

KWALITEITS- EN DOELMATIGHEIDSAGENDA
MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG



VERBINDEN,

VERBETEREN,

BORGEN

April 2014 (incl. jaaragenda 2014)

Nederlandse Patiënten- en Consumenten Federatie (NPCF)

Orde van Medisch Specialisten (OMS)

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)

Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)

Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN)

Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport (VWS)



Zorgverzekeraars Nederland



AANLEIDING

Afgelopen zomer sloten de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), de Orde van Medisch Specialisten (OMS), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) een akkoord met het kabinet Rutte II over de kosten van de medisch-specialistische zorg tot en met 2017. In het akkoord is afgesproken dat de maximale groei van medisch- specialistische zorg wordt teruggebracht naar 1,5% in 2014 en tot 1% voor de periode 2015-2017. Dit levert een extra besparing op van ongeveer 1 miljard euro.

Naast de taakstellende groeibeperking hebben de ondertekenaars van het akkoord zich ook verbonden aan een gezamenlijk uit te werken kwaliteits- en doelmatigheidsagenda. Deze agenda vormt het hart van het akkoord en is één van de in het akkoord benoemde elementen die de sector ondersteunen bij het beperken van de groei. Dit document beschrijft de gemeenschappelijke visie op integrale aanpak van kwaliteit en doelmatigheid in de zorg en de wijze waarop de partijen uitvoering gaan geven aan deze gezamenlijke agenda.

KWALITEITS- EN DOELMATIGHEIDS-AGENDA

Het hoofddoel van de agenda is het verder verbeteren van de kwaliteit en doelmatigheid van zorg. De NPCF, OMS, NVZ, NFU, ZKN, ZN en VWS zijn ervan overtuigd dat een systematische en gezamenlijke inzet op kwaliteitsverbetering in belangrijke mate bijdraagt aan de doelmatigheid van zorg en daarmee het toegankelijk houden van de gezondheidszorg.

Het vliegwiel om kwaliteit te verbeteren en tegelijkertijd kosten te besparen is niet makkelijk in gang te zetten en te houden. Een systematische en gezamenlijke aanpak van zorgverleners, ziekenhuizen¹, verzekeraars en patiënten is nodig om de kwaliteit daadwerkelijk te verbeteren en om te werken aan het reduceren van de kosten voor de zorg. Dit is ook waar Klink voor pleit in het rapport 'Kwaliteit als Medicijn: Aanpak voor Betere Zorg'². Het Amerikaanse Institute of Medicine stelt dat een lerend systeem waarin een permanente en planmatige verbetercyclus wordt uitgevoerd door alle partijen in de zorg hiervoor de basis is. Ook het Zorginstituut Nederland streeft naar een dergelijke cyclus.



Figuur 1. Kwaliteitsverbetering als vliegwiel voor kostenbesparing (Booz&Co 2012)

Basis voor de gewenste kwaliteitsverbetering vormt een lerend systeem gebaseerd op een permanente planmatige verbetercyclus uitgevoerd door alle partijen in de zorg^{3,4,5}.

Deze verbetercyclus bevat de volgende stappen:

- **Plan:** Formuleer wat goede zorg is
- **Do:** Pas dit toe (implementatie);
- **Check:** Evalueer de uitkomsten (meetinstrumenten, indicatoren);
- **Act:** Verdieping (onderzoek) eventueel leidend tot bijstellen van de normen voor goede zorg.



Figuur 2: Kwaliteitscyclus/ Deming cyclus

INZET OP DRIE PIJLERS

Drie onderwerpen vormen de pijlers van de agenda: gepast gebruik, transparantie en juiste zorg op de juiste plaats. Gepast gebruik van zorg is een kernelement in de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda. Verfijnde methoden om gepast om te gaan met zorg zijn noodzakelijk. Meerdere onderwerpen uit de agenda leiden in onderlinge samenhang tot meer gepast gebruik van zorg. Uitgangspunt is dat zorg aangeboden wordt aan die patiënten die daar ook echt op zijn aangewezen en die profijt hebben van een behandeling en een behandeling ook wensen.

1 Waar in dit document ziekenhuizen staat, zijn ziekenhuizen, universitair medisch centra en zelfstandige behandelklinieken bedoeld

2 'Kwaliteit als Medicijn: Aanpak voor Betere Zorg' (2012, www.booz.com/media/file/BoozCo_Kwaliteit-als-medicijn.pdf).

3 Best care at lower costs, IOM 2011

4 Het kwaliteitsbeleid medisch specialisten is gebaseerd op een PDCA cyclus. SKMS gelden financieren projecten van de wetenschappelijke verenigingen en OMS t.b.v. het kwaliteitsbeleid medisch specialisten.

5 Zorginstituut Nederland

Geen onder- maar ook geen overbehandeling. Volgens de principes van stepped care.⁶ Een voorbeeld van een concrete actie die op het terrein van gepast gebruik wordt ondernomen zijn de top 5 lijstjes met verstandige keuzes die inmiddels al 13 wetenschappelijke verenigingen binnen het programma “Verstandig Kiezen” (bijlage 2) worden ontwikkeld. Verstandige keuzes zijn evidence based aanbevelingen waarover artsen en patiënten het gesprek zouden moeten voeren.

Deze verstandige keuzes moeten artsen en patiënten helpen om het gesprek te voeren over de juiste behandeling voor de individuele patiënt. Daarmee beoogt de campagne een belangrijke bijdrage te leveren aan het gepast gebruik van zorg. Komende jaren zullen ook andere wetenschappelijke verenigingen hiermee aan de slag gaan. In de tussentijd wordt ook de internationale samenwerking vormgegeven met onder meer Choosing Wisely USA en Choosing Wisely Canada. In juni wordt de startbijeenkomst hiervan georganiseerd in Amsterdam.

Kader 1 Inzet op gepast gebruik leidt tot resultaat⁷

Na het aanscherpen van de richtlijn lage rug hernia, is het aantal operaties aan lage rughernia in Nederland verminderd van 11.000 in 2010 naar 9.000 in 2012. Uitvoering van de kwaliteitscyclus rond het verwijderen van neus- en/of keelamandelen (onderzoek verrichten, richtlijn opstellen, onderzoek uitvoeren, herziening richtlijn) heeft tot een vermindering van het aantal operaties geleid van 135.000 in de jaren '70 tot 55.000 operaties in 2009 en lijkt verder af te zijn genomen met nog eens 25% in 2012.

Transparantie is een belangrijke voorwaarde voor het optimaal functioneren van het zorgstelsel. Zorgverleners hebben informatie nodig over de uitkomsten van de zorg om te kunnen evalueren en te verbeteren. Zorgverzekeraars hebben informatie nodig om een goede kwaliteit van zorg in te kopen. Zij kunnen hun verzekerden daarmee uitleggen waarom zij selectief inkopen en op basis waarvan. Maar ook patiënten hebben deze informatie nodig om hun rol als kritische zorgconsument in te vullen. Hierbij moet gedacht worden aan informatie over de kosten en informatie over de kwaliteit. Alleen op basis van goede, onafhankelijke en gevalideerde informatie kunnen patiënten de juiste keuzes maken.

Voorbeelden van concrete acties die op het terrein van transparantie wordt ondernomen zijn de ontwikkeling van de Zorgatlas door de NPCF en de ontwikkeling van voorwaarden die partijen aan kwaliteitsregistraties stellen. De NPCF zal binnen het bredere kader van de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda in de Zorgatlas inzicht bieden in het drieluik van (ongewenste) praktijkvariatie, uitkomsten en kosten. De interpretatie en duiding van deze gegevens is iets wat in gezamenlijkheid zal gebeuren. Een andere concrete activiteit vormen de afspraken die partijen momenteel maken rond de kwaliteitsregistraties. Kwaliteitsregistraties vormen een belangrijk onderdeel van de Transparantieagenda van partijen. De voorwaarden die momenteel door partijen worden opgesteld zijn belangrijk om de gewenste transparantie te bereiken, bij te dragen aan kwaliteitsverbetering en tegelijkertijd de registratielasten niet te laten oplopen. Tevens worden afspraken gemaakt over de structurele financiering van dergelijk registraties. De NVZ draagt verder belangrijk bij aan de gevraagde transparantie door middel van haar Kwaliteitsvensters die dit voorjaar gepubliceerd zullen worden. Het Kwaliteitsvenster bestaat uit tien onderwerpen die iets zeggen over de kwaliteit van zorg van een ziekenhuis. Patiënten kunnen in één oogopslag zien hoe hun ziekenhuis scoort op een bepaald onderwerp ten opzichte van een eerdere jaren, een landelijke gemiddelde en/of de norm. Ziekenhuizen geven zelf een toelichting geven op de score.

⁶ Zorgmethode volgens het principe van getrapte zorg. Stappenplan van steeds intensievere vormen van zorg, waarbij het niet de bedoeling is om alle stappen af te lopen, maar juist om met zo weinig mogelijk stappen resultaat te boeken: het opheffen van de verschijnselen. Regieraad 2013. http://glossarium.regieraad.nl/Stepped_care

⁷ <http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/a-randomised-cost-effectiveness-study-on-the-surgical-versus-conservative-treatment-of-sciatica/hoe-nu-verder/>, <http://www.skipr.nl/blogs/id1378-cijferwerk-cz-25000-operaties-te-weinig.html>

Kader 2 Transparantie bevordert kwaliteit en doelmatigheid^{8,9}

Het DICA heeft inmiddels berekend dat het registreren van uitkomsten van zorg (zowel door artsen als patiënten), en vervolgens inzetten van verbeteringen, waarde toevoegt. Daar waar de investering van dit soort registraties eenmalig €100.000 en vervolgens €250.000 op jaarbasis is, kan de besparing een veelvoud te zijn. Uit de analyse van de resultaten van de registratie van uitkomsten rond darmkankerchirurgie lijkt alleen al dat deze tot € 20 miljoen besparing per jaar kan leiden door vermindering van ligduur, complicaties en sterfte. De berekende besparing is mogelijk nog een onderschatting. Door financiële ondersteuning van Zorgverzekeraars Nederland draaien inmiddels 10 registraties bij de DICA. Ook zijn er bijdragen aan diverse registraties vanuit de SKMS gelden. Koppeling met PROMS en Vektis gegevens levert al rijkere informatie op en de uitbouw naar ketenbrede registraties is inmiddels in volle gang.

Tot slot zien partijen mogelijkheden voor het verbeteren van kwaliteit en doelmatigheid in het verlenen van de juiste zorg op de juiste plaats. Passende zorg dient verleend te worden door die professional en in die setting die daar het meest geschikt voor is. Zo is bijvoorbeeld de afgelopen jaren een beweging ingezet waarin complexe zorg toenemend wordt geconcentreerd. Deze beweging is gepaard gegaan met aanzienlijke kwaliteitsverbetering. Substitutie van zorg binnen de 2e lijn en van de 2e naar de 1e lijn en taakherschikking tussen beroepsbeoefenaren kunnen bijdragen aan doelmatiger zorg, met behoud van kwaliteit.

Een voorbeeld van concrete actie op het terrein van de juiste zorg op de juiste plaats zijn de pilots in het veld om te komen tot integrale vormgeving van de geboortezorg. Dit wordt gedaan door 1e lijns verloskundigen en gynaecologen in één organisatorisch verloskundig samenwerkingsverband te plaatsen. Ook worden goede voorbeelden in kaart gebracht zoals bijvoorbeeld de transmurale afspraken die in Amsterdam bestaan rond perifeer arterieel vaatlijden, een van de onderwerpen op de jaaragenda voor 2014 (zie hieronder). Een ander voorbeeld vormen de activiteiten rond de nieuwe richtlijndatabase. Bij het invoeren van de richtlijnen in de richtlijnen database wordt gekeken naar het bestaan van concrete substitutie criteria, daar waar deze opportuun zijn. Ontbreken ze, dan komen ze op de ontwikkelagenda van partijen te staan.

Een systematische en gezamenlijke inzet op deze drie pijlers draagt in belangrijke mate bij aan de doelmatigheid van de zorg en daarmee aan het toegankelijk houden van de gezondheidszorg. De agenda onderscheidt zich doordat partijen individuele activiteiten niet alleen bundelen in één agenda maar ook in samenhang met elkaar brengen. Lessons learned worden uitgewisseld en dubbelingen worden voorkomen. Dit kan ook: op (vrijwel) elk van de in het akkoord genoemde activiteiten lopen al zeer veel initiatieven. Succesvolle initiatieven worden opgeschaald en worden uitgebreid.

8 <http://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/Nieuws/2013/6/Kwaliteitsregistraties-in-de-zorg-leveren-twintig-miljoen-op-1292584W/> .

9 In nader onderzoek naar mogelijk financiële besparingen t.g.v. kwaliteitsregistraties dient ook rekening te worden gehouden met kosten additionele administratieve lasten in ziekenhuizen. Met invoering van bronregistratie worden deze naar verwachting lager.

Kader 3

Kwaliteits- en doelmatigheidswinst door integrale aanpak.

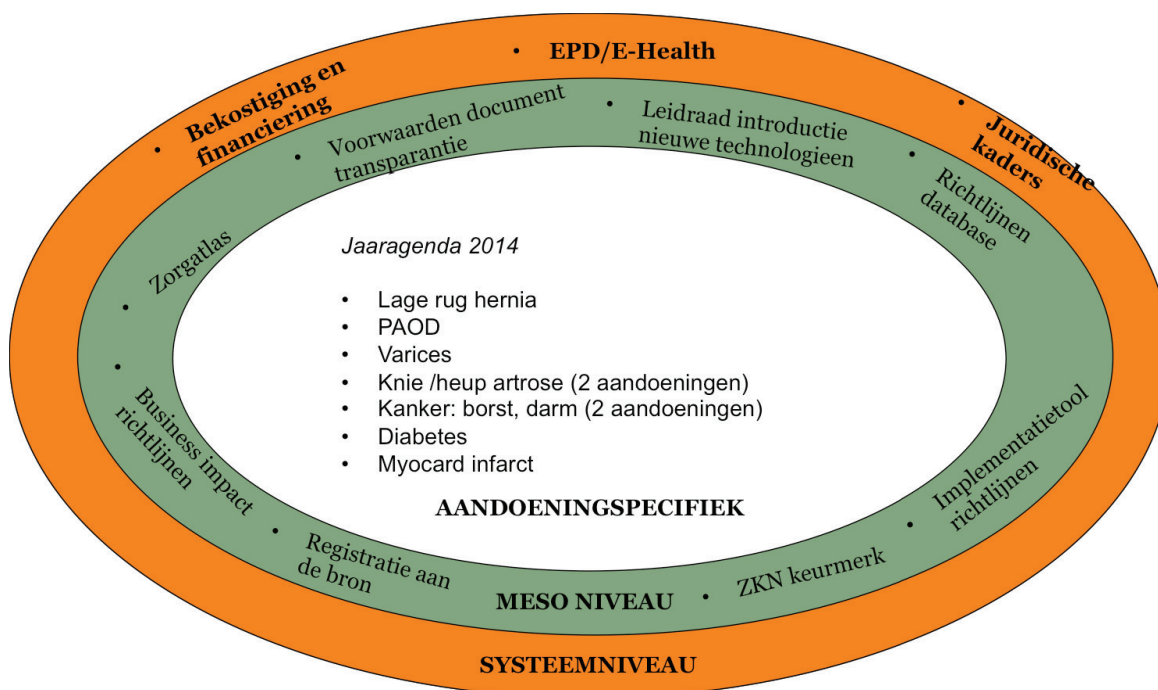
Recent Nederlands onderzoek ondersteunt de kracht die uit kan gaan van een dergelijke kwaliteitscyclus. Uit het promotieonderzoek van Ronald Damhuis (17 oktober 2013) blijkt dat de kwaliteit van de kankerzorg in Nederland de afgelopen jaren spectaculair verbeterd is. De post-operatieve sterfte is met 25% gedaald sinds 2009. Dit is niet alleen te danken aan een verbetering van de technologische mogelijkheden. Na signalering van het KWF dat de kankerzorg beter kon, hebben medisch specialisten en patiënten minimumnormen geformuleerd (Plan) en is de kankerzorg geconcentreerd (Do). Er wordt gemeten aan uitkomsten van zorg (Check) en op basis hiervan zijn verbeteringen ingezet (Act). Audit en kwaliteitsvisitaties ondersteunen dit proces. Zorgverzekeraars hebben de normen en kwaliteitsinformatie onderdeel gemaakt van de zorginkoop. Tegelijkertijd zijn er op basis van signalen van de inspectie voor de gezondheidszorg (Act) dat kwaliteit van het operatief proces beter kon ook verbeteringen ingezet, er is een richtlijn geformuleerd (Plan), en die wordt nu breed uitgevoerd (Do).

Kortom er is een lerend systeem waarin gesignaleerd wordt dat iets beter kan, gedefinieerd wordt hoe dat beter kan, die verbetering ingezet wordt, weer gemeten wordt en op basis van nieuwe signalen uit die meting weer nieuwe verbeteringen worden ingezet.

UITWERKING KWALITEITS- EN DOELMATIGHEIDSAGENDA

In de uitvoering van de K&D agenda hebben de ondertekenaars van het onderhandelaarsresultaat gekozen voor gelaagde aanpak. Startpunt van deze gelaagde aanpak is de voorliggende kwaliteit- en doelmatigheidsagenda, waarmee we inzetten op een cyclus van continue kwaliteitsverbetering, met de focus op drie pijlers: Gepast gebruik, Transparantie en de juiste zorg op de juiste plaats. De gelaagde aanpak vertaalt zich in concrete acties op drie niveaus: op de werkvloer/aandoeningsniveau, op meso/koepelniveau en op systeemniveau.

De uitwerking op drie niveaus is onderstaand schematisch weergegeven met voorbeelden van activiteiten op de drie niveaus.



Figuur 3. Uitwerking kwaliteits- en doelmatigheidsagenda op drie niveau's.

1. VERTALING NAAR ACTIVITEITEN M.B.T. CONCRETE AANDOENINGEN MIDDELS EEN JAARAGENDA (WERKVLOER-/MICRONIVEAU)

De hierboven beschreven inzet op de drie pijlers zal concreet moeten worden uitgewerkt en opgepakt op de werkvloer. De concrete uitwerking geschiedt in jaaragenda's. In deze jaaragenda staan voor gespecificeerde aandoeningen de activiteiten benoemd waarmee de verschillende partijen aan de slag gaan. In de jaaragenda wordt inzichtelijk gemaakt wie wat, wanneer doet. Voor 2014 is pragmatisch gekozen voor 9 aandoeningen: knieartrose, heupartrose, lage rughernia, perifere arterieel vaatlijden, varices, diabetes, mammacarcinoom, darmcarcinoom en myocard infarct. Voor deze aandoeningen zal de hele kwaliteitscyclus worden opgepakt. Door zowel in te zetten op richtlijnontwikkeling, implementatie van richtlijnen, registraties en zorginkoop wordt de kwaliteit en doelmatigheid bij genoemde aandoeningen structureel verbeterd. De aanpak voor deze jaaragenda en een concreet voorbeeld staan uitgewerkt in bijlage 1. De activiteiten uit de jaaragenda van 2014 starten in 2014 maar lopen deels door in de daaropvolgende jaren. De kwaliteitscyclus houdt immers niet na één jaar op. Over de voortgang van de jaaragenda wordt halfjaarlijks verslag gedaan. In de loop van 2014 wordt de aanpak geëvalueerd. In de komende jaren wordt eenzelfde aanpak gehanteerd.

2. ACTIVITEITEN OP KOEPEL/MESO NIVEAU

Niet alleen op de werkvloer, maar ook op koepelniveau worden er ook concrete activiteiten uitgevoerd. Middels een zogeheten 'witte vlekkenanalyse' is duidelijk geworden voor welke onderwerpen er nog weinig of geen activiteiten worden opgepakt. In bijlage 3 zijn de voorgenomen activiteiten, zoals deze tot nu toe zijn geïnventariseerd, kort en bondig weergegeven. Binnen deze agenda zoeken de partijen nadrukkelijk naar verbinding, samenhang en uitbreiding van de verschillende activiteiten. Hierin onderscheidt de agenda zich van de hiervoor bestaande praktijk (grotendeels afzonderlijke activiteiten). De activiteiten van de koepels zijn veelal randvoorwaardelijk voor het realiseren van de geambieerde kwaliteitscyclus. Een concreet voorbeeld van deze randvoorwaardelijke activiteiten zijn de inspanningen van de NFU op het terrein van bronregistraties en de richtlijnen database van de OMS. Deze activiteiten dragen bij aan het versnellen en versterken van de genoemde activiteiten op werkvloerniveau.

3. ACTIES OP SYSTEEMNIVEAU

Met de verschillende partijen wordt onderzocht of positieve prikkels in het systeem kunnen worden aangebracht die bijdragen aan de gewenste ontwikkeling. Concreet zal bijvoorbeeld onderzocht worden hoe shared savings modellen een bijdrage kunnen leveren aan het uitvoeren van kostbaar doelmatigheidsonderzoek. Daarnaast zullen acties op werkvloerniveau voor de gespecificeerde aandoeningen en de randvoorwaardelijke acties op koepelniveau mogelijk barrières op systeemniveau aan het licht brengen. Hierbij kan gedacht worden perverse prikkels in wet- en regelgeving of in de bekostiging. Met partijen is afgesproken dat deze barrières stelselmatig worden verzameld en dat, waar mogelijk, concrete acties worden opgezet om deze barri-

ères te verbreken.

NIEUWE INITIATIEVEN

VWS is voornemens om de NFU een subsidie te verstrekken ten behoeve van de verbetering van de duurzaamheid van de gezondheidszorg. Gedacht wordt aan innovaties ten behoeve van een doelmatige en toekomstbestendige gezondheidszorg op het gebied van bijvoorbeeld eenmalige registratie voor meervoudig gebruik, het bevorderen van zinnige zorg en de patiënt meer aan zet door middel van e-health-toepassingen. Het programma dat hiertoe ontwikkeld wordt zal complementair en aansluitend zijn aan de activiteiten in het kader van de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda, waaronder de Campagne Verstandig Kiezen.

ORGANISATIE EN GOVERNANCE

OMS, NVZ, NFU, ZKN, ZN, NPCF en VWS werken de komende jaren gezamenlijk de doelstellingen uit die zijn geformuleerd in de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda. Om de samenwerking zo goed mogelijk te organiseren, is het van belang aandacht te hebben voor een aantal onderwerpen met betrekking tot de organisatie, bekostiging en evaluatie van de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda.

Randvoorwaarden voor de samenwerking zijn dat partijen:

1. Jaarlijks een eigen (voorgenomen) beleidsagenda ten aanzien van kwaliteit en doelmatigheid opstellen en daaruit voortvloeiende activiteiten bepalen.
2. Jaarlijks hun voorgenomen beleid en activiteiten met elkaar bespreken/ delen, en op basis daarvan gezamenlijke de jaaragenda opstellen met thema's en onderwerpen waarop zij willen samenwerken en zich aan die gezamenlijke jaaragenda verbinden (Kwaliteits- en doelmatigheidsagenda).
3. Jaarlijks de uit de gezamenlijke jaaragenda voortvloeiende activiteiten benoemen, en vaststellen wie daar invulling aan geeft, waar nodig in samenwerking met andere partijen.
4. Een gezamenlijk kader hanteren rondom het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden, meetinstrumenten, pilots, experimenten, onderzoek (inclusief business modellen), het delen van kennis en ervaringen en het bepalen van nut, noodzaak en prioriteit voor implementatie en opschaling van bewezen "best practices".

ORGANISATIE

Partijen kiezen voor een actiegerichte organisatie met een slagvaardige bestuurlijke paraplu (Bestuurlijke Overleg in zake het Onderhandelaarsresultaat Medisch Specialistische Zorg (BO HLA MSZ) onder leiding van de DG Curatieve Zorg van VWS. De governance is maximaal gericht op het waarmaken van concrete doelen.

Het BO HLA MSZ bewaakt het uitwerken van de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda in voortgang en resultaat. Beleidsafstemming tussen partijen onderling en met andere veldpartijen wordt vanuit de stuurgroep gecoördineerd. De ontwikkeling en implementatie van specifieke projecten binnen de drie thema's wordt georganiseerd vanuit partijen zelf. Een werkgroep kwaliteit- en doelmatigheid ressorterend onder het BO HLA MSZ zorgt voor de praktische afstemming van activiteiten en doet eventueel voorstellen voor aanvullende projecten.

De werkgroep stelt jaarlijks een jaaragenda op met mijlpalen en doelen, alsmede elementen voor evaluatie. Partijen leggen verantwoording af over de voortgang middels een halfjaarlijkse rapportage die besproken wordt in het BO HLA MSZ.

Naast de partijen uit het Onderhandelaarsresultaat zijn een aantal andere organisaties betrokken bij het ontwikkelen en implementeren van kwaliteit- en doelmatigheidsprojecten in de gezondheidszorg. De V&VN en NAPA zullen betrokken worden bij de uitvoering van de agenda. Aansluiting wordt nagestreefd bij de activiteiten van de Ronde tafels rondom Verspilling (VWS) en Gepast Gebruik (Zorginstituut Nederland (ZINL)). Daarnaast betreft het met name onderzoeks- en uitvoeringsinitiatieven van het ZINL10, NZa en ZonMw11. Het is van belang dat afstemming plaatsvindt met deze initiatieven en organisaties over projecten die ook binnen de eerder genoemde kernthema's worden uitgevoerd om ervoor te zorgen dat projecten niet contraproductief aan elkaar worden. Vanuit het BO HLA MSZ en de werkgroep zal contact zijn met deze organisaties en worden nagestreefd hen, waar nodig, te laten aansluiten.

10 Bijvoorbeeld in kader van de activiteiten van ZINL in kader van pakketagenda en het programma Zinnig en Zuinig

11 <http://www.zonmw.nl/nl/themas/thema-detail/onderzoek-en-samenleving/nl/>

BIJLAGE 1

AANPAK JAARAGENDA KWALITEITS- EN DOELMATIGHEIDSAGENDA 2014

In de jaaragenda gaan partijen aan de slag om de kwaliteitscyclus rondom een aantal aandoeningen verder te vervolmaken. Voor deze aandoeningen zal de hele kwaliteitscyclus worden opgepakt. Door zowel in te zetten op richtlijnontwikkeling, implementatie van richtlijnen, registraties en zorginkoop wordt de kwaliteit en doelmatigheid bij genoemde aandoeningen structureel verbeterd. In de jaaragenda staan voor gespecificeerde aandoeningen de activiteiten benoemd waarmee de verschillende partijen aan de slag gaan. In de jaaragenda wordt inzichtelijk gemaakt wie wat, wanneer doet.

ONDERWERPEN JAARAGENDA 2014

Jaarlijks worden onderwerpen gekozen waar partijen zich gezamenlijk op richten. Voor 2014 is gekozen voor 9 aandoeningen:

Oncologie

1. Borstkanker
2. Darmkanker

Bewegingsapparaat

3. Knieartrose
4. Heupartrose
5. Lage rughernia

Hartvaatziekten

6. Varices
7. Perifeer arterieel vaatlijden
8. Myocard infarct

Interne

9. Diabetes

De keuze voor de jaaragenda is voor 2014 een pragmatische geweest: de onderwerpen stonden allen reeds op agenda's van de verschillende partijen (w.o. ZN, NPCF, ZINL). Betreffende onderwerpen hebben een hoge prevalentie, kennen verbeterpotentieel en gaan gepaard met aanzienlijke kosten. In de loop van 2014 zullen criteria worden vastgesteld op basis waarvan nieuwe onderwerpen voor 2015 kunnen worden gekozen.

AANPAK JAARAGENDA 2014

De aanpak voor de onderwerpen jaar agenda kent een aantal stappen.

Stap 1: Vorbereiding in kaart brengen kwaliteitscirkel

Allereerst wordt voor alle onderwerpen in kaart gebracht welke instrumenten en activiteiten er bekend zijn rondom een bepaald onderwerp en wat er eventueel nog mist, en wie betrokken zijn. De volgende onderdelen worden hierbij geïnventariseerd.

Beschrijvingen rondom gepaste zorg

Wat zijn de bestaande richtlijnen en standaarden, en tot wanneer zijn die geldig?
Zijn er eventuele transmurale afspraken?
Zijn er aparte normendocumenten?
Wat is in ontwikkeling, en wanneer verwachten we dat dan?
Is alles nog up to date?

Keuzehulpmiddelen

Zijn er Verstandige Keuzes (in ontwikkeling)?
Zijn er beslishulpen, zoals bijvoorbeeld option grips of keuze hulpen?
Zijn projecten om het maken van keuzes door patiënten te ondersteunen?
Wat is er bekend over de verzekerde aanspraak rondom dit onderwerp?

Implementatie

Zijn er implementatiehulpmiddelen?
Zijn er voorbeelden van succesvol trajecten waar de implementatie van gepaste zorg in een zorgketen/ziekenhuis op een gestandaardiseerde manier is vormgegeven?

Meten en registreren

Zijn er (kwaliteits)registraties en wat behelzen deze?
Zijn er PROMS (als onderdeel van de registratie)?
Welke informatie is wanneer beschikbaar?

Praktijkvariatie

Zijn er praktijkvariatiegegevens, wie is daar op welke manier mee aan de slag?

Wat is publiek beschikbaar, waar moet onderzoek naar gedaan worden?

Inkoop

Worden er inkoopcriteria gehanteerd, zo ja welke (bijv. rond kwaliteit en substitutie) en door wie?

Audit /visitatie

In hoeverre bestaan er audits rondom het onderwerp, wat is er rondom het onderwerp en gepast gebruik van zorg ingericht in de kwaliteitsvisitatie, dan wel zou kunnen worden opgepakt?

In hoeverre zijn er interne audits die zich richten op het onderwerp. Zijn er voorbeelden uit ziekenhuizen die verspreid kunnen worden?

Kennislacunes

Welk onderzoek loopt dat een antwoord gaat geven over de ontbrekende kennis rondom de effectiviteit van de behandeling?

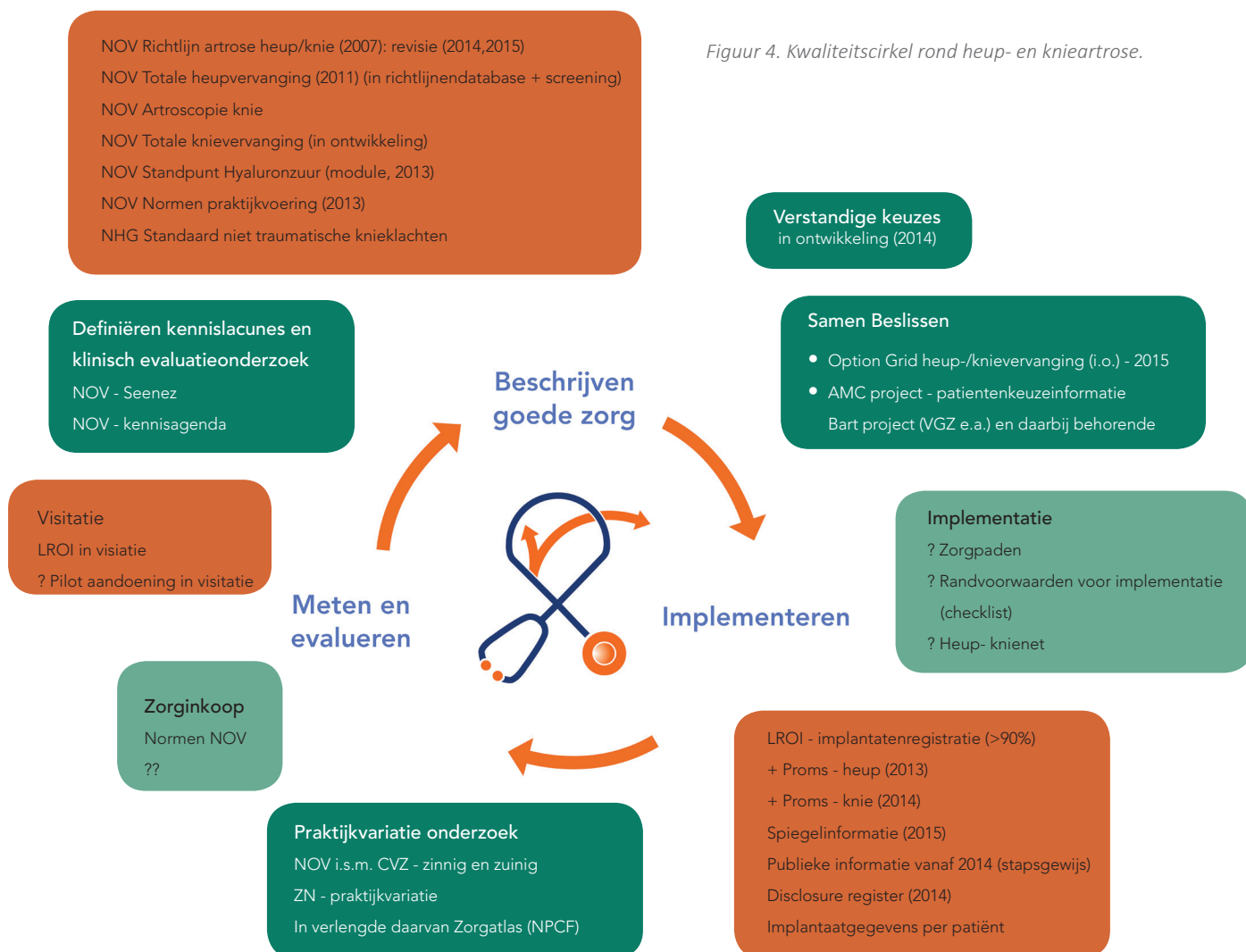
Welke kennis ontbreekt nog ten aanzien van zorg die geleverd wordt al dan niet effectief is?

Levert het antwoord op deze vraag naar verwachting veel winst op in termen van kwaliteit en doelmatigheid?

Zo ja, moet een onderzoek gestart worden?

Voorgaande stappen levert een gevulde kwaliteitscirkel op. Onderstaande figuur toont voorbeeld van zo'n kwaliteitscirkel rond heup- en knieartrose.

Fase 1 van de jaaragenda 2014 is afgerond per 1-4-2014



Figuur 4. Kwaliteitscirkel rond heup- en knieartrose.

Stap 2: Invitationals: gevulde Kwaliteitscirkel toetsen.

In het verlengde van de eerste inventarisatie worden invitationals georganiseerd waarbij met alle betrokken partijen en experts de cirkels worden doorlopen. Hierbij worden nadrukkelijk ook partijen als de NZA, het Zorginstituut Nederland, ZonMw en DBC onderhoud uitgenodigd. Maar ook individuele verzekeraars, patiëntenorganisaties, medisch specialisten en ziekenhuizen die initiatieven ontplooiën dan wel kennis hebben van het betreffende onderwerp. Om substitutie en taakherschikkings elementen te identificeren zullen huisartsen, verpleegkundigen en paramedici worden uitgenodigd. De vragen die tijdens de invitationals conference beantwoord worden zijn: Wat loopt er nog meer? Wat mist er? Wat zijn eventuele (systeem) barrières en hoe zouden we die kunnen oplossen? Welke acties moeten we ondernemen, wie gaat wat doen en wanneer wordt dat opgeleverd. Wie voelt zich waarvoor verantwoordelijk en wil zich aan acties committeren?

Het streven is dat de invitationals voor de 9 onderwerpen rond de zomer afgerond zijn.

Stap 3: Actieplan

Op basis van de uitkomst van Stap 2 stellen partijen een definitief actieplan op met deadlines en doelen, en verantwoordelijken. Half jaarlijks wordt gerapporteerd over de stand van zaken van het actieplan.

Het streven dat kort na de zomer het actieplan vaststellen.

JAARPLAN 2015

De activiteiten uit de jaaragenda van 2014 starten in 2014 maar lopen deels door in de daaropvolgende jaren. De kwaliteitscyclus houdt immers niet na één jaar op. Over de voortgang van de jaaragenda wordt halfjaarlijks verslag gedaan. In de loop van 2014 wordt de aanpak geëvalueerd en zo nodig aangepast. Tevens worden criteria opgesteld voor de keuze voor aandoeningen voor 2015.

- *Het streven is de criteria voor nieuwe aandoeningen in 2015 voor de zomer vastgesteld te hebben.*
- *Het streven is de keuze voor aandoeningen voor 2015 kort na de zomer afgerond te hebben.*
- *Het streven is de eerste stap in het stappenplan (vullen kwaliteitscirkels) en de 2e stap (invitationals) afgerond te hebben voor het eind van 2014.*
- *Het streven is het actieplan voor 2015 begin vast te stellen*

BIJLAGE 2

CAMPAGNE VERSTANDIG KIEZEN

De houdbaarheid van het zorgstelsel staat onder druk en daarmee staan we gezamenlijk voor een enorme uitdaging. Het aantal chronisch zieken neemt toe, als ook de welvaartziekten. Zorgkosten stijgen, terwijl de potentiële beroepsbevolking afneemt. De zorgeuro dient doelmatig besteed te worden, zeker nu die steeds schaarser wordt. Het (on)doelmatig handelen in de zorg heeft volop aandacht van de maatschappij en politiek. De NPCF, OMS, NVZ, NFU, ZKN ZN en ZonMw vinden het van belang dat er verstandige keuzes worden gemaakt in de zorg. Zeker in tijden waarin expliciet aandacht is voor de stijgende zorgkosten en termen als efficiëntie en doelmatigheid centraal staan. De Campagne Verstandig Kiezen is bedoeld om te laten zien dat kwaliteitsverbetering én kostenbeheersing samen kunnen gaan en dat de veldpartijen hierin hun verantwoordelijkheid nemen.

ONDERDELEN CAMPAGNE

De campagne 'verstandig kiezen' is een brede campagne gericht op doelmatigheid, het maken van verstandige keuzes en het geven van informatie hierover aan zowel patiënt als arts. Binnen deze campagne zijn momenteel de volgende vier pijlers gedefinieerd:

1. Choosing wisely in Nederland

Twee jaar geleden hebben negen Amerikaanse wetenschappelijke verenigingen samen met de American Board of Internal Medicine Foundation de campagne 'Choosing Wisely' gelanceerd. Elke vereniging stelt een lijst samen met interventies op hun vakgebied die niet of minder kunnen worden gedaan. Deze adviezen zijn evidence based en voorzien van een toelichting voor patiënten. De Amerikaanse campagne is geadopteerd en vertaald naar de Nederlandse situatie. Inmiddels zijn 13 wetenschappelijke verenigingen gestart met het formuleren en publiceren van "Verstandige Keuzes".²⁰

²⁰ Mogelijk gemaakt middels de Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten

In samenwerking met de NPCF worden daarnaast keuze-ondersteunende materialen gepubliceerd. Zodoende kan op basis van juiste informatie samen met de patiënt gekozen worden tot de beste behandeling op het juiste moment.

2. Verdiepend onderzoek naar aanwijzingen van niet gepast gebruik / ongewenste praktijk variatie

Dit onderdeel is gericht op het thema praktijkvariatie/gepast gebruik. Dit jaar wordt een algemeen begrippenkader rondom de diverse begrippen ontwikkeld. Alle partijen uit het veld zijn hiervoor uitgenodigd. Daarnaast wordt er binnen dit campagne onderdeel nader onderzoek gedaan naar praktijkvariatie. In samenwerking met ZN en de individuele zorgverzekeraars zijn op dit punt voor een 3-tal aandoeningen (BPH, rughernia, adenoïd en tonsillen) activiteiten gestart. Het beter kunnen duiden van de beschikbare gegevens staat in deze samenwerking centraal. In dit gezamenlijke traject wordt ook gekeken hoe eventuele ongewenste praktijkvariatie opgepakt kan worden, door zowel de beroepsgroep als de zorgverzekeraars. In samenwerking met het Zorginstituut Nederland (ZINL) zullen aanvullende pilots rondom een aantal aandoeningen worden gestart.

3. Klinisch evaluatie onderzoek naar vraagstukken in dagelijkse praktijk

Richtlijnen vormen de kennisbasis voor het medisch handelen en moeten de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg verbeteren. Niet alle zorg staat echter in richtlijnen en voor veel geleverde zorg bestaat nog onvoldoende bewijs. Dit is niet verwonderlijk: de "geneeskunst" bestaat immers al vele duizenden jaren, terwijl de principes van 'evidence based medicine' pas enkele decennia geleden ontwikkeld zijn. De gevolgen zijn: praktijkvariatie, potentieel minder zinvolle zorg en wellicht soms zelfs onveilige situaties. Goed klinisch evaluatieonderzoek kan een bijdrage leveren aan een oplossing voor dit probleem. Een

voorbeeld is het sinds enige jaren door ZonMw ondersteunde Verloskundig Consortium. Binnen het Verloskundig Consortium onderzoeken gynaecologen dagelijkse klinische vraagstukken waarvan de uitkomsten direct in richtlijnen verwerkt worden. Zo leidt toegepast wetenschappelijk onderzoek tot zichtbare kwaliteitsverbetering en zinniger zorg. Binnen het SEENEZ project ontwikkelen momenteel 7 wetenschappelijke verenigingen een top vijf kennislacunes. Diverse wetenschappelijke verenigingen zijn aan de slag met het ontwikkelen van hun eigen kennisagenda.²¹

Het is van belang dat er goede patiënteninformatie beschikbaar is zodat patiënt en arts samen beslissingen kunnen nemen over passende zorg. De NPCF zal, in samenwerking met de overige partijen, een programma opzetten rondom "Samen Beslissen".

4. Samen beslissen

Onderzoek laat zien dat patiënten die samen met hun behandelaar beslissingen nemen niet alleen tevredener zijn, maar medisch gezien ook verstandigere keuzes maken. Bewuste en gezamenlijke tot stand gekomen keuzes van patiënten kunnen leiden tot kostenbesparing omdat de gekozen opties vaak minder invasief zijn of doordat er wordt afgezien van diagnostiek of behandeling.

Om te komen tot deze verstandige keuzes is in ieder geval nodig dat de patiënt (Stiggelbout et al., 2012):

- zich bewust wordt van het feit dat er niet één behandeloptie is en dat de patiënt hierin kan meedenken;
- duidelijk wordt geïnformeerd over alle mogelijke opties, waarbij niets doen ook een optie kan zijn;
- de voor- en nadelen van de verschillende opties gepresenteerd krijgt voorzien van concrete (gevisualiseerde) kansen/risico's hiervan;
- expliciet wordt gevraagd wat hij van de voor- en nadelen vindt en wat de patiënt zelf belangrijk vindt;
- in overleg met de arts tot de beste passende keuze komt.

²¹ Mogelijk gemaakt middels de Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten

BIJLAGE 3

ACTIVITEITEN OP MESO-/KOEPELNIVEAU

Zie schema op de hierna volgende pagina's.

PIJLER GEPAST GEBRUIK

Lopende activiteiten Gepast gebruik	Planning oplevering	Beleidsvoornemens partijen periode 2014-2017	Wie verantwoordelijk?	In samenwerking met:
I. BESCHRIJVEN GOEDE ZORG				
<ul style="list-style-type: none"> Richtlijnen: aanvullen richtlijnen-database; screening bestaande richtlijnen op elementen (o.a. indicatiestelling, do's/do not's; BIA¹); witte vlekkenanalyse (SKMS project) 	31-12-2014	<ul style="list-style-type: none"> Aanbevelingen t.a.v. indicatiestellingen voor gerichte veel voorkomende aandoeningen (<i>eveneens ZKN</i>) Vulling overige witte vlekken richtlijnen-database Reguliere ontwikkeling, onderhoud/beheer richtlijnen (conform Richtlijn voor richtlijnen/Richtlijnen 2.0) 	OMS ²	NPCF, ZKN NVZ, NFU
<ul style="list-style-type: none"> Up-to-date houden ZKN keurmerk (keurmerk voor de leden van ZKN) 	April 2014	<ul style="list-style-type: none"> Jaarlijkse update. April 2014 publicatie nieuwe criteria met verplichting medische uitkomsten en PROMs. Daarnaast een eis ten behoeve van objectieve voorlichting aan patiënten. 	ZKN	
<ul style="list-style-type: none"> Ontwikkeling en implementatie van normenkader voor interne auditsystemen 	31-12-2014		NFU	

¹Budget Impact Analyse bij richtlijnontwikkeling

²Waar OMS vermeld staat is dit in samenwerking met wetenschappelijke verenigingen

Lopende activiteiten Gepast gebruik	Planning oplevering	Beleidsvoornemens partijen periode 2014-2017	Wie verantwoordelijk?	In samenwerking met:
<ul style="list-style-type: none"> Tool patiëntenvoorlichting 	Eind 2014	Uniforme patiënteninformatie voor ziekenhuizen om te verwerken in patiëntenfolders	NVZ	OMS, NPCF
II. CONSEQUENTIEANALYSE				
<ul style="list-style-type: none"> Richtlijnen: business impact analyse 	Lopend	<ul style="list-style-type: none"> Continue activiteit als onderdeel van richtlijnontwikkeling. Budget impact analyses bij richtlijnen met mogelijk grote organisatorische c/q financiële consequenties 	OMS	NVZ, NFU, ZKN
<ul style="list-style-type: none"> Praktijkvariatie: Praktijkvariatie-onderzoeken Vektis – ZN i.s.m. wv-en en OMS 	Lopend	Onderzoek naar praktijkvariatie op basis van declaratiegegevens zorgverzekeraars voor een nog nader te bepalen aantal aandoeningen. In April 2014 zijn voor 7 aandoeningen praktijkvariatie rapporten worden gepubliceerd. In verlengde hiervan worden pilots gestart om gezamenlijk duiding te geven aan gegevens onder begeleiding van het Zorginstituut	ZN	OMS, NPCF, ZKN, NVZ, NFU, Zorginstituut
<ul style="list-style-type: none"> Praktijkvariatie: Zorgatlas Ontwikkeling zorgatlas op basis van Vektisdata (i.s.m. ZN, Vektis, IQ Healthcare) 	Start dit jaar	Juni 2014 publiceren Zorgatlas nieuwe stijl. Publicatie kwaliteitsinformatie voor patiënt. Samenwerking met ander partijen (o.a. in vorm van pilot rond	NPCF	OMS, NPCF, ZKN, NVZ, NFU

Lopende activiteiten Gepast gebruik	Planning oplevering	Beleidsvoornemens partijen periode 2014-2017	Wie verantwoordelijk?	In samenwerking met:
		Praktijkvariatie – zie hiervoor)		
III. FACILITEREN IMPLEMENTATIE				
		<ul style="list-style-type: none"> Richtlijnen: Pilotproject ontwikkeling management samenvattingen t.b.v. Raden van Bestuur (SKMS project) Implementatie van relevante richtlijnen Deregulering: beperking van het aantal richtlijnen wat de implementatie ten goede komt 	OMS NVZ	ZKN, NVZ
<ul style="list-style-type: none"> Ontwikkeling van een implementatiecheck-list voor richtlijnen en zorgstandaarden 	31-12-2013	Is opgeleverd, wordt momenteel door het Zorginstituut Nederland (ZINL) online beschikbaar gemaakt.	NFU	
<ul style="list-style-type: none"> Ontwikkeling van een toolbox (handvatten) ter verbetering van de mate waarin de perioperatieve checklist wordt nagevolgd 	31-12-2014		NFU	
<ul style="list-style-type: none"> Doelmatig voorschrijven (voortzetten campagne) 	Lopend	<ul style="list-style-type: none"> Campagne doelmatig voorschrijven van OMS doorontwikkelen naar campagne waar ook NPCF, NVZ en NFU bij betrokken zullen zijn (Communicatie)activiteiten om doelmatig voorschrijven te 	OMS	NVZ, NPCF, NFU

Lopende activiteiten Gepast gebruik	Planning oplevering	Beleidsvoornemens partijen periode 2014-2017	Wie verantwoordelijk?	In samenwerking met:
		bevorderen. Bijvoorbeeld standpunt ten aanzien van veilige en doelmatige inzet biosimilars (najaar 2014)		
<ul style="list-style-type: none"> Ontwikkeling van een best practice voor medicatie in eigen beheer tijdens ziekenhuisopname 	31-12-2014		NFU	
<ul style="list-style-type: none"> Ontwikkeling begrippenkader gepast gebruik (project OMS, NFU, ZINL, ZonMw³) 	2014		OMS/NFU/ZINL/ZonMW	
<ul style="list-style-type: none"> Ontwikkeling leidraad introductie nieuwe technologieën (project OMS, ZINL)⁴ 	2014		OMS, ZINL	

PIJLER: TRANSPARANTIE

Lopende activiteit	Planning oplevering	Beleidsvoornemens partijen periode 2014-2017	Wie verantwoordelijk?	In samenwerking met:
KLINISCHE REGISTRATIES				
<ul style="list-style-type: none"> Ontwikkeling voorwaarden die partijen gezamenlijk stellen aan registraties⁵ 	Zomer 2014	Opstellen lange termijnperspectief klinische registraties	OMS, NFU, NVZ, ZN	ZKN, NPCF

³ Aandeel OMS en wetenschappelijk verenigingen (deels) uit SKMS gelden gefinancierd

⁴ Aandeel OMS en wetenschappelijk verenigingen (deels) uit SKMS gelden gefinancierd

Lopende activiteit	Planning oplevering	Beleidsvoornemens partijen periode 2014-2017	Wie verantwoordelijk?	In samenwerking met:
<ul style="list-style-type: none"> • (door)ontwikkelen klinische registraties:⁶ <ul style="list-style-type: none"> ○ WVen ontwikkelen, valideren, duiden ○ NFU ontwikkelt modellen voor kwaliteitsregistratie in zorgketens en netwerken ○ ZN faciliteert (10 registraties) 	<p>Doorlopend</p> <p>Doorlopend</p>	<ul style="list-style-type: none"> • (Door)ontwikkeling klinische registraties WV'en • (Door)ontwikkeling van modellen van multidisciplinaire kwaliteitsregistraties met focus op "kern" set indicatoren en registratie aan de bron. Proeftuinen voor 5 aandoeningen • Faciliteren (door)ontwikkeling klinische registraties voor top 30 prioritaire aandoeningen. I.s.m. DICA. Focus op "kern" set indicatoren afkomstig uit bestaande kwaliteitsregistraties 	<p>OMS, NFU, ZN</p> <p>OMS</p> <p>NFU</p> <p>ZN</p>	NVZ
<ul style="list-style-type: none"> • Stroomlijnen en coördineren registraties 	lopend	Uitvoering geven aan lange termijnperspectief klinische registraties.	OMS, NFU, NVZ, ZN	
<ul style="list-style-type: none"> • PROM's ontwikkelen en koppelen aan klinische registraties⁷ <ul style="list-style-type: none"> ○ WVen ontwikkelen in afstemming met patiënten en verzekeraars ○ NFU ontwikkelt aan de integratie van PROM's in 	Doorlopend		OMS, NPCF	ZKN

⁵ Aandeel OMS en wetenschappelijk verenigingen (deels) uit SKMS gelden gefinancierd

⁶ Voor zover concrete projecten aandeel OMS en wetenschappelijk verenigingen (deels) uit SKMS gelden gefinancierd

⁷ Voor zover concrete projecten aandeel OMS en wetenschappelijk verenigingen (deels) uit SKMS gelden gefinancierd

Lopende activiteit	Planning oplevering	Beleidsvoornemens partijen periode 2014-2017	Wie verantwoordelijk?	In samenwerking met:
<p>het primaire zorgproces</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ZN participeert in showcase dikke darmkanker voor koppeling PROM's aan klinische registraties (i.s.m. DICA, NFK, Miletus) ● Onderzoek invoering PROM's zelfstandige klinieken en ondersteuning bij meten uitkomsten 			<p>NFU</p> <p>ZN</p> <p>ZKN</p>	DICA, NFK, Miletus
<ul style="list-style-type: none"> ● Beschikbaar maken indicatoren voor inkoop en keuze uit kwaliteitsregistraties (samenwerking professionals/aanbieders, verzekeraars, patiënten en aanbieders klinische registraties)⁸ 	Doorlopend	<p>Genereren betekenisvolle informatie en terugbrengen administratieve lasten o.a. door inbrengen indicatoren in register kwaliteitsinstituut en beperking van het aantal indicatoren. Waaronder:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ontwikkeling indicatoren borst en darmkanker (i.s.m NFK, NVVH) ○ Ontwikkeling ketenindicatoren geboortezorg (i.s.m. NVOG, KNOV, NHG en PRN) ○ Ontwikkeling en ontsluiting kwaliteitsindicatoren uit cardiologische registraties (i.s.m. NVVC en NCDR) 	ZN	OMS, NFU, NVZ, NPCF

⁸ Voor zover concrete projecten aandeel OMS en wetenschappelijk verenigingen (deels) uit SKMS gelden gefinancierd

Lopende activiteit	Planning oplevering	Beleidsvoornemens partijen periode 2014-2017	Wie verantwoordelijk?	In samenwerking met:
<ul style="list-style-type: none"> Uitfaseren ZiZo door aanlevering indicatoren kwaliteitsregistraties (i.s.m. NPCF) 	Oktober 2014	<ul style="list-style-type: none"> Reductie registratielast, zinvolle kwaliteitsinformatie Opschonen en reduceren ZiZo indicatoren 	NVZ, NFU, OMS, ZN, NPCF	
<ul style="list-style-type: none"> Registratie aan de bron 	Langlopend;	<p>Bevorderen efficiëntie informatiebeleid ziekenhuizen en terugbrengen administratieve lasten</p> <p>NFU is gestart, NVZ en OMS worden aangehaakt</p> <p>8 Pilotprojecten zijn gestart waarvan 3 eind 2014 worden afgerond</p> <p>Realisatie registratie aan de bron beleidsvoornemen OMS en NFU</p>	NFU	OMS, NVZ
ZORGKAART				
<ul style="list-style-type: none"> Ontwikkelen keuze informatie 	lopend	Ontwikkelen keuze-instrumenten en het beschikbaar stellen van relevante kwaliteitsinformatie voor patiënten/burgers. Voornemen van NPCF is het (door-)ontwikkelen van keuzehulpen, keurmerken en zorgatlas	NPCF	
KWALITEITSVENSTER				
<ul style="list-style-type: none"> Uniform format ontwikkelen voor presentatie van indicatoren door ziekenhuizen aan patiënten (die in hun context geplaatst worden dmv een inhoudelijke toelichting) 	2014	Meer aandoeningspecifieke uitkomstindicatoren	NVZ	

PIJLER: JUISTE ZORG OP JUISTE PLAATS

Lopende activiteit	Planning oplevering	Beleidsvoornemens partijen periode 2014-2017	Wie verantwoordelijk?	In samenwerking met:
ORGANISATIE VAN SUBSTITUTIE				
<ul style="list-style-type: none"> Beste zorg tegen de beste prijs op de beste plaats 	Vanaf 2014	Zicht krijgen op organisatorische, financiële en overige barrières voor substitutie van de tweede naar eerste lijn (in kader van afspraken met meerdere partijen (w.o. OMS, LHV, VWS) over substitutie)	NVZ	
<ul style="list-style-type: none"> Monitor substitutie 	Start 2014	Inzicht verkrijgen in gerealiseerde verschuiving van zorgactiviteiten a.h.v. Vektis data	ZN	NVZ
<ul style="list-style-type: none"> Samenhang VAAM en ROS Wijkscan 	Lopend	Inzicht verkrijgen in substitutie-mogelijkheden door koppeling van informatie uit VAAM en ROS Wijkscan in regionale samenhang	NPCF	
BEST PRACTICES				
<ul style="list-style-type: none"> Integrale geboortezorg 	Lopend	Diverse pilots in het veld om te komen tot integrale vormgeving van geboortezorg door 1 ^e lijns verloskundigen en gynaecologen in 1 organisatorisch verloskundig samenwerkingsverband (VSV).	ZN	OMS, NVZ, NFU

Lopende activiteit	Planning oplevering	Beleidsvoornemens partijen periode 2014-2017	Wie verantwoordelijk?	In samenwerking met:
<ul style="list-style-type: none"> Effect onderzoek substitutie 	2015	Onderzoek naar uitvoering, effectiviteit en succesfactoren van concrete substitutieprojecten (in kader van afspraken met meerdere partijen (w.o. LHV, VWS) over substitutie)	OMS, NVZ	
IMPLEMENTATIE TAAKHERSCHIKKING				
<ul style="list-style-type: none"> Taakherschikking – ontwikkeling normen (SKMS projecten) 	Lopend	Ontwikkeling van richtlijnen en normen t.b.v. afstemming en samenwerking vanuit de wetenschappelijke verenigingen samen met NAPA en V&VN	OMS	
<ul style="list-style-type: none"> Monitor taakherschikking 	2014-2015	Monitor om taakherschikking (naar NP en PA) in de ziekenhuizen inzichtelijk te maken (In kader van landelijke afspraken over taakherschikking met o.a. V&VN NAPA, OMS, VWS)	NVZ	OMS

ALGEMENE ONDERSTEUNENDE ACTIVITEITEN T.B.V. PROGRAMMA

Lopende ondersteunende activiteiten t.b.v. programma	Planning oplevering	Beleidsvoornemens partijen periode 2014-2017	Wie verantwoordelijk?	In samenwerking met:
<ul style="list-style-type: none"> Inbedding van onderwijs in kwaliteit in medische vervolgoopleidingen 	Start 1-1-2014		NFU	
<ul style="list-style-type: none"> Opleiden van zorgprofessionals tot leiders in kwaliteitsverbetering (post-initiële Master) 	Start 1-9-2014		NFU	
<ul style="list-style-type: none"> Voorlichting aan zelfstandige behandelklinieken over gepast gebruik / praktijkvariatie. 	doorlopend		ZKN	