



Federatie  
**Medisch  
Specialisten**

**Aan:** Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Postbus 20350  
2500 EJ Den Haag

Mercatorlaan 1200  
Postbus 20057  
3502 LB Utrecht  
(088) 505 34 34

**Datum:** 31 januari 2021

**Onze referentie:**

**Uw referentie:**

**Onderwerp** Reactie op Internetconsultatie Contourennota Zorg  
voor de Toekomst

[www.demedischspecialist.nl](http://www.demedischspecialist.nl)  
[info@demedischspecialist.nl](mailto:info@demedischspecialist.nl)

KvK nummer 40483480

Geachte minister De Jonge, minister Van Ark en staatssecretaris Blokhuis,

**PM**

Ik hoop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. P.P.G. (Peter Paul) van Benthem  
Voorzitter Federatie Medisch Specialisten



## Inleiding

Voor de medisch-specialistische zorg zijn het indrukwekkende tijden. Zorgprofessionals hebben sinds de start van de coronacrisis meer dan ooit gezamenlijk en met ongekende motivatie invulling gegeven aan hun medisch leiderschap. Het vertrouwen en de ruimte die ziekenhuisbestuurders, instituten en toezichthouders schenken aan zorgprofessionals zorgen ervoor dat medisch specialisten, verpleegkundigen en andere zorgprofessionals gezamenlijk deze enorme klus konden en kunnen klaren.

In de discussienota wordt het innovatief vermogen, de samenwerkingsbereidheid en de intrinsieke motivatie van alle betrokkenen in de zorg dan ook terecht benadrukt. De Federatie Medisch Specialisten deelt de uitgesproken ambitie om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg voor de toekomst te waarborgen. Sterker nog, het is onze ambitie om in 2025 aantoonbaar de beste zorg ter wereld te leveren. Samenwerking en vertrouwen zijn hiervoor randvoorwaarden. Optimale zorg wordt geleverd door gemotiveerde professionals die zich gewaardeerd voelen en die iedere patiënt als een uniek mens bezien. Dankzij al die betrokken en bevlogen vakmensen staat Nederland al jaren bovenaan de lijst van landen met de beste medische-specialistische zorg ter wereld, en dat voor een gemiddelde prijs. Willen we de patiënt de beste zorg blijven bieden, dan dienen we de intrinsieke motivatie van de zorgverleners richtinggevend te maken in het landelijke zorgbeleid.

In ons visiedocument *Medisch Specialist 2025*<sup>1</sup> hebben wij benadrukt dat de zorg moet veranderen om deze betaalbaar, toegankelijk en van hoge kwaliteit te houden. De belangrijkste ontwikkelingen die wij in onze visie beschrijven, sluiten aan bij de hoofdthema's uit de contourennota:

- We gaan uit van de unieke patiënt, die wordt ondersteund door zorgprofessionals die samenwerken in zorgnetwerken. Medisch specialisten gaan voorop in de vernieuwing van de zorg, waarbij er naast de behandeling van ziekte ook een belangrijke rol is weggelegd voor de preventie van ziekte en focus op de kwaliteit van leven.

Medisch specialisten zijn gedreven om de medisch-specialistische kennis en kunde te vergroten, en om deze op innovatieve wijze in te zetten. Zij maken hierbij gebruik van netwerken. Zorgprofessionals geven concreet vorm aan de beweging van vernieuwing, onder andere blijkend uit honderden inspirerende voorbeelden van de Juiste Zorg op de Juiste Plek. Dichtbij waar dat kan, verder weg als dat nodig is. Het is daarom positief dat de discussienota deze beweging als uitgangspunt neemt om de vernieuwing in de zorg verder vorm te geven. De Federatie benadrukt dat de behoefte van de patiënt en de intrinsieke motivatie van de zorgprofessionals leidend zijn, en dat het zorgsysteem daaraan ondersteunend is.

Helaas ervaren velen dat het zorgsysteem en de regels hen belemmeren om optimale zorg te leveren en om voldoende aan de behoefte van de patiënt tegemoet te kunnen komen. Zorgprofessionals gaan gebukt onder onnodige administratielast en ict-problematiek. Wachlijsten lopen op terwijl er ondertussen vele patiënten in verkeerde bedden liggen, omdat er geen doorstroming is naar bijvoorbeeld een verpleeghuis. Daarbij raakt men gedemotiveerd door controledrang en regelgevingreflexen van overheden en instituties. Als we de zorg toegankelijk en van hoge kwaliteit willen houden, dan moeten we als samenleving gaan staan voor de professionals die de vernieuwing van de sector gezamenlijk vormgeven. We moeten ervoor waken dat beleidsmakers en instituties die verder af staan van de werkvloer goedbedoelde voorstellen

---

<sup>1</sup> <https://www.demedischspecialist.nl/onderwerp/medisch-specialist-2025>



lanceren die door de professionals worden gevoeld als maximale demotivatoren. Het zijn de bureaucratisering en institutionalisering die leiden tot vervreemding van de professionals op de werkvloer, tot hoge werkdruk en zelfs tot burn-out.

De Federatie pleit voor het verwerken van de volgende punten in de discussienota:

- Maak de intrinsieke motivatie van zorgprofessionals richtinggevend in het zorgbeleid.
- Dring de bureaucratisering en institutionalisering terug.
- Plaats de arbeidsmarktproblematiek bovenaan de politieke agenda. Het tekort aan ondersteunend personeel is een van de grootste bedreigingen voor de toegankelijkheid van de medisch-specialistische zorg.
- Stimuleer de juiste zorg op de juiste plek door structurele bekostiging en financiering van onder andere netwerkgeneskunde en zorgevaluatie.
- Maak ruim baan voor e-health toepassingen en vernieuwende vormen van zorg op afstand. De versnelde implementatie van e-health toepassingen tijdens de COVID-19 crisis moeten we vasthouden.
- Faciliteer het werken aan leren en verbeteren van zorg onder andere door inzet van de kwaliteitsregistraties van, voor en door medisch specialisten.
- Halveer de administratielast die voorkomt uit ict-problematiek. De dokter wil meer tijd voor het gesprek met de patiënt. Iedere patiënt heeft recht op tijd van de dokter.
- Verbeter de gegevensuitwisseling zodat patiënten en zorgverleners op het juiste moment op de juiste plek over alle relevante patiënteninformatie beschikken.
- Behoud de wereldwijd erkende topositie van de Nederlandse medisch-specialistische zorg; toegankelijk, innovatief en betaalbaar.

Met deze reactie delen wij graag onze visie op hoofdlijnen op voorgestelde beleidsopties in de discussienota. Daarnaast constateren wij op een aantal punten in de discussienota discrepanties, onvoldoende onderbouwing en veralgemenisering. In onze reactie bieden wij daarom graag naast onze zienswijze ook concrete suggesties om de nota aan te scherpen en op een aantal concrete punten te herzien.

### **Reactie op de drie hoofdthema's**

De drie hoofdthema's - preventie & gezondheid, organisatie & regie en vernieuwing & werkplezier – die staan beschreven in de discussienota zijn bekende aandachtspunten. Wij zijn de minister erkentelijk voor het centraal stellen van werkplezier in het derde hoofdthema.

- De Federatie pleit ervoor om de intrinsieke motivatie en inhoudelijke expertise van zorgprofessionals richtinggevend te maken in het zorgbeleid. De beweging van de juiste zorg op de juiste plek laat zien wat zorgprofessionals vanaf de werkvloer kunnen realiseren. Daarom onderschrijven wij het uitgangspunt in de discussienota om deze beweging te versnellen mede door de randvoorwaarden te verbeteren. Daarnaast pleit de Federatie voor gerichte oplossingen voor ict-problematiek en financiële belemmeringen.

Het is een prestatie dat ondanks de werkdruk tijdens de coronacrisis het werkplezier en de motivatie hoog is gebleven. Om dit in de toekomst te behouden is het van belang dat er in deze nota voldoende balans is tussen ruimte voor de zorgprofessionals en sturing vanuit de overheid. De nieuwe beleidsopties geven de indruk dat de versnelling van de beweging van de juiste zorg op de juiste plek en de focus op gepast gebruik van zorg gerealiseerd kan worden door zorgprofessionals ondergeschikt te maken aan de sturing van de overheid, de NZa en het Zorginstituut.



- De Federatie pleit voor een samenwerking waarbij alle betrokken partijen vanuit hun expertise een bijdrage leveren aan de beweging. Ons devies is daarom om ook in deze discussienota te vertrekken vanuit het primaire zorgproces en het zorgnetwerk van de zorgprofessionals en de patiënt. De inhoud van (medisch-specialistische) zorg moet leidend zijn voor de organisatie en financiering.

In de inleiding van de discussienota wordt benoemd dat de ervaringen met de coronacrisis van invloed zijn geweest op de discussienota. De mate waarin dit concreet naar voren komt in de nota is naar onze mening onvoldoende.

- De Federatie pleit ervoor om de lessons learned uit de coronacrisis als thema toe te voegen aan de discussienota, waarbij wordt ingegaan op de innovatie- en organisatiekracht en het medisch leiderschap van zorgprofessionals zoals gezien en erkend tijdens de crisis.

In de discussienota worden als terugkerend knelpunt de sterke productieprijken in de bekostiging van de zorg beschreven, waardoor de zorg te veel kenmerken heeft gekregen van een verdienmodel. Negatieve effecten van ongewenste productieprijken dienen te worden geëlimineerd. Daarbij dienen we ons te realiseren dat productieprijken voortkomen uit afspraken tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Dit onderwerp dient aan die tafels te worden geadresseerd. De discussies over productieprijken zijn onderdeel van de terugkerende beleidsdiscussies over meer of minder marktwerking in de zorg. Hoe belangrijk deze kwestie ook lijkt, het macrodelenken over meer of minder marktwerking leidt de aandacht af van de werkelijke problemen waar de zorg mee kampt.

- De Federatie constateert dat er onevenredig veel nadruk ligt op het tegengaan van productieprijken bij medisch specialisten. Maatregelen gericht op het tegengaan van onwenselijke productieprijken in de medisch-specialistische zorg zijn alleen zinvol wanneer ze in de gehele keten van afspraken tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en zorgprofessionals gelijkgericht worden ingezet. Dit leidt er tevens toe dat de uitdagingen waar we werkelijk voor staan in de zorg uit het zicht raken.
- De Federatie pleit ervoor om de werkelijke uitdagingen in de zorg - die uit het zicht raken door in de discussienota met name te focussen op de productiepriek - aan te pakken, zoals de arbeidsmarktproblematiek, het gebrek aan personeel, en het gebrek aan tijd voor de patiënt door de administratielast, en het gevoelsmatige verlies aan autonomie van zorgprofessionals, door verregaande bureaucratiesing.
- De Federatie pleit ervoor om een evaluatie van de effecten van eerder beleid op te nemen in de discussienota. Naar ons idee is dit een noodzakelijke toevoeging voor de onderbouwing van de beleidsopties die deze nota aandraagt.

Tot slot is het storend de suggestie te lezen dat er veel onnodige en niet zinnige zorg wordt geleverd, terwijl de cijfermatige onderbouwing hiervoor ontbreekt.

### **1. Thema Preventie en gezondheid**

Voor medisch specialisten is preventie een belangrijk aandachtspunt. Het bevorderen van een gezonde leefstijl is essentieel voor zowel de individuele patiënt als voor de samenleving. In ons visiedocument hebben wij de ambitie voor 2025 uitgesproken dat medisch specialisten willen



bijdragen aan een gezonde levensstijl en zich in het openbaar en in de spreekkamer daarover uitspreken. Op het gebied van preventie zullen wij concrete handvatten bieden aan onze patiënten.

De veronderstelling dat meer inzetten op preventie automatisch en onmiddellijk leidt tot een afnemende zorgvraag wordt in de praktijk gelogenstraft. Een grotere bewustwording van het eigen functioneren en de eigen gezondheid kan ook leiden tot meer inzicht in de latente zorgvraag en vooralsnog leiden tot een toenemende zorgbehoefte, ook in de medisch-specialistische zorg.

- Als Federatie pleiten we in lijn met de KNMG voor een integrale, domeinoverstijgende aanpak van preventie.
- De Federatie pakt zelf een actieve rol in het project Opleiden 2025 waarin de gerichtheid op preventie van de medisch specialist wordt versterkt door handvatten te bieden voor 'leefstijlinterventies': hoe maak je gebruik van een netwerk van zorgprofessionals binnen en buiten het ziekenhuis bij het ondersteunen van de patiënt bij leefstijlverandering? Hierover zal in mei 2021 een online cursus voor alle aios gelanceerd worden. Veel specialisten geven aan dat hun werkplezier zal toenemen als ze een dergelijk netwerk kunnen benutten en patiënten uiteindelijk minder vaak in de poli terugzien als patiënten in staat worden gesteld hun leefstijl aan te passen. ClaudicatioNet is een voorbeeld van hoe dat kan werken.
- De beleidsopties gericht op financiële prikkels ter bevordering van preventie kunnen rekenen op steun van de Federatie.

## **2. Thema Organisatie en regie**

De discussienota zet in op intensivering van de samenwerking tussen zorgpartijen. Dit sluit aan bij de visie van de Federatie om vanuit netwerken zorg te verlenen aan patiënten: dichtbij waar dat kan, verder weg als dat nodig is. Voor de Federatie is netwerkgeneeskunde een van de beste manieren om de juiste zorg op de juiste plek te realiseren. Netwerkgeneeskunde neemt de behoefte van de patiënt als uitgangspunt waarbij verschillende zorgprofessionals in het netwerk op verschillende momenten waarde kunnen toevoegen voor de patiënt. De ene keer is dit een huisarts, diëtist of fysiotherapeut, de andere keer een medisch specialist.

1. De Federatie pleit ervoor dat de overheid een faciliterende rol op zich neemt om de samenwerking tussen zorgpartijen te optimaliseren door belemmeringen weg te nemen. Concreet denken wij hierbij aan financiering van de juiste zorg op de juiste plek middels netwerkgeneeskunde en het actief creëren van de randvoorwaarden om gegevensuitwisseling in de zorg mogelijk te maken.
2. De Federatie benadrukt dat het aan zorgprofessionals is om vanuit de medische inhoud de samenwerking in te richten. Juist in de samenwerking vinden zorgprofessionals elkaar op de inhoud van zorg, met en rond de patiënt. Dit vindt dan ook al volop plaats zoals blijkt uit de honderden voorbeelden van de juiste zorg op de juiste plek. Actieve regie van de overheid, zowel landelijk als regionaal, zal leiden tot een averechts en ongewenst resultaat en demotivering onder zorgprofessionals. De Federatie maakt zich zorgen over het voornemen dat naar voren komt in de discussienota voor een nieuwe bestuurslaag in de regio, mede gezien de ervaringen van de decentralisaties in het sociaal domein (waaronder de jeugd-ggz). Het is goed om te lezen dat in de discussienota wordt gepleit voor maatwerk. Daar voegen wij graag aan toe dat maatwerk vanuit de relatie patiënt en zorgprofessional geboden moet worden.
3. De Federatie staat open voor financieringsvormen die netwerkgeneeskunde faciliteren. Deze financieringsvormen dienen domeinoverstijgend te zijn om de samenwerking



onderling te kunnen bevorderen. Bekostiging van experimenten is wenselijk, waarbij de doelstelling is dat deze experimenten, mits succesvol, op termijn structureel bekostigd gaan worden. De financieringsvormen staan in dienst van coördinatie, waardegerichte zorg en samenwerking, en kunnen eventueel op basis van populatie of aandoening plaatsvinden.

De medisch-specialistische zorg is enorm gebaat bij een goede organisatie en afstemming met de langdurige zorg en het sociaal domein.

4. De Federatie pleit voor actieve betrokkenheid van medisch specialisten bij de analyse van de regiobeelden, de ontwikkeling van een regiovisie en de afstemming van het zorgaanbod ook in relatie tot preventie. Dat betekent overigens geen vermenging van medisch-specialistische zorg en sociaal domein. De indicatie voor medisch-specialistische zorg ligt altijd bij een arts of medisch specialist.
5. De Federatie is een voorstander van het bevorderen van de domeinoverstijgende samenwerking in de regio, maar niet als dat gepaard gaat met institutionalisering, sterke overheidssturing en toepassing van beleidsopties als minimumeisen aan het regiobeeld. De Federatie is tegen het (wettelijk) vastleggen van verantwoordelijkheden, eenduidige regio-indeling, publieke regie en verdergaande capaciteitsregulering.
6. De Federatie staat open voor experimenten met domeinoverstijgende samenwerking en bekostiging van coördinatie/systeemfunctie, tegemoetkoming in de transformatiekosten en bekostiging op basis van beschikbaarheid (waaronder acute zorg).

### **3. Thema Vernieuwing en werkplezier**

De Federatie onderschrijft het belang van innovatie/vernieuwing om de zorg te verbeteren, alsmede het bevorderen van gepaste zorg. Het bijdragen aan en leveren van gepaste zorg in samenspraak met de patiënt middels samen beslissen en het bevorderen van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg is de kern van het vak van de medisch specialist. Het is onderdeel van de eed die elke medisch specialist heeft afgelegd en vormt voor de Federatie de rode draad van ons visiedocument 'Medisch Specialist 2025', onze afspraken met partijen in het Hoofdlijnenakkoord, ons kwaliteitsbeleid en alle programma's waar wij aan bijdragen.

1. De Federatie pleit ervoor om de intrinsieke motivatie van zorgverleners richtinggevend te maken in het zorgbeleid, zodat we de patiënt de beste zorg kunnen blijven bieden die toegankelijk, innovatief en betaalbaar is.
2. De Federatie pleit voor het verhogen van het werkplezier door actief in te zetten op Gezond en Veilig werken<sup>2</sup>. We ondersteunen de beleidsopties dat zorgprofessionals de zorg maken en de sleutel tot verandering zijn. Daarvoor is het geven van professionele ruimte en vergroten van (mede)zeggenschap noodzakelijk. Net zoals minder werk- en regeldruk en daaruit voortvloeiende administratieve last en het bevorderen van gegevensuitwisseling.
3. De Federatie pleit ervoor om institutionalisering en bureaucratisering in de zorg actief terug te dringen.

De Federatie herkent de genoemde knelpunten in de discussienota bij dit thema, maar we kunnen ons niet altijd vinden in de manier waarop deze zijn uitgewerkt. Dit is onder andere het geval bij het knelpunt 'Onvoldoende gepast gebruik van zorg' en 'Onderbenutting van digitalisering'.

---

<sup>2</sup> <https://www.demedischspecialist.nl/onderwerp/gezond-en-veilig-werken>



#### *Onvoldoende gepast gebruik*

De Federatie vindt dat het bevorderen van gepast gebruik van zorg helpt om de zorg kwalitatief goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. Hierin vinden we het wel van belang dat wordt benadrukt dat niet-bewezen effectief niet hetzelfde is als bewezen niet-effectief. Het is niet zo dat zorg waarvan de effectiviteit niet is aangetoond geen meerwaarde heeft voor patiënten.

4. De Federatie pleit voor meer nuance en onderbouwing in het bevorderen van gepast gebruik in de zorg en benadrukt het belang van onderzoek (zorgevaluatie) om een juiste plaatsbepaling van interventies te bepalen. De Federatie benadrukt dat het nooit een zwart-wit verhaal is. Er zijn weinig toegepaste interventies die niet-effectief zijn voor alle patiëntengroepen. De optimale behandeling is afhankelijk van de situatie van de unieke patiënt.. Kennisagenda's<sup>3</sup> van wetenschappelijke verenigingen helpen prioriteren welke onvoldoende onderbouwde zorg als eerste moet worden geëvalueerd. Dit proces is nooit af. Door modulair onderhoud van richtlijnen, wordt nieuwe kennis uit onderzoek snel geduid op klinische meerwaarde. Zorg die bewezen niet-effectief is, kan dan ook worden verwijderd uit het pakket.

#### *Onderbenutting digitalisering*

De Federatie zet zich in om digitalisering van de zorg te stimuleren, waarbij we lessen trekken uit de digitale zorg die tijdens de COVID-19 crisis is verleend.

5. De Federatie pleit ervoor om arts en patiënt samen te laten beslissen over wat digitaal kan en wat niet. In de praktijk gaat het om een hybride vorm van zorgverlening, waarbij maatwerk leidend moet zijn. Digitaal of fysiek is geen tegenstelling. Het is een gezamenlijke afweging. Welke van de twee past op dat moment het beste bij de zorg die de patiënt nodig heeft? Hierbij constateren wij ook dat digitale zorg niet per definitie goedkopere zorg is. Een fysiek f en een digitaal consult kosten evenveel tijd.
6. Het voorstel om digitale zorg op te nemen in richtlijnen is een bureaucratische gedachte die niet aansluit bij de praktijk in de spreekkamer. Dit leidt tot demotivatie en heeft tevens tot gevolg dat de uitdagingen om digitale zorg gemeengoed te maken niet worden aangepakt.
7. De Federatie constateert dat faciliteiten om digitale zorg te kunnen leveren nog niet vanzelfsprekend zijn, terwijl dit een randvoorwaarde is voor verdere digitalisering. Daarnaast is er aandacht nodig voor het vergroten van de digitale vaardigheden van de patiënt. Beleidsopties om de beschikbaarheid van faciliteiten te vergroten ontbreken in de discussienota.

De Federatie juicht het faciliteren van digitale zorg toe door hiervoor prestatieomschrijving en tarieven in het leven te roepen. Er dient voor gewaakt te worden dat het uitgangspunt van samen beslissen niet wordt ondermijnd door voorgestelde beleidsopties om digitaal ondersteunde zorg vanzelfsprekender te maken. In de bijlage gaan wij daar paginagewijs in detail op in.

8. De Federatie pleit al jaren voor een consult op afstand tussen 1e en 2e/3e lijn met als doel om een (onnodige) fysieke verwijzing te voorkomen, dan wel om gerichter te kunnen verwijzen. Ook is er al jaren behoefte aan een prestatieomschrijving voor consulten op afstand tussen 2e en 3e lijn voor het multidisciplinair overleg (bijvoorbeeld oncologisch MDO). Op deze manier wordt het mogelijk gemaakt dat een beroepsbeoefenaar op eenvoudige wijze en gebruikmakend van de huidige (technologische) mogelijkheden een

---

<sup>3</sup> <https://www.demedischspecialist.nl/onderwerp/zorgevaluatie#kennisagenda>



andere beroepsbeoefenaar kan consulteren, zonder dat de patiënt hiervoor fysiek naar de instelling moet. Hier ligt een verantwoordelijkheid voor de NZa.

Digitalisering van de zorg vraagt ook om een toekomstbestendige ict-infrastructuur en adequate gegevensuitwisseling. De Federatie benadrukt het belang van eenmalige registratie voor meervoudig gebruik om de administratieve lasten te verminderen. In de discussienota ontbreekt de rol en verantwoordelijkheid van de EPD-leveranciers evenals denkbare beleidsopties om dit uitgangspunt in de praktijk (verder) te verankeren.

De Federatie pleit voor het verankeren van het uitgangspunt van eenmalige registratie voor meervoudig gebruik. Voor adequate gestructureerde verslaglegging is het noodzakelijk dat systemen gebruiksvriendelijk zijn en zorgprofessionals ondersteunen in het primaire zorgproces. Onderzocht dient te worden of de beschikbare gelden van het Nationaal Groei Fonds aangewend moeten worden voor noodzakelijke investeringen in ict-infrastructuur. Technische problemen en ontbrekende integratie met EPD's vormen nog steeds drempels bij de verdere opschaling van de beweging van de juiste zorg op de juiste plek.

#### *Efficiëntere inzet van personeel*

Om de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg te borgen, is een efficiënte inzet van personeel van groot belang.

9. De Federatie constateert dat de toegenomen groei aan nieuwe beroepen – en daarbij behorende registraties en verantwoordelijkheden – niet direct bijdraagt aan de efficiënte inzet van personeel (arbeidsmarktproblematiek) en transparantie naar de patiënt. In het traject rondom de toekomstbestendigheid van de Wet BIG liggen deze vraagstukken ook op tafel.  
Taakherschikking kan een belangrijk middel zijn voor efficiëntere inzet van personeel en wij staan hier dan ook positief tegenover.

#### *Ruimte voor de professional en meer werkplezier*

De Federatie ziet de arbeidsmarktproblematiek als één van de grootste uitdagingen in de zorg. Voldoende en goed gekwalificeerde zorgverleners zijn de basis voor het verlenen van goede zorg.

10. De Federatie pleit ervoor om de arbeidsmarktproblematiek bovenaan de politieke agenda te plaatsen. Het tekort aan ondersteunend personeel is een van de grootste bedreigingen voor de toegankelijkheid van de medisch-specialistische zorg. Hierbij moet niet alleen worden ingezet op instroom, maar ook op behoud. Om de aantrekkelijkheid van werken in de zorg te bevorderen moet de administratielast als gevolg van ict-problematiek minimaal worden gehalveerd.
11. De Federatie pleit daarnaast voor meer aandacht voor duurzame inzetbaarheid en daarmee voor het behoud van het al zo schaarse zorgpersoneel. Als Federatie steken we samen met de LAD veel energie in het programma Gezond en Veilig werken. Onze oproep is om dit element op te nemen in de beleidsoptie 'Meer resultaatsafspraken over goed werkgeverschap' waarbij via de contractering afspraken worden gemaakt over gezond en veilig werken.





*Generiek kwaliteitskader voor passende zorg*

De Federatie is kritisch over het voorstel om een kwaliteitskader passende zorg op te stellen en te verankeren in de Wkkgz, zodat hier met het Toetsingskader voor kwaliteitsstandaarden op getoetst kan worden. In het verlengde hiervan vinden wij het dan ook onwenselijk als zorginkopers deze kwaliteitsstandaard zouden hanteren als expliciete inkoopvoorwaarde waarop het NZa gaat toezien en het Zorginstituut kan ingrijpen.

12. De Federatie pleit ervoor om de beleids optie voor de ontwikkeling van een generiek kwaliteitskader voor passende zorg te herzien. Dit zal naar ons idee leiden tot een toename van bureaucratie en regeldruk.
13. De Federatie constateert dat er geen enkele noodzaak is om partijen opnieuw top-down te committeren aan datgeen waaraan ze zich bottom-up al gecommitteerd hebben.<sup>4</sup> Niet alleen zal het ondoenlijk en onwenselijk zijn om algemene richtinggevende principes SMART te verankeren in een kader waar vervolgens op getoetst kan worden. Het voorgestelde kwaliteitskader lost niets op, maar zal alleen zorgen voor een aanzienlijke toename van de bureaucratisering in de vorm van theoretische eisen, formulieren en afvinklijstjes. Dit doet geen recht aan de complexiteit van de zorg en de intrinsieke motivatie van zorgverleners om gepaste zorg voor individuele patiënten te leveren. Het zal leiden tot gestelde kwaliteitseisen die geen aansluiting kennen bij de dynamiek van de patiëntenzorg en uiteindelijk leiden tot een lagere kwaliteit van zorg en gedemotiveerde zorgprofessionals.
14. De Federatie constateert dat gepaste zorg tot stand komt op het niveau tussen zorgprofessional en patiënt. Wij onderschrijven de noodzaak dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars afspraken maken over gepaste zorg waarbij structureel wordt ingezet op het leren, verbeteren en de implementatie. De Federatie pleit ervoor dat zorgprofessionals standaard bij dit lokale overleg tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraars worden betrokken. Belangrijk in dit kader is dat wordt aangekoerst op meerjarig commitment middels meerjarencontracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, zodat grote veranderingen (investerings en ruimte voor afbouw) kunnen worden gerealiseerd. Essentieel is dat zorgverzekeraars congruent handelen in de contractering.

*Meer gelijkgerichtheid*

Sinds de introductie van integrale bekostiging in 2015 is door de Federatie Medisch Specialisten ingezet op het creëren van optimale gelijkgerichtheid tussen ziekenhuizen en medisch specialisten. Gelijkgerichtheid betekent dat de keten van afspraken tussen zorgverzekeraar, ziekenhuis en medisch specialist - ongeacht werkvorm - moet leiden tot gelijkgericht gedrag van alle partijen in deze keten. Ten aanzien van gelijkgerichtheid tussen ziekenhuis en medisch specialisten trekken de Federatie en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) samen op.

15. De Federatie constateert dat er in de discussienota ten onrechte alleen wordt ingezoomd op de laatste schakel van de keten: het verdeelmodel van het medisch specialistisch bedrijf (msb). Dit is onterecht aangezien het niet de werkvorm is die bepalend is, maar de wijze waarop zorgverzekeraar en ziekenhuis met elkaar contracteren. Bij verschillende

---

<sup>4</sup> ZINL en NZa hebben in hun rapport het combinatiebegrip Passende Zorg geïntroduceerd. Aangezien passende zorg niet te vangen is in een eenduidige definitie is voorgesteld het begrip te vangen in een aantal onderliggende principes. Deze beschreven principes zijn eerder be- onderschreven in de diverse visiestukken van veldpartijen, zoals bijvoorbeeld in de 'Medisch Specialist 2025' van de Federatie en de visie 'Meer Mens, Minder Patiënt' van de Patiëntenfederatie. Deze visies dragen eenzelfde gedachtengoed uit en zijn de basis geweest voor de HLA-afspraken die in 2018 zijn gemaakt en de programma's die vervolgens door veldpartijen op basis van deze afspraken zijn opgestart en momenteel worden uitgevoerd. Voorbeelden zijn de programma's Uitkomstgerichte Zorg, Juiste Zorg op de Juiste Plaats en Zorgevaluatie en Gepast Gebruik.



werkvormen maar eenzelfde contractering wordt hetzelfde effect bereikt blijkt uit een evaluatiestudie bij de ziekenhuizen in Gorinchem en Uden.

- a. De minister beschrijft in haar brief aan de Kamer het belang van gelijkgerichtheid in de gehele keten<sup>5</sup>: *“Voor gelijkgerichtheid is het belangrijk dat de afspraken met de zorgverzekeraars vervolgens doorvertaald worden naar de gehele organisatie. Dit geldt zowel voor de afspraken op het niveau van de raad van bestuur met het msb, als op het niveau van het msb en de verschillende medische specialismen, tot aan het niveau van de individuele medisch specialisten toe.”*

Dit geldt overigens voor zowel medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren als voor medisch specialisten in dienstverband. Om het verdeelmodel binnen msb's nog verder gelijk te richten met het ziekenhuis, zetten msb's in 2021 de stap naar een capaciteitsbegroting, waarmee gelijkgerichte afspraken tussen ziekenhuis en het MSB naadloos worden verwerkt in het interne verdeelmodel.

16. De Federatie pleit voor minder focus op productie en meer op waarde, bijvoorbeeld door innovatieve contractering. Hiervoor is het noodzakelijk dat in deze hele keten van afspraken van zorgverzekeraar, naar ziekenhuis naar medisch specialist (ongeacht werkvorm) gelijktijdig de onwenselijke volumeprikkel wordt weggenomen en een waardeprikkel wordt toegevoegd. Als dat niet gelijktijdig gebeurt, gaat dit ten koste van de gelijkgerichtheid in de hele keten die met de invoering van integrale bekostiging is beoogd.
17. De Federatie pleit ervoor dat zorgverzekeraars zich congruent gedragen op cruciale onderdelen als looptijd contract en focus op dezelfde kwaliteitsdossiers en daarmee samenhangende doelstellingen.

Kortom, het doel van meer gelijkgerichtheid wordt onderschreven en is te realiseren in de afspraken die in de gehele keten worden gemaakt. Het - via regelgeving - verplichten van medisch specialisten in loondienst zal leiden tot een volledige 'ontneming van de eigendom' onder 8000 medisch specialisten in vrij beroep en een enorme kostenpost voor de BV-Nederland. Het lost ook geen enkel probleem op aangezien ook medisch specialisten in dienstverband een productieprikkel ervaren als deze vanuit de afspraken met de zorgverzekeraar worden doorvertaald door de raad van bestuur van een ziekenhuis middels opdrachten of prikkels in de afspraken met de medisch specialisten.

18. De Federatie constateert dat de genoemde maatregel niet alleen in strijd is met het principe van 'proportionaliteit' maar tevens zal leiden tot volledige demotivatie en het ontnemen van het 'werkplezier' bij deze groep medisch specialisten. Hiermee is deze maatregel in strijd met het beoogde doel van het bevorderen van werkplezier.

---

<sup>5</sup> Het bevorderen van gelijkgerichtheid in de medisch specialistische zorg, 27 november 2020, Brief van Van Ark aan voorzitter van de Tweede Kamer



## **Bijlage: gedetailleerde reacties op bepaalde passages met zo mogelijk tekstvoorstel**

### **PM (bijlage wordt nog verder geconcretiseerd)**

#### **Samenvatting**

p. 7 *Met de mond belijden we dat de waarde voor de burger centraal staat, maar in de praktijk is dat niet altijd het geval op pagina 7.*

Reactie: dat is onnodig negatief verwoord.

Tekstvoorstel:

*“Er ligt een gezamenlijke uitdaging om te zorgen dat de waarde voor de burger centraal staat in de zorg en dat hier in de praktijk naar wordt gehandeld.”*

#### **Nederland Gezond en wel (Hoofdstuk 1)**

p. 10: *“Toch is het zo dat bijna een kwart van de volwassenen een probleem heeft met coördinatie en vinden van de juiste zorg”*

Reactie: Dit is nogal algemeen gesteld; geldt dat voor alle zorgdomeinen, alle doelgroepen, vooral WMO-ondersteuning?

Tekstvoorstel:

*“Toch is het zo dat bijna een kwart van de volwassenen problemen ervaart met coördinatie en het vinden van bepaalde zorg”*

p. 13 *laatste alinea: “excessieve productieprikkel worden weggenomen”*

Reactie: Onderbouwing voor deze aanname ontbreekt.

Tekstvoorstel: weglaten:

*“gaat om maatregelen die ervoor zorgen dat financiële prikkels verandering ondersteunen.”*

#### **Preventie en gezondheid (Hoofdstuk 2)**

p. 14 *“Een belangrijk nadeel van deze vorm van bekostiging is dat er een sterk financieel belang ontstaat om meer behandelingen uit te voeren. Dit kan aanleiding geven tot de verlening van onnodige en niet zinnige zorg.”*

Reactie: Een gedegen en getalsmatige onderbouwing voor deze stelling in de medisch specialistische zorg ontbreekt.

Tekstvoorstel: weglaten. De passage erna dat zorgaanbieders terughoudend zijn om te investeren in preventie en in andere zorgfuncties die zij niet kunnen declareren kan blijven staan.

p. 15 *Bevorderen van eigen regie*

Reactie: Bij deze beleids optie is de relatie tussen eigen regie, versterking gezondheidsvaardigheden en leefstijl onduidelijk. Wij pleiten ervoor leefstijl hier maar centraal te stellen dan wel een aparte beleids optie te wijden aan leefstijl en de consequenties die het ook kan hebben voor toekomstige zorgbehoefte aan medisch-specialistische zorg. Daarbij is het wenselijk onderscheid te maken tussen collectieve preventie (universeel of selectief) en individuele preventie (geïndiceerd of zorggerelateerd, zie Medisch Specialist 2025, p 26).



p. 16 *“Veel medische interventies worden voorgeschreven waar eerder een sociale interventie nodig is.”*

Reactie: dit is te algemeen gesteld en vraagt om een nadere onderbouwing/specificering.

Tekstvoorstel:

*“Het kan niet zo zijn dat medische interventies worden voorgeschreven waar een sociale interventie nodig is.”*

### **Organisatie en regie (Hoofdstuk 3)**

p. 23-25 *“Minimumeisen aan het regiobeeld; vastleggen verantwoordelijkheid en eenduidigheid over de regio, publieke regie in de regio”*

*Reactie: Wij hechten aan de beleids optie het faciliteren van regiobeelden, in aansluiting op het instrument regiobeeld zoals dat ook nu al in het Hoofdlijnenakkoord wordt genoemd, maar vinden opgelegde minimumeisen rond deze regiobeelden als ook het vastleggen van verantwoordelijkheden en een eenduidige indeling van de regio een stap te ver. Het per regio vastleggen van doelstellingen, zoals afspraken rond overdracht van patiënten in de acute zorgketen of de nazorg voor kwetsbare patiënten die ontslagen worden uit het ziekenhuis heeft wel onze steun (p. 24 basis op orde). Meer publieke regie in de regio (p. 25) hetgeen leidt tot een nieuwe bestuurlijke laag achten wij niet wenselijk.*

p. 24 *Capaciteitsregulering: “om de minister van VWS de bevoegdheid te geven een aantal segmenten binnen de zorg te definiëren waarvoor niet langer vrije toetreding bestaat.*

Reactie: Wij vinden een verdergaande bevoegdheid van de minister van VWS tot capaciteitsplanning en het definiëren van segmenten van zeer complexe zorg waar niet langer vrije toetreding bestaat, in aanvulling op de WBMV niet nodig.

p. 28 *Tegemoetkoming transformatiekosten*

*“Zo heeft VWS als onderdeel van de hoofdlijnenakkoorden transformatiegelden ter beschikking gesteld. Deze aanpak kan ook in de toekomst een belangrijke rol spelen.”*

Reactie: De ervaring met de bestaande transformatiekosten is dat deze lang niet altijd op de goede plek terechtkomen.

Tekstvoorstel: aanvullen:

*“Zo heeft VWS als onderdeel van de hoofdlijnenakkoorden transformatiegelden ter beschikking gesteld. Deze aanpak kan ook in de toekomst een belangrijke rol spelen als de transformatiegelden daadwerkelijk terechtkomen bij de zorgaanbieders die te maken hebben met omzetverlies.”*

p. 25 *Meer regionale flexibele organisatievormen en p. 27 ruimte voor experimenten domeinoverstijgende samenwerking en p.30 vereenvoudiging van de overgangen tussen domeinen*

Reactie: De behoefte aan een regionale flexibele schil van zorgmedewerkers die kunnen worden ingezet waar zij het hardst nodig zijn laten wij graag over aan de betrokken zorgpartijen en zorgprofessionals. Het faciliteren daarvan en het wegnemen van belemmeringen, bijvoorbeeld het wegnemen van een btw-verplichting, juichen wij toe.



Datzelfde geldt ook voor het faciliteren van domeinoverstijgende samenwerking en de overgangen tussen domeinen.

#### **Vernieuwing en werkplezier (Hoofdstuk 4)**

*p. 32 Onvoldoende gepast gebruik: "Bekend is dat op grote schaal behandelingen in de zorg plaatsvinden waarvan de effectiviteit onvoldoende is aangetoond".*

Reactie: Niet onderbouwd en dat effectiviteit onvoldoende is aangetoond wil niet zeggen dat die zorg geen meerwaarde heeft voor de patiënt.

Tekstvoorstel:

*"In de zorg vinden behandelingen plaats die geen aantoonbare meerwaarde hebben voor de patiënt of waarvan de effectiviteit onvoldoende is aangetoond."*

*p. 34 1<sup>e</sup> alinea: boven Verbetering kwaliteitsnormen:*

*"Zorgverleners moeten voortdurend beoordelen of de digitale contactvorm voldoende effectief is of wanneer direct contact nodig is. De afweging vergt daarom professionele intervisie en waar nodig goed onderbouwde handreikingen en beoordelingskaders".*

Reactie: Dit is een terechte constatering die niet strookt met de druk die vanuit partijen als zorgverzekeraars, ZiNL/NZa wordt opgevoerd om digitale toepassingen snel te implementeren.

*p. 34 Verbetering kwaliteitsnormen:*

*"Daar waar digitale ondersteuning veilig, effectief en doelmatig wordt geacht en dit alsnog niet leidt tot aanpassing door het zorgveld van richtlijnen, kan het Zorginstituut aanpassing van deze richtlijnen stimuleren en, waar nodig, realiseren".*

Reactie: Het opnemen van digitale ondersteuning in de richtlijnen is een bureaucratische gedachte die niet aansluit bij de praktijk. Hier wordt ook weer heel nadrukkelijk gehint naar doorzettingsmacht van ZiN zonder dat we nog hebben kunnen vaststellen of en hoe digitale ondersteuning zinvol onderdeel kan worden gemaakt van richtlijnen..

Tekstvoorstel:

Hele passage schrappen.

*p. 34 Verbetering kwaliteitsnormen:*

*"Het verdient aanbeveling om te belonen dat kennis wordt geregistreerd op een manier dat het automatisch verwerkt kan worden en ervoor kan zorgen dat een deel van de kwaliteitsgelden specifiek wordt gebruikt voor databewerkbare richtlijnen".*

Reactie: Deze aanbeveling roept veel vragen op. Wat wordt hier bedoeld met kennis (wetenschappelijk onderzoek, klinische data?); en wat met 'automatisch verwerkt' in relatie tot kwaliteitsnormen (registratie aan de bron of Personal Health train? En wat is het verband tussen automatische verwerking en kwaliteitsnormen?); en wat zijn databewerkbare richtlijnen?

Tekstvoorstel

Schrappen en enkel handhaven bestaande zin *"Bij het tot stand komen van kwaliteitsnormen is daarnaast een grotere rol voor het gebruik van data belangrijk."*

*p. 34 Verbetering kwaliteitsnormen:*



*“Een alternatief kan gelegen zijn in het gebruik van uitkomstindicatoren als basis voor kwaliteitsnormen”.*

Reactie: Dit kan alleen als de betreffende indicator gevalideerd is voor dat doel en dus is aangetoond dat er daadwerkelijk een relatie is tussen die indicator en kwaliteit van zorg. Voor veel indicatoren is dat niet zo.

Tekstvoorstel:

*“Een alternatief kan gelegen zijn in het gebruik van (gevalideerde) uitkomstindicatoren als basis voor kwaliteitsnormen”*

p. 35,36:

*“Doorlichting van bestaande zorg en innovaties in het basispakket op effectiviteit en waarde voor de patiënt: Een verbinding tussen het verzekerde pakket en een nieuwe generieke kwaliteitsstandaard voor passende zorg als voorwaarde voor pakkettoelating ...expliciete inkoopvoorwaarde wordt waarop de NZa in het kader van de zorgplicht kan toezien. ...Aan het Zorginstituut kunnen mogelijkheden gegeven worden om sneller en directer te kunnen ingrijpen indien het tempo waarin dit gebeurt onvoldoende is.”*

Reactie: Ook hier wordt weer het kwaliteitskader passende zorg als een panacee gezien gepaard gaande met strikte regulering en ingrijpen van bovenaf, terwijl persoonsgerichte, passende zorg in de praktijk wordt gerealiseerd in samen beslissen tussen zorgprofessional en patiënt en papieren regels daar niets aan zullen bijdragen. Dat is juist in lijn met de beleidsoptie ‘meer zeggenschap van zorgprofessionals’.

Tekstvoorstel:

*De zinnen van: “Een verbinding tussen” tot en met “onvoldoende is” schrappen.*

p. 40 *Generiek kwaliteitskader voor passende zorg*

*“Het is daarbij behulpzaam om een generiek kwaliteitskader voor passende zorg te ontwikkelen.”*

Reactie: Zoals hier al aangegeven, verwacht De Federatie dat een dergelijk kwaliteitskader zal leiden tot een toename van bureaucratie en regeldruk en zien wij geen enkele noodzaak om partijen hier top-down aan te committeren. Ons inziens komt passende zorg juist veel meer ‘bottom-up’, via lerende netwerken tot stand. Er zijn diverse niveaus van lerende netwerken te onderscheiden: tussen zorgprofessionals en patiënten; tussen zorgaanbieders en inkopers; op regionaal niveau en op landelijk niveau. Hier wordt dit landelijk niveau als vertrekpunt genomen, terwijl wij juist leren op het niveau tussen zorgprofessionals en patiënten als vertrekpunt willen nemen en zorgen dat er verbinding ontstaat tussen de diverse niveaus van lerende netwerken. De genoemde voorbeelden bij ‘Generiek kwaliteitskader voor passende zorg’ zijn juist voorbeelden van leren in dergelijke netwerken.

Tekstvoorstel

*Schrappen van de eerste zin: “het is behulpzaam om een generiek kwaliteitskader voor passende zorg te ontwikkelen en aanpassen beleidsoptie: bevorderen leren en verbeteren rond passende zorg.”*

p. 41 *Meer gelijkgerichtheid*

*“De meeste verdeelmodellen die daarbij gebruikt worden zijn gebaseerd op het leveren van productie. Dit heeft als gevolg dat specialisten die meer behandelingen uitvoeren ook meer betaald krijgen en een ander financieel belang kunnen hebben dan het ziekenhuisbestuur.*



Reactie: De tekst klopt niet. De meeste verdeelmodellen zijn gebaseerd op lokaal in te stellen ratio's. Om gelijkgericht te werken wordt daarbij gestreefd om deze ratio's zoveel mogelijk te laten aansluiten bij de prikkels die door het ziekenhuis zijn aangebracht in de afspraken met het MSB. Hierbij wordt zowel gekeken naar productie als efficiëntie. Meer behandelingen betekent daarom niet dat er meer betaald wordt. Ook omdat het MSB een begrenst bedrag ontvangt.

Tekstvoorstel:

Passage schrappen.

*p. 41: Meer gelijkgerichtheid*

*“Een verdergaande stap zou zijn om met gerichte maatregelen loondienst van medisch-specialisten te bevorderen al dan niet via regelgeving. Ook dan zijn ondersteunende afspraken essentieel.”*

Reactie: Onderbouwing ontbreekt van zowel de oorzaak van het ervaren probleem als van de effecten die deze verdergaande maatregel zal hebben; de oorzaak en de oplossing liggen namelijk in de hele keten van zorgverzekeraar, naar ziekenhuis, naar medisch specialist; ook medisch specialisten in dienstverband ervaren productieprikkels.

Tekstvoorstel:

Passage schrappen

*p. 41 Digitaal ondersteunende zorg vanzelfsprekend maken:*

*“Daarnaast kan via de facultatieve prestatie ...innovatie bevorderen via contractering of door het eigen risico kwijt te schelden bij gebruik van digitale zorg. Een verdergaande optie is om, wanneer duidelijk is dat een digitale leveringsvorm zodanig ingeburgerd is dat deze voor de meeste patiënten een volwaardig alternatief is, zorgaanbieders via tariefregulering te prikkelen om intramurale leveringsvormen alleen toe te passen wanneer dit echt nodig is.”*

Reactie: Een prikkeling via tariefregulering ondermijnt het gesprek over welke vorm van (digitale) zorg gepast is. Patiënt en arts dienen samen te beslissen over de inzet van digitale zorg. Het belang van samen beslissen wordt op pagina 35 onderstreept.

Tekstvoorstel

Schrappen passage: *“Een verdergaande optie is om, wanneer duidelijk is dat een digitale leveringsvorm zodanig ingeburgerd is dat deze voor de meeste patiënten een volwaardig alternatief is, zorgaanbieders via tariefregulering te prikkelen om intramurale leveringsvormen alleen toe te passen wanneer dit echt nodig is.”*