

# Samenwerkingsafspraken

ten behoeve van transparante kwaliteitsinformatie  
in de medisch specialistische zorg



Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen



Zorginstituut Nederland





Diemen, 31 januari 2019

Federatie van Medisch Specialististen,

Naam: *Dr. H.A. Geerke*

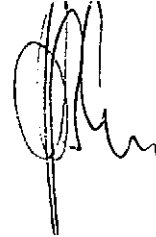
Handtekening:



Verpleegkundigen & Verzorgden Nederland,

Naam: *Henke Bakker*

Handtekening:



Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra,

Naam: *Marijke Schreuder*

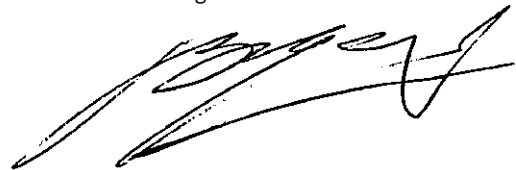
Handtekening:



Zelfstandige Klinieken Nederland,

Naam: *W.A. ter Horst*

Handtekening:



Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)

Naam: *Christianne Lemards*

Handtekening:



Zorginstituut Nederland,

Naam: *Sjaak Wijma*

Handtekening:



Patiëntenfederatie Nederland,

Naam: *Heleen Post*

Handtekening:



Zorgverzekeraars Nederland,

Naam: *Wj Adema*

Handtekening:

*Wj Adema*  
*24/6/19*  
*Wade*



### Samenwerkingspartners

- Federatie van Medisch Specialististen (Federatie)
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
- Patiëntenfederatie Nederland (Patiëntenfederatie)
- Verpleegkundigen & Verzorgden Nederland (V&VN)
- Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN)
- Zorginstituut Nederland (ZiN)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

### Overwegende dat:

- a. De samenwerkingspartners verschillen in hun rollen en verantwoordelijkheden, maar verbonden zijn in het belang om betrouwbare kwaliteitsinformatie transparant te maken en de zorg voor de patiënt continu te verbeteren;
- b. De functie van kwaliteitsinformatie varieert, afhankelijk van de gebruiker:
  - Voor zorgaanbieders draagt kwaliteitsinformatie bij aan kwaliteitsverbetering, doordat zorgprofessionals en zorgaanbieders kwaliteitsinformatie kunnen gebruiken om zich te spiegelen aan anderen en te verbeteren.
  - Voor patiënten/cliënten/burgers is openbare kwaliteitsinformatie van belang om goed geïnformeerd een keuze voor een zorgverlener en een behandeling te kunnen maken.
  - Voor zorgverzekeraars is kwaliteitsinformatie belangrijk om in gesprek te kunnen gaan met zorgaanbieders en zorgprofessionals over kwaliteit en doelmatigheid, om verzekerden te kunnen informeren en om zorginkoop mede te kunnen baseren op kwaliteitsinformatie.
- c. Het gezamenlijk vaststellen van kwaliteitsindicatoren als doel heeft dat er betrouwbare kwaliteitsinformatie beschikbaar komt, voor het verbeteren van de zorg, keuze-informatie voor de patiënt en zorginkoop op kwaliteit;
- d. De effectiviteit van kwaliteitsinformatie toeneemt wanneer deze tot stand komt in goed overleg tussen de samenwerkingspartners, vanuit het gemeenschappelijke belang en rekening houdend met elkaars rollen;
- e. Samenwerking ten behoeve van kwaliteitsinformatie bijdraagt aan de bewustwording dat zorg in samenhang wordt gegeven;
- f. De effectiviteit van kwaliteitsinformatie toeneemt wanneer de administratieve lasten om deze informatie te genereren, als proportioneel wordt ervaren door de samenwerkingspartners. De ontwikkeling en verbetering van kwaliteitsindicatoren komt daarom bij voorkeur tot stand op basis van data uit bestaande bronnen;
- g. Het voor zorgaanbieders en zorgprofessionals relevant is om naast de verplichte aanlevering (verplichte transparantie) ook op vrijwillige basis kwaliteitsgegevens aan te kunnen leveren (vrijwillige transparantie). Het gaat bij dit laatste om indicatoren waarvan de gegevens vrijwillig worden doorleverd aan bijvoorbeeld patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars.<sup>1</sup>

### Komen de samenwerkingspartners overeen dat:

- a. Zij de bestaande informele samenwerking met betrekking tot de Transparantiekalender van het Zorginstituut voortzetten en formaliseren middels afspraken over proces, tijdspad en verantwoordelijkheden;
- b. De Meerjarenagenda, het Register en de Transparantiekalender instrumenten zijn om kwaliteitsinformatie transparant te maken.<sup>2</sup> Doel is om te stimuleren dat de kwaliteit van medisch specialistische zorg continu verbeterd wordt;

<sup>1</sup> Zie voor een visualisering bijlage A, Als in dit stuk wordt gesproken over 'verplichte indicatoren' gaat het om onderdeel C. Als wordt gesproken over 'vrijwillige indicatoren' gaat het om het onderdeel B.

<sup>2</sup> Zie voor een definitie van deze begrippen bijlage A.

- c. In deze samenwerkingsovereenkomst afspraken op hoofdlijnen zijn vastgelegd, die om nadere uitwerking vragen in een bestuurlijk ontwikkelkader en meerjarenplan;
- d. Betekenisvolle kwaliteitsinformatie bij voorkeur iets zegt over voor de patiënt relevante aspecten van kwaliteit van zorg. Idealiter betreft dit uitkomstindicatoren, aangevuld met klantpreferentievragen. Desgewenst kan daarnaast nog een beperkt aantal proces- en structuurindicatoren uitgevraagd worden.
- e. Deze samenwerkingsafspraken in beginsel geldend zijn en er jaarlijks een evaluatie plaatsvindt.

Deze samenwerkingsafspraken treden met terugwerkende kracht in werking vanaf 4 oktober 2018

# 1. Proces en tijdspad

## A. Vaststellen ontwikkelkader en meerjarenplan

- a. In het Bestuurlijk overleg Transparantie wordt jaarlijks een ontwikkelkader en meerjarenplan vastgesteld. Hierin wordt rekening gehouden met prioriteiten t.a.v. volume en ziektelast, vernieuwings- en verbeterpotentieel, beperking van registratielast en de wensen van informatievragen partijen.
- b. In het belang van het verminderen van administratieve belasting en het verbeteren van de kwaliteit van de indicatoren is in het bestuurlijke akkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022 afgesproken dat we ons richten op uitkomstindicatoren. Er worden geen nieuwe proces- en structuurindicatoren ontwikkeld, tenzij deze voor de patiënt en/of zorgprofessional essentiële informatie bevatten. In overleg tussen patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en aanbieders zal een forse reductie van het aantal structuur- en procesindicatoren, die geen toegevoegde waarde hebben voor de patiënt en/of zorgprofessional, worden doorgevoerd. Dit is onder andere gerealiseerd door de reductie van 25% proces- en structuurindicatoren in 2019. Daarnaast wordt ook een plan van aanpak opgesteld voor de verdere reductie van het aantal structuur- en procesindicatoren voor verslagjaar 2020 en verder. Verder zijn ook de volgende afspraken gemaakt:
  - Partijen spreken af om het principe van registratie aan de bron leidend te laten zijn. Ambitie is om in 2020 de deelname aan keurmerken en kwaliteitsregistraties volledig te baseren op reguliere zorggegevens in bronsystemen.
  - Om inzicht te blijven houden in de omvang van het aantal indicatoren en het soort indicatoren levert het Zorginstituut jaarlijks een telling op van het aantal indicatoren. Het tellen van aantallen indicatoren draagt maar voor een deel bij aan het in kaart brengen van de administratieve last. De ervaren last van indicatoren hangt af van de specifieke indicator, de lokale ondersteuning door personeel en/of ICT, en de toepassing van de indicator in (eigen) verbetercycli. De telling van het aantal indicatoren wordt uitgesplitst in het aantal:
    - Hoofdindicatoren en totaal aantal (sub)indicatoren;
    - Proces-, structuur en uitkomstindicatoren;
    - De indicatoren die verplicht worden aangeleverd aan de openbare database van het Zorginstituut én de indicatoren die vrijwillig worden doorgeleverd aan verzekeraars en patiëntenorganisaties.<sup>3</sup> Het vaststellen van vrijwillige indicatoren dragen bij aan het voorkomen van parallele uitvragen. Indicatoren uit regionale initiatieven of indicatoren die uitsluitend ten behoeve van eigen gebruik voor interne sturing worden verzameld, vallen hier buiten.<sup>4</sup>
  - Aan de werkgroepen wordt een ontwikkelopdracht:
    - opgenomen indicatoren moeten betekenisvol zijn en een relatie met de door de instelling geleverde kwaliteit van zorg hebben. Het maximum aantal indicatoren in een set is 10.
  - Tweejaarlijks geeft Zorginstituut Nederland de opdracht tot een meting met de monitor ervaren regeldruk met als doel de objectieve en ervaren administratieve last van de indicatoren in kaart te brengen. De resultaten van de meting worden gebruikt om te sturen op vermindering van de administratieve last t.b.v. transparantie. Daarin kunnen desgewenst ook de gevolgen van het veranderen van definities worden meegenomen.
- c. Het ontwikkelkader bevat een uitgewerkte werkwijze voor de werkgroepen die belast zijn met de ontwikkeling van indicatoren (bijlage B), waarin ook de benodigde ondersteuning kwalitatief en kwantitatief wordt gespecificeerd.
- d. Het meerjarenplan geeft een beschrijving voor welke aandoeeningen, zorgvormen of thema's indicatoren moeten worden (door)ontwikkeld of kunnen worden verwijderd. Deze onderwerpen worden op de Meerjarenagenda van het Zorginstituut geplaatst of aangepast.

<sup>3</sup> Dit betreft deel B en C in de figuur op pagina 10.

<sup>4</sup> Dit betreft deel A in de figuur op pagina 10.

## **B. Ontwikkeling en verbetering van kwaliteitsindicatoren**

1. Indicatoren voor transparantie (vrijwillig en verplicht) worden ontwikkeld in (aandoeningspecifieke) werkgroepen waarin alle samenwerkingspartners zich kunnen laten vertegenwoordigen. Het primaat ligt bij professionals voor zorginhoudelijke indicatoren en bij patiënten voor klantpreferentievragen. De werkgroep kan naar gelang de behoefte tijdelijk worden uitgebreid met één of meer deskundigen vanwege specifieke kennisbehoefte.
2. De ontwikkeling van indicatoren voor de Transparantiekalender (verplichte transparantie) gebeurt in de werkgroepen aan de hand van het ontwikkelkader en een meerjarenplan dat door het Bestuurlijk overleg Transparantie wordt vastgesteld.
3. De voortgang van de werkgroepen wordt bewaakt door een Bureauoverleg Transparantie, bestaande uit een afvaardiging op bureauniveau van alle samenwerkingspartners, onder voorzitterschap van het Zorginstituut.
4. Aanpassing van verplichte indicatoren lopende het verslagjaar kan alleen worden overeengekomen als dit wegens grote relevantie wenselijk is. Bijvoorbeeld bij gebleken grote fouten, onduidelijkheden in formuleringen van definities of foutieve coderingen. Aanpassing vanwege innovatie van zorgverlening wordt meegenomen in het vrijwillige deel en pas in een later verslagjaar, indien wenselijk, in het verplichte deel opgenomen.
5. De werkgroepen leveren een indicatorgids op, met daarbij een advies aan het Bestuurlijk Overleg over welke indicatoren daarvan verplicht kunnen worden opgenomen op de Transparantiekalender.
6. Het Zorginstituut toetst de door het Bestuurlijk Overleg voorgedragen verplichte indicatoren aan de hand van haar Toetsingskader voor opname in het Register en op de Transparantiekalender. Daar waar het Zorginstituut inhoudelijke opvattingen heeft over de indicatoren wordt dit in de vorm van een verbetervoorstel meegegeven via het ontwikkelkader en/of meerjarenplan.

## **C. Registratie, verzameling en doorlevering van kwaliteitsgegevens**

- a. Zorginstellingen leveren vrijwillige en verplichte indicatoren aan via het door hun brancheorganisatie gekozen aanleverportaal. Doorlevering van de indicatoren vindt plaats in een voor de gebruiker uniform format conform de specificaties van het Zorginstituut. Voor NVZ en NFU geldt dat concept-indicatoren door kwaliteitsregistraties geüpload worden naar het OmniQ portaal, zodat ziekenhuizen en umc's één centraal portaal hebben waarin zij gegevens kunnen invoeren (enkel van toepassing indien gegevens niet uit registraties gehaald kunnen worden), controleren en accorderen. ZKN is verantwoordelijk voor de selectie van gegevensleveranciers voor klinieken. ZKN stemt met het Zorginstituut af hoe indicatoren uit kwaliteitsregistraties aan het Zorginstituut worden aangeleverd.
- b. iterlijk 1 mei<sup>5</sup> dienen de kwaliteitsgegevens gebaseerd op de verplicht gestelde indicatoren aangeleverd te worden bij het Zorginstituut. Dat gebeurt op basis van de door het Zorginstituut opgestelde aanleverspecificaties.
- c. Zorginstituut Nederland controleert de volledigheid van de verplichte aanlevering, herinnert instellingen die niet hebben aangeleverd, doet onderzoek naar de redenen achter het niet aanleveren en geeft bij het niet tijdig aanleveren zonder goede reden een signaal af aan de Nederlandse Zorgautoriteit.

5 Van het jaar na het betreffende verslagjaar.



#### D. Publicatie en gebruik van kwaliteitsgegevens

Het Zorginstituut publiceert de kwaliteitsinformatie gebaseerd op de verplichte indicatoren als open data.<sup>6</sup> De open data kennen geen disclaimer voor gebruik. Wel kan het Zorginstituut de informatie publiceren met een toelichting over hoe de informatie moet worden geduid. Het Zorginstituut doet een analyse op de aangeleverde kwaliteitsgegevens. Daarbij wordt in ieder geval gekeken naar volledigheid en er vindt zondig een check plaats op betrouwbaarheid.

#### E. Tijdsplan voor (door)ontwikkeling indicatoren

Periode	Gebeurtenis	Resultaat
Tot 15 april	Oplevering inhoudelijke (door)ontwikkeling indicatoren door werkgroepen	Concept indicatorgids versie 1 vrijwillig/verplicht
15 apr - 1 juni	Commentaar ronder ter inhoudelijke validatie én Toets ziekenhuizen op registreerbaarheid conceptindicatoren	Advies tav registratieissues van NVZ/NFU/ZKN
8 mei - 1 juni	Analyse door de werkgroepen van de beschikbare data vorig verslagjaar ter voorbereiding overleg ronder	Zicht op onderscheidend vermogen en spreiding
1 juni – 30 juni	Verwerking commentaar en resultaat registratietoets. Toewerken naar afronding van de set inclusief advies vrijwillig en verplicht voor verslagjaar T+1 en eventueel latere jaren. Waar nodig aanscherping/erratum voor verslagjaar T. Eventueel inhoudelijke overleg ronder, waarin ook de resultaten van de toets op registreerbaarheid worden meegenomen.	Gezamenlijk advies vrijwillig en verplichte indicatoren voor verslagjaar (vj) T+1 en indien nodig voorstel erratum indicatoren vj T
	Afronden indicatorgidsen door werkgroepen	
1 juli – 8 sept	Bestuurlijke autorisatieronde wv-en/afdelingen en koepels <i>NB: Hier wordt gevraagd om een akkoord (ja/nee). Inhoudelijke aanpassingen zijn niet meer mogelijk.</i>	Bestuurlijk autorisatie verplichte indicatoren en bestuurlijke toets op proces vrijwillige indicatoren voor vj T+ 1 en erratum vj T
	Toetsing verplichte indicatoren door Zorginstituut aan de hand van het Toetsingskader.	Voorlopig advies Zorginstituut
9 september – 21 september	Bureauoverleg Transparantie Voorbereiding Bestuurlijk overleg.	Voorstel aan Bestuurlijk overleg
15 sept – 31 sept 22 september – 8 oktober	Bestuurlijk overleg Vaststellen of verplichte en vrijwillige set in totaal aan het bestuurlijk kader voldoet. Vaststellen ontwikkelkader en meerjarenplan	Vastgestelde verplichte sets voor vj T+1 Akkoord op proces vrijwillige set Vastgesteld meerjarenplan voor vj T+2 en verder
1 okt – 15 okt 9 okt – 22 oktober	Definitief besluit Zorginstituut voor opname verplichte indicatoren	Publicatie Transparantiekalender en indicatorgidsen
tot 15 april	Afronding inhoudelijke (door) ontwikkeling indicatorensets door werkgroepen mede obv ontwikkelopdracht Bestuurlijk overleg	Doorontwikkelde conceptgids vrijwillig/verplicht

Zie voor visualisatie van het tijdsplan bijlage C.

6 Op de websites [zorginzicht.nl](http://zorginzicht.nl) en [kiesbeter.nl](http://kiesbeter.nl).

## F. Tijdpad voor aanlevering, doorlevering en publicatie

Uiterlijk 1 oktober	Zorginstituut publiceert randvoorwaarden inrichting aanleverportaal <sup>8</sup>
Februari-april	Aanlevering bij de door de koepelorganisaties gekozen aanleverportalen <sup>9</sup> Doorlevering uit registraties aan de door de koepelorganisaties gekozen aanleverportalen.
Maart	Zorginstituut stuurt een algemene herinnering voor gegevensaanlevering.
1 mei	Verplichte aanlevering kwaliteitsgegevens (van verslagjaar T-1) aan het Zorginstituut vanuit het aanleverportaal
1e week mei	Publicatie van kwaliteitsgegevens in de openbare database van het Zorginstituut Zorginstituut houdt een belronde bij instellingen die gegevens niet of onvolledig hebben aangeleverd.
Eind mei – begin juni	Publicatie van de kwaliteitsgegevens op kiesBeter.nl

8 Het Zorginstituut publiceert uiterlijk 1 oktober alle inhoudelijke, procedurele en technische randvoorwaarden voor de aanlevering van de kwaliteitsgegevens, zodat door de koepelorganisaties van aanbidders gekozen gegevensleveranciers de data uniform kunnen aanleveren. Onderdeel hiervan zijn (niet limitatief):  
- publicatie van de handleiding voor de inrichting van het databestand, inclusief specificaties voor het databestand. Het gaat om het bestandsformat, variabelen volgorde, variabelennamen etc.  
- publicatie van de wijze van aanlevering van het databestand door de gegevensmakelaar  
Indien er wijzigingen zijn in de procedurele en technische randvoorwaarden aan de aanlevering, ten opzichte van het jaar ervoor, legt het Zorginstituut deze wijzigingen uiterlijk 1 september voor aan de koepels van zorgaanbidders.

9 Zie ook Hoofdstuk I, C.a.

## 2. Verantwoordelijkheden

### A. Verantwoordelijkheden werkgroepen

- a. De werkgroepen bereiden overleg rondes voor, verzamelen commentaren van alle partijen, verwerken deze en koppelen dat terug.
- b. De werkgroepen dragen zorg voor onderhoud en doorontwikkeling van de indicatorsets.
- c. De werkgroepen zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de opdracht van het Bestuurlijk overleg.
- d. De werkgroepen leveren een indicorgids op, met daarbij een advies aan het Bestuurlijk Overleg over welke indicatoren verplicht kunnen worden opgenomen.

### B. Verantwoordelijkheden Bureauoverleg Transparantie

- a. Het bureauoverleg bewaakt de voortgang van de werkgroepen en of het voldoet aan de opdracht en verzamelt de adviezen uit de werkgroepen ten behoeve van de autorisatieronde door de wv-en/ afdelingen en koepels en de toetsing door het Zorginstituut.
- b. Het bureauoverleg toetst op proces de door de werkgroepen als verplicht geadviseerde indicatoren aan het vastgestelde ontwikkelkader en de meerjarenafspraken.
- c. Het bureauoverleg stelt op basis van de adviezen uit de werkgroepen, de autorisatieronde en toetsing op proces een totaaladvies op voor het BO
- d. Het bureauoverleg accordeert incidenteel aanpassingen op reeds vastgestelde indicatoren(sets) indien dit noodzakelijk is en waarover consensus in de werkgroep bestaat.
- e. Het bureauoverleg bereidt de agendapunten voor ten behoeve van het Bestuurlijk overleg.
- f. Het Zorginstituut is voorzitter en secretaris van dit overleg.

### C. Verantwoordelijkheden Bestuurlijk Overleg Transparantie

- a. Het Bestuurlijk overleg Transparantie vindt minimaal eenmaal per jaar plaats.
- b. Een lid van de Raad van Bestuur van het Zorginstituut is voorzitter van het overleg. Het Zorginstituut voert het secretariaat en zorgt voor verslaglegging.
- c. Het Bestuurlijk overleg stelt één keer per jaar een ontwikkelkader en meerjarenplan vast en verstrekt op basis daarvan opdrachten aan de werkgroepen voor de gewenste verplichte indicatoren.
- d. Het Bestuurlijk overleg stelt vast of verplichte en vrijwillige sets in totaal aan het bestuurlijk kader voldoen.
- e. Het Bestuurlijk overleg besluit op basis van een voorstel van het bureauoverleg tot definitieve indiening van de verplichte indicatoren.
- f. Het Zorginstituut besluit over de opname van de indicatoren op de Transparantiekalender en neemt daarin het advies van het Bestuurlijk Overleg transparantie over

### D. Verantwoordelijkheden koepelpartijen

- a. Gezamenlijke verantwoordelijkheid:
  - Sturing op de ontwikkeling van indicatoren volgens het vastgestelde ontwikkelkader en meerjarenplan.
  - Alle partijen bewaken of de aan te leveren kwaliteitsgegevens voldoende betekenisvol zijn, d.w.z.: aansluiten op de behoefte van vragende partijen en voor gebruikers bijdragen aan het maken van keuzes op basis van de informatie, aanzetten tot verbetering van zorg en de nadruk leggen op de waarde van zorg.

b. Verantwoordelijkheden (koepels van) instellingen:

- De individuele aanbieders van medisch specialistische zorg hebben de wettelijke plicht data aan te leveren voor de Transparantiekalender van het Zorginstituut;
- NVZ, NFU en ZKN zijn verantwoordelijk voor het portaal waar de data kunnen worden aangeleverd. In het Bestuurlijk overleg zal jaarlijks worden geëvalueerd of een bredere governance van het portaal wenselijk is.
- NVZ, NFU en ZKN dragen zorg voor inbreng met betrekking tot uitvoerbaarheidsaspecten (registreren en aanleveren).
- De Federatie en V&VN dragen zorg voor het in overleg met de wetenschappelijke verenigingen / afdelingen aanleveren van de zorginhoudelijke expertise middels gemandateerde vertegenwoordigers.
- De Federatie en V&VN dragen zorg voor de organisatie van het proces rond bestuurlijke autorisatie door de wetenschappelijke verenigingen / afdelingen.
- De Patiëntenfederatie draagt zorg voor de formulering van de informatieuitvraag vanuit het patiëntenperspectief.
- ZN draagt zorg voor de formulering van de informatie uitvraag vanuit het zorgverzekeraarsperspectief.
- ZN en de Patiëntenfederatie spannen zich in om parallelle uitvraag te voorkomen. Ditzelfde geldt voor het Zorginstituut. Parallele trajecten worden ingebracht in het Bestuurlijk overleg.

## Bijlagen

### A. Definities

#### **Bureauoverleg**

Overleg tussen een afvaardiging op bureauniveau van alle samenwerkingspartners. Het Zorginstituut is voorzitter en secretaris van dit overleg.

#### **Bestuurlijk overleg**

Overleg tussen een afvaardiging op bestuurlijk niveau van alle samenwerkingspartners. Het Zorginstituut is voorzitter van het overleg.

#### **Kwaliteitsindicator**

Een indicator is een meetbaar aspect van de zorg dat een aanwijzing geeft over de kwaliteit van zorg. Kwaliteitsindicatoren kunnen de structuur, het proces of de uitkomsten van zorg betreffen. Structuurindicatoren geven een indicatie over de kwaliteit van de organisatie van zorg. Procesindicatoren geven een indicatie over het verloop van processen in een organisatie. Uitkomstindicatoren geven een indicatie over de uitkomst van de zorg.

#### **Kwaliteitsgegevens**

De gegevens die beschikbaar komen als wordt gemeten op basis van kwaliteitsindicatoren.

#### **Kwaliteitsinformatie**

Kwaliteitsdata wordt pas informatie als zij een betekenis hebben voor de ontvanger. Kwaliteitsinformatie kan de gebruikers helpen bij het maken van keuzes in de zorg.

#### **Kwaliteitsregistraties**

Een kwaliteitsregistratie is een registratie van gegevens over een welomschreven patiëntenpopulatie, gedefinieerd door een bepaalde aandoening, zorgtype of complicatie dan wel combinaties daarvan, die is opgezet om de kwaliteit van zorg te meten en te verbeteren. De patiëntenpopulatie wordt gedefinieerd door een bepaalde aandoening, zorgtype of complicatie dan wel combinaties daarvan.

#### **Onderscheidend vermogen**

Een indicator is onderscheidend wanneer deze relevante – en waar van toepassing statistisch significante – verschillen tussen zorgaanbieders laat zien of het beoogde effect – of de effectgrootte – nog niet behaald is.

#### **Toetsingskader en Register van het Zorginstituut**

Het Toetsingskader is een normenkader om kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden en meetinstrumenten te beoordelen, en zo ook een hulp en leidraad voor de ontwikkelaars daarvan. Het Zorginstituut gebruikt het Toetsingskader om meetinstrumenten (kwaliteitsindicatoren en vragenlijsten) te beoordelen voor opname in het Register. Het Register maakt zichtbaar wat zorgaanbieders, cliënten en zorgverzekeraars hebben afgesproken over hoe de kwaliteit van zorg wordt gemeten.

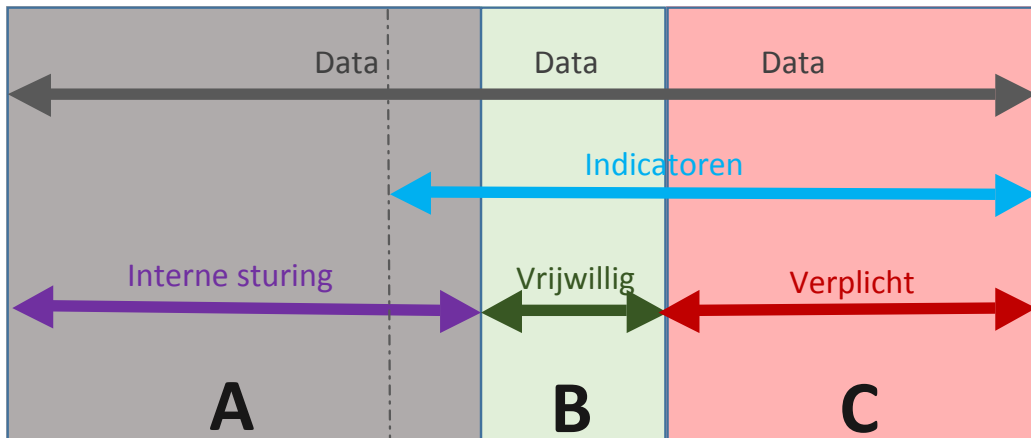
#### **Transparantiekalender van het Zorginstituut**

Op de Transparantiekalender van het Zorginstituut staat met welke meetinstrumenten (kwaliteitsindicatoren en cliëntvragenlijsten) de kwaliteit van de verleende zorg gemeten wordt. Dit zijn de meetinstrumenten in het Register die geschikt zijn voor keuze-informatie. De Transparantiekalender geeft aan wanneer de meetgegevens aangeleverd worden bij Zorginstituut Nederland.

Meerjarenagenda van het Zorginstituut

De Meerjarenagenda biedt een overzicht voor de gebieden van zorg waarvoor met voorrang kwaliteitsstandaarden, meetinstrumenten en informatiestandaarden (hierna kwaliteitsproducten) worden ontwikkeld. Als een onderwerp op de Meerjarenagenda staat, heeft Zorginstituut Nederland de mogelijkheid om doorzettingsmacht uit te oefenen als partijen afspraken niet nakomen. Als partijen bijvoorbeeld op de afgesproken datum niet tot resultaat komen, kan het Zorginstituut het initiatief overnemen om een kwaliteitsproduct op te (laten) stellen.

#### Vrijwillig en verplichte indicatoren



- A. Data en indicatoren, alleen ten behoeve van eigen gebruik door zorgprofessionals en zorginstellingen voor interne sturing (efficiënte inrichting, uitvoering en borging van goede en effectieve zorg).
- B. Indicatoren (of data) die vrijwillig worden doorgeleverd aan bijvoorbeeld patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars ten behoeve van gesprekken over kwaliteitsborging en -verbetering.
- C. Indicatoren waarvan de gegevens verplicht worden doorgeleverd aan het Zorginstituut en publicatie in de openbare database.

*Opmerking 1: Ook vrijwillige en verplichte data kunnen natuurlijk gebruikt worden voor interne sturing en onderzoek.*

*Opmerking 2: Data kunnen uiteraard ook gebruikt worden voor andere doelen, zoals (wetenschappelijk) onderzoek.*

## B. Werkwijze werkgroepen

De samenwerkingsafspraken zijn van toepassing op alle werkgroepen die landelijke actief zijn en zich richten op de ontwikkeling van indicatoren bestemd voor transparante kwaliteitsinformatie.

### **Uitwerking van de werkwijze voor werkgroepen indicatorenontwikkeling medisch specialistische zorg**

De uitwerking bestaat uit de volgende paragrafen:

1. Aanleiding en achtergrond;
2. Context van werkgroepen en te onderscheiden vormen van werkgroepen;
3. Werkwijze van werkgroepen;
4. Benodigde ondersteuning van werkgroepen.

#### 1. *Aanleiding en achtergrond*

Deze 'Uitwerking van de werkwijze voor werkgroepen' (verder: 'Uitwerking werkgroepen') maakt onderdeel uit van de 'Samenwerkingsafspraken, ten behoeve van transparantie kwaliteitsinformatie in de medisch specialistische zorg' (verder: 'Samenwerkingsafspraken'). Deze Samenwerkingsafspraken zijn tripartite ondertekend op 4 oktober 2016. De Uitwerking van de werkgroepen geeft inzicht in de werkwijze (kwalitatief gespecificeerd). De uitwerking doet recht aan de verschillende werkvormen van bestaande werkgroepen en passen binnen de overige Samenwerkingsafspraken. De bij de samenwerkingsafspraken betrokken partijen (hierna samenwerkingspartners) hanteren deze werkwijze bij de ondersteuning van of deelname aan de werkgroepen.

In de Samenwerkingsafspraken worden de werkgroepen een aantal keer genoemd. De belangrijkste uitspraken over de werkgroepen zijn (geciteerd):

1. Indicatoren voor transparantie (vrijwillig en verplicht) worden ontwikkeld in (aandoeningspecifieke) werkgroepen waarin alle samenwerkingspartners zich kunnen laten vertegenwoordigen. Het primaat ligt bij professionals voor zorginhoudelijke indicatoren en bij patiënten voor klantpreferentievragen. De werkgroep kan naar gelang de behoefte tijdelijk worden uitgebreid met één of meer deskundigen vanwege specifieke kennisbehoefte.
2. De ontwikkeling van indicatoren voor de Transparantiekalender (verplichte transparantie) gebeurt in de werkgroepen aan de hand van het ontwikkelkader en een meerjarenplan dat door het Bestuurlijk overleg Transparantie wordt vastgesteld.
3. Aanpassing van verplichte indicatoren lopende het verslagjaar kan alleen worden overeengekomen als dit wegens grote relevantie wenselijk is. Bijvoorbeeld bij gebleken grote fouten, onduidelijkheden in formuleringen van definities of foutieve coderingen. Aanpassing vanwege innovatie van zorgverlening wordt meegenomen in het vrijwillige deel en pas in een later verslagjaar, indien wenselijk, in het verplichte deel opgenomen.
4. Verantwoordelijkheid van de werkgroep
  - a. De werkgroepen bereiden overlegondes voor, verzamelen commentaren van alle partijen, verwerken deze en koppelen dat terug;
  - b. De werkgroepen dragen zorg voor onderhoud en doorontwikkeling van de indicatorsets;
  - c. De werkgroepen zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de opdracht van het Bestuurlijk overleg;
  - d. De werkgroepen leveren een indicatorgids op, met daarbij een advies aan het Bestuurlijk Overleg over welke indicatoren verplicht kunnen worden opgenomen op de Transparantiekalender.

## 2. Context van werkgroepen en te onderscheiden vormen van werkgroepen

De werkgroepen leveren een indicatorgids op met advies voor indicatoren voor transparantie. Daarbij volgt de werkgroep de in de samenwerkingsafspraken beschreven processtappen en tijdslijnen. De verwachting is dat bij een goede voorbereiding van deze stappen door de werkgroep bij het opleveren van de conceptindicatorgids versie 1, er later weinig obstakels zijn om uiteindelijk de indicatorgidsen goed te keuren.<sup>10</sup> Voor een goede voorbereiding door de werkgroepen van de indicatorgidsen, is het nodig dat de werkgroep bestaat uit leden die gemandateerd zijn voor het ontwikkelen en vaststellen van het advies aan het Bestuurlijk Overleg voor de indicatoren op de transparantiekalender.

Momenteel (anno december 2016) onderscheiden we twee vormen van indicatorsets, die gerelateerd zijn aan de samenstelling van de gemandateerde werkgroep:

1. **Gebaseerd op een registratie.** De zorginhoudelijke indicatoren uit de indicatorset zijn gebaseerd op informatie uit een registratie. In de registratie worden parameters door aanbieders geregistreerd per patiënt. De registratiehouder berekent op basis van deze gegevens per patiënt, het resultaat van de indicator; waar nodig wordt case-mix correctie toegepast. De werkgroepen bestaan uit gemandateerde afgevaardigden vanuit de relevante partijen.
2. **Niet gebaseerd op een registratie.** De zorginhoudelijke indicatoren uit de indicatorset zijn niet gebaseerd op een (uniforme) registratie. De aanbieders berekenen zelf het resultaat van de indicator op basis van in de indicatorgids aangegeven coderingen. De werkgroepen bestaan, net als bij de indicatorsets gebaseerd op een registratie, uit gemandateerde afgevaardigden vanuit de relevante partijen. Naast de zorginhoudelijke indicatoren kan een indicatorset, bij beide vormen van werkgroepen, ook nog andere indicatoren omvatten, zoals klantpreferentievragen of invulvragen. Deze vragen vult de aanbieder in op basis van in het ziekenhuis geldende processen en structuren.

## 3. Werkwijze van werkgroepen

### Minimaal 2 overlegondes per jaar.

De werkgroep komt minimaal twee keer per jaar bijeen, waarbij alle partijen tijdig worden uitgenodigd;

- Ten behoeve van het vaststellen van het advies voor de indicatoren op de transparantiekalender. Dit overlegmoment kan het beste plaatsvinden in de periode 1-15 juni. Op dat moment zijn de resultaten van de toets op registreerbaarheid door ziekenhuizen bekend en zijn de data over het voorgaande verslagjaar beschikbaar.
- Ten behoeve van doorontwikkeling. Een dergelijke bijeenkomst kan het hele jaar door gepland worden. Een moment tussen het vaststellen van het advies (uiterlijk 15 juni) en het opstellen van het eerste concept voor het volgende verslagjaar (eind januari) geeft hiervoor het beste ruimte.

De werkzaamheden ten behoeve van de indicatorgidsen beperken zich overigens niet tot de overlegmomenten, bijvoorbeeld in het geval van benodigde (door)ontwikkeling van indicatoren. Werkgroep-leden worden uitgenodigd om nieuwe ontwikkelwensen tijdig en voorafgaand aan het afstemmoment in te sturen, of eerder geuite ontwikkelwensen nogmaals te bekrachtigen, zodat het afstemmoment goed voorbereid kan worden.

### Gemandateerde samenstelling van de werkgroepen

De deelnemers van de werkgroepen vertegenwoordigen de verschillende perspectieven van de samenwerkingspartners. Met raadpleging van de achterban, dragen de deelnemers bij aan de ontwikkeling van de indicatoren voor transparantie met inachtneming van het door het BO vastgestelde ontwikkelkader en meerjarenplan, zoals beschreven in de samenwerkingsafspraken onder D.. Van de gemandateerde deelnemers wordt verwacht dat zij borgen dat hun inhoudelijk inbreng in de werkgroepen bestuurlijk draagvlak heeft. Dit om te voorkomen dat de door de werkgroep opgeleverde conceptgidsen en adviezen aan het eind van het traject niet bestuurlijk worden onderschreven. De Federatie en V&VN dragen zorg voor het in overleg met de wetenschappelijke verenigingen/afdelingen aanwijzen van gemandateerde

<sup>10</sup> Het goedkeuren van de indicatorgidsen gebeurt in achtereenvolgens de commentaaronde, die tevens de registratietoets van ziekenhuizen vormt, bestuurlijke autorisatieronde van de wetenschappelijke verenigingen en koepels en toetsing door het Zorginstituut. Het Bestuurlijk Overleg Transparantie neemt een beslissing over indiening van de definitieve indicatorsets.



vertegenwoordigers. In het belang van continuïteit verdient het aanbeveling om over de jaren heen te werken met vaste gemandateerde vertegenwoordigers per indicatorset.

#### **Advies over de indicatorset voor transparantie; vast format**

Aan het einde van het (door)ontwikkeltraject geeft de werkgroep een advies aan het Bestuurlijk overleg Transparantie over de indicatorenset. Voorbereiding van het advies vindt plaats door in de indicatorwerkgroep per indicator de volgende vragen beantwoorden:

1. Is de indicator valide?
2. Is de indicator aan te leveren (coderingen)?  
Zo nee, waarom niet?
3. Zo ja: Is de indicator rijp voor transparantie?  
Zo nee, waarom niet?
4. Zo ja: Is het advies om de indicator vrijwillig of verplicht transparant te maken?  
Zo nee: waarom niet?

Uitgangspunt is dat als het advies voor de indicatorenset voor transparantie in de werkgroep unaniem is, deze – mits passend binnen het maximumkader - onverkort wordt overgenomen door het Bestuurlijk overleg Transparantie en wordt aangeboden aan het Zorginstituut voor opname op de Transparantiekalender. Binnen de werkgroep wordt daarom gestreefd naar consensus. Als het niet lukt om tot consensus te komen, dan wordt per indicator waarover geen consensus bestaat de betreffende inhoudelijke argumenten voor vrijwillig<sup>11</sup> of verplicht aanleveren vastgelegd en meegegeven aan het Bureauoverleg overleg Transparantie<sup>12</sup>. Als indicatoren onderdeel uitmaken van het Ontwikkelkader, wordt dit toegelicht. Het Bureau Overleg Transparantie stelt vervolgens op basis van de adviezen uit de werkgroep een totaaladvies op voor het Bestuurlijk Overleg dat hierna toetst of de verplichte en vrijwillige sets aan het bestuurlijk kader voldoen en een besluit neemt tot definitieve indiening van de verplichte indicatoren voor de Transparantiekalender. Wanneer blijkt dat er om te voldoen aan het maximumkader indicatoren moeten worden geschrapt, wordt hierover contact opgenomen met de betreffende werkgroepen. Voor indicatoren waarover geen consensus is bereikt beslist het Zorginstituut, zoals afgesproken in de Samenwerkingsafspraken, over opname van de indicatoren op de Transparantiekalender.

#### **Taken bureauoverleg Transparantie en secretariaat werkgroep**

Het Bureauoverleg Transparantie, onder voorzitterschap en met secretariële ondersteuning van het Zorginstituut, monitort de voortgang in de werkgroepen. Het Zorginstituut houdt daartoe een overzicht bij van de stand van zaken op ontwikkelingen in indicatorensets in de medisch specialistische zorg.

De taakverdeling binnen een werkgroep wordt in onderling overleg bepaald. De werkgroepen kiezen zelf een voorzitter een secretaris of secretariaat. De secretaris/het secretariaat van de werkgroep(en) draagt zorg voor de voorbereiding en organisatie van de afstemmomenten<sup>13</sup>, heldere verslaglegging en het rondsturen van relevante stukken aan de leden van de werkgroep, volgens de processtappen en tijdslijnen zoals afgesproken in de Samenwerkingsafspraken Transparantie medisch specialistische zorg.

11 Vrijwillige indicatoren dienen om innovatie zichtbaar te maken. Het geeft innovatieve ziekenhuizen de kans om te laten zien wat zij doen, terwijl ziekenhuizen die nog niet zo ver zijn ruimte hebben om voorbereidingen te treffen voor een toekomstige verplichte aanlevering van deze indicatoren die mogelijk volgt.

12 Dit gebeurt zo snel mogelijk zodat vroegtijdig naar een oplossing kan worden gezocht. Daarbij is het uitgangspunt dat de verantwoordelijkheid voor de doorontwikkeling van de indicatorsets zo veel mogelijk bij de werkgroep en de werkgroepsleden wordt gelegd.

13 Afstemmomenten zijn minimaal 2 keer per jaar en worden uiterlijk twee maanden voorafgaand aan het moment ingepland en worden bij voorkeur voor een hele cyclus van 1 jaar vooruit gepland. Het Bureauoverleg Transparantie heeft een flyer beschikbaar gesteld met daarin een toelichting van het doel en de status van de afstemmomenten.

Hieronder een opsomming van de werkzaamheden die daarbij horen:

#### *Vorbereiding*

- a. Planning en voorbereiding van de afstemmomenten in overleg met de voorzitter;
- b. Vergaderlocatie regelen;
- c. Tijdig opstellen en rondsturen van de stukken:
  - agenda van de vergadering
  - de indicatorset en concept indicatorgids
  - de ontwikkelagenda per indicatorset, zodat de werkgroepleden inzicht krijgen in de status van de ontwikkeling van indicatorset.
  - de ontwikkelwensen van partijen en wat daarmee gebeurt

#### *In de vergadering*

- a. Het bijhouden van de presentielijst;
- b. Het geven van een toelichting op het proces van indicator(door)ontwikkeling en de vaststelling daarvan<sup>14</sup>;
- c. et in de vergadering inbrengen van eerder ontvangen schriftelijke reacties;
- d. De verslaglegging en het op inzichtelijke wijze bijhouden van wijzigingen in de indicatorgids, inclusief de toelichting op de ontwikkelwensen en ontwikkelstatus;
- e. Het vastleggen van de in de afstemmoment afgestemde actiehouders en eventuele uit te zetten externe adviesvragen.

#### *Na de vergadering*

- a. Het versturen van het verslag en, indien van toepassing een nieuwe versie van de concept indicatorgids<sup>15</sup>.
- b. Het uitnodigen van de werkgroepleden om binnen een bepaalde termijn een reactie te geven op het verslag<sup>16</sup>.
- c. Het inzichtelijk maken van wat er met de opmerkingen op het verslag en de concept indicatorgids gebeurt<sup>17</sup>.
- d. Het verspreiden van het aangepaste verslag en indien van toepassing een nieuwe versie van de indicatorengids;
- e. Het opleveren van een conceptindicatorengids aan het bureauoverleg Transparantie tbv de commentaarronde en de registratietoets.
  - Het in overleg met de werkgroep verwerken van de opmerkingen uit de commentaarronde en de registratietoets in de indicatorgidsen
  - Het opleveren van een indicatorgids met definitief advies tav transparantie aan het bureauoverleg Transparantie tbv de autorisatieronde
- f. Het uitzetten van de acties en het tijdige terugkoppeling voor het eerst volgende afstemmoment;
- g. Signaleren bij het Bureauoverleg Transparantie van issues die mogelijk bij meerdere indicatorensets voor transparantie gelden.

<sup>14</sup> Inclusief toelichting van de ontwikkelopdracht van het Bestuurlijk Overleg Transparantie;

<sup>15</sup> Dit gebeurt uiterlijk twee weken na het afstemmoment.

<sup>16</sup> Indien nodig rappelleert de projectsecretaris.

<sup>17</sup> Bij de vaststelbijeekoms worden het verslag en de nieuwe versie van de indicatorgids door de werkgroep goedgekeurd

Visuele weergave tijdspad

