrale tarieven medisch-specialistische zorg (€ 2,7 mln). Deze middelen blijven beschikbaar voor de sector via de Rijksbegroting. Ten behoeve van de contractering door zorgverzekeraars en vaststelling van het mbi-kader dient daarnaast rekening te worden gehouden met de reservering voor substitutie van 75 miljoen als benoemd onder punt 3c, en de beschikbare middelen voor de SKMS (€ 12,5 mln) en de patiëntenparticipatie (€ 3 mln). Eventuele technische wijzigingen in de begroting 2018 zullen van invloed zijn op het uiteindelijke beschikbare kader.
[6] Het betreft een taakstelling die in het Regeerakkoord Rutte I is verwerkt.

Federatie Medisch Specialisten

Dr. M.C.G. Daniëls

Verpleegkundigen en
Verzorgenden Nederland

J.H. Bakker MHA

Zorgverzekeraars Nederland

Mr. A. Rouvoet

Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Mw. drs. E.I. Schippers