

5

10

15



20

Kaderbrief SKMS 2
2024
t.b.v.
de uitvoering van de Programma's
Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten

25

Vaststellingdatum:
21-12-2023

Inhoudsopgave

30	1. Inleiding	3
	2. Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten	4
	2.1 Structurele financiering kwaliteitsbevordering.....	4
	2.2 Beheer gelden	4
	2.3 Verdeling gelden	4
35	3. Kwaliteitsbeleid Medisch Specialisten	6
	3.1 Inleiding	6
	3.2 Uitgangspunt Geïntegreerd Kwaliteitsbeleid	7
	3.3 Beleidskaders en voorwaarden.....	7
	3.4 Activiteiten Kwaliteitsbeleid Medisch Specialisten.....	8
40	3.5 Activiteiten die niet worden bekostigd uit de SKMS 2.....	8
	4. Programma Richtlijnen Medisch Specialisten	10
	4.1 Doel.....	10
	4.2 Kader	10
	4.3 Algemene voorwaarden.....	11
45	5. Programma Kwaliteitsprojecten Medisch Specialisten.....	13
	5.1 Doel.....	13
	5.2 Inhoudelijk Kader	13
	5.3 Activiteiten.....	14
	5.4 Algemene voorwaarden.....	17
50	6. Procedures en criteria.....	18
	6.1 Algemeen	18
	6.2 Indienen van projectaanvraag bij de SKMS 2.....	18
	6.3 Monitoring en amendementen.....	20
	6.4 Eindverantwoording.....	21
55	6.5 Bezwaar tegen bestuursbesluiten.....	22
	6.6 Programmacommissies SKMS 2	23
	7. Financiële verantwoording en algemene voorwaarden	25
	7.1 Begroten en declareren van kosten	25
	7.2 Keuze financieringsmodel	26
60	7.3 Afronding subsidie	26
	7.4 Terugbetaling	27
	7.5 Tekenbevoegdheid.....	27
	7.6 Digitale informatie	27
	7.7 Programmaverantwoording.....	27

1. Inleiding

70 De inhoud van deze voorliggende Kaderbrief van de Stichting Kwaliteitsgelden van Medisch Specialisten 2 (SKMS 2) is gebaseerd op voorgaande Kaderbrieven voor SKMS en SKMS 2. Daarnaast is deze kaderbrief tot stand gekomen op basis van gesprekken met diverse betrokken partijen, zoals de Wetenschappelijke Verenigingen, de Federatie Medisch Specialisten, en ZonMw.

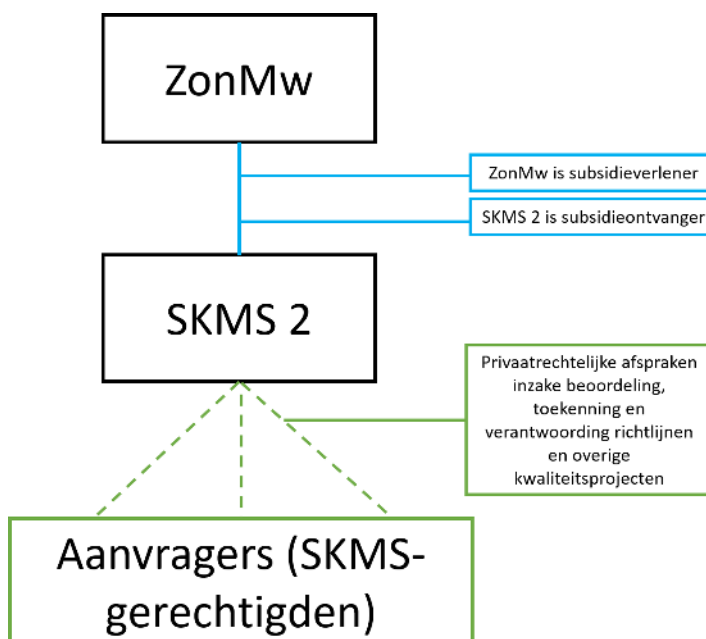
75 In deze Kaderbrief staan de (inhoudelijke) kaders en regels die van toepassing zijn bij het aanvragen van financiering en het uitvoeren van projecten bij de SKMS 2. Het kwaliteitsbeleid medisch specialisten van de Federatie Medisch Specialisten daartoe geadviseerd door de Raad Kwaliteit, het visiedocument Medisch Specialist 2025, het kader Passende Zorg zoals gepubliceerd door het Zorginstituut en de maatschappelijke opgaven en publieke kaders zoals verwoord in het in september 2022 afgesloten Integrale Zorgakkoord zijn hierbij
80 richtinggevend.

Deze Kaderbrief is van kracht zodra deze door het bestuur van Federatie Medisch Specialisten (voorzien van advies door de Raad Kwaliteit), het SKMS 2-bestuur en ZonMw is goedgekeurd en is van toepassing op alle programma's en projecten die zijn of worden bekostigd vanuit SKMS 2.

85 2. Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten

2.1 Structurele financiering kwaliteitsbevordering

90 Veel activiteiten die tot doel hebben de kwaliteit van de medisch specialistische zorg te verbeteren, worden gefinancierd vanuit de zogeheten 'kwaliteitsgelden medisch specialisten'. Hierbij kan gedacht worden aan de ontwikkeling en herziening van richtlijnmodules, kwaliteitsvisitaties en –registraties. Het Ministerie van VWS en de Federatie Medisch Specialisten (Federatie) zijn overeengekomen dat hiervoor jaarlijks een vast geïndexeerd bedrag wordt gereserveerd, zodat de kwaliteitsbevordering structureel gefinancierd wordt. De kwaliteitsgelden Medisch Specialisten worden vanaf 2020 door ZonMw verstrekt aan de SKMS 2. Aanvragers (SKMS-gerechtigden) vragen hun projecten aan bij de SKMS 2. Zie onderstaande figuur voor een schematische weergave.



95

2.2 Beheer gelden

De SKMS 2 beheert deze Kwaliteitsgelden. Zij is opgericht door de Federatie Medisch Specialisten (Federatie). Jaarlijks stelt de SKMS 2 de kwaliteitsgelden beschikbaar aan de SKMS-gerechtigden (Federatie, haar dochters en haar leden, in dit document de Aanvragers genoemd), voor het ontwikkelen en onderhouden van het Kwaliteitsbeleid Medisch Specialisten, dat niet op een andere wijze wordt gefinancierd. De activiteiten waarvoor de kwaliteitsgelden wel en niet worden ingezet staan beschreven in paragraaf 3.4 en 3.5.

100

2.3 Verdeling gelden

De SKMS 2 verdeelt de beschikbare gelden over de volgende budgetten:

105

- *Budget Programma Richtlijnen Medisch Specialisten*

Dit budget behelst alle kosten die gepaard gaan met het (door)ontwikkelen en onderhouden van richtlijn(modules), inclusief aanverwante producten. Onder het Programma Richtlijnen vallen alle activiteiten die samenhangen met beschrijvingen van goede zorg. Het kader voor het programma Richtlijnen en de hierbij behorende werkwijzen zijn omschreven in hoofdstuk vier van deze Kaderbrief.

110

Hieronder valt ook het budget dat expliciet is gereserveerd voor het (door)ontwikkelen en onderhouden van richtlijn(modules) voor oncologische aandoeningen. Het budget voor oncologische richtlijnen kan enkel hieraan worden besteed en niet aan richtlijnen over andere onderwerpen.

- *Budget Programma Kwaliteitsprojecten Medisch Specialisten*

Budget gereserveerd voor het (door)ontwikkelen en onderhouden van instrumenten ondersteunend aan het kwaliteitsbeleid medisch specialisten (excl. richtlijnen). Het kader en de hierbij behorende werkwijzen voor het programma Kwaliteitsprojecten zijn omschreven in hoofdstuk vijf van deze Kaderbrief.

115

- *Ad Hoc budget*

Maximaal 5% van het budget wordt gereserveerd voor ad hoc projectfinanciering waarmee ingesprongen kan

- worden op zeer dringende onderwerpen, zoals het COVID-19 programma.
- 120
- *Management en beheerskosten (programmabeheer en coördinatiekosten)*
Budget gereserveerd voor de kosten van het voeren van de financiële en projectadministratie van de kwaliteitsgelden. Hieronder vallen ook bijvoorbeeld de Accountantskosten.
 - *Activiteiten ten behoeve van het gemeenschappelijk kwaliteitsbeleid van de Federatie Medisch Specialisten*
De activiteiten van de Raad Kwaliteit die volgen uit het meerjarenbeleidsplan van de Federatie Medisch Specialisten.
- 125

3. Kwaliteitsbeleid Medisch Specialisten

3.1 Inleiding

130 Elke patiënt dient de beste zorg te krijgen, afgestemd op de reële zorgbehoefte, verleend door de daarbij passende professional in de meest geschikte setting. Goede zorg is patiëntgericht, veilig, doeltreffend, doelmatig, tijdig en toegankelijk. Goede zorg is het leveren van aantoonbare kwaliteit. Het verbeteren en borgen van de kwaliteit van de medisch-specialistische zorg is primair de verantwoordelijkheid van de medisch specialist. De maatschappelijke ontwikkelingen stimuleren de medisch specialisten om, in dialoog met hun omgeving, samen te werken aan kwalitatief goede, toetsbare en transparante zorg.

135 Het Kwaliteitsbeleid Medisch Specialisten is van en voor de in Nederland geregistreerde, werkzame medisch specialisten. Het kwaliteitsbeleid stelt de medisch specialisten in staat invulling te geven aan hun professionele verantwoordelijkheid voor (het continu verbeteren van) de kwaliteit van de medisch specialistische zorg in Nederland. Daarbij is er oog en oor voor de wensen in de samenleving en wordt samengewerkt met andere stakeholders. Het realiseren van een goed werkend geïntegreerd kwaliteitsbeleid is essentieel om kwalitatief goede en veilige zorg te kunnen leveren. De ambities van de Federatie Medisch Specialisten ten aanzien van de medisch specialistische zorg staan beschreven in het visiedocument “Medisch Specialist 2025”.

145 *De toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg staat onder druk door de stijgende zorgvraag en personele uitdagingen. In deze context hebben we een gedeelde verantwoordelijkheid om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden. Daarom vragen we u om in projecten, ingediend binnen de kaders van de kaderbrief, aandacht te hebben voor een evenwicht tussen individuele zorgbehoeften en het maatschappelijk belang. Zo streven we naar een duurzaam en toegankelijk gezondheidszorgsysteem in een tijd van personele en financiële schaarste.*

3.2 Passende zorg

150 In het Integraal Zorgakkoord 2022 (IZA)¹ staat passende zorg centraal. Vijf principes staan hierbij centraal. Passende zorg is: waardegedreven, komt samen met en rondom de patiënt tot stand, vindt plaats op de juiste plek, gaat over gezondheid in plaats van ziekte en vindt plaats in een prettige en goede werkomgeving voor zorgprofessionals. Om de zorg toegankelijk te houden is in het IZA afgesproken dat een brede transformatie richting passende zorg nodig is. Iedere partij heeft hierin een eigen rol, taak of verantwoordelijkheid en hanteert naast de hiervoor genoemde principes de volgende uitgangspunten/normen:

- 155 • Passende zorg moet waarde toevoegen aan de gezondheid van mensen tegen een proportionele inzet van middelen, personeel en grondstoffen (en is dus ‘groen en klimaatneutraal’).
- Passende zorg is zorg waarvan op basis van de stand van de wetenschap en praktijk aannemelijk is dat het op groepsniveau effectief en doelmatig is.
- 160 • Passende zorg geeft specifieke aandacht aan mensen met gezondheidsachterstanden.
- Passende zorg komt tot stand in een gezamenlijk besluit- vormingsproces met en rondom de patiënt/cliënt.
- In het gezamenlijke besluitvormingsproces van passende zorg worden ook passende antwoorden van buiten de zorg besproken.
- In het gezamenlijke besluitvormingsproces van passende zorg is gerichte aandacht voor mensen met gezondheidsachterstanden.
- 165 • Passende zorg begint bij zelfzorg en informele zorg. Pas als dit onvoldoende bijdraagt, sluit formele zorg aan.
- Passende zorg vindt dichtbij plaats als het kan, en verder weg als het moet vanwege kwaliteitseisen of doelmatige inzet van dure infrastructuur en/of schaars personeel.
- Passende zorg vindt digitaal plaats als het kan en fysiek als het moet.
- 170 • Passende zorg vergt (digitale en technologische) innovaties die bijdragen aan de maatschappelijke missie om zorg mensgericht, houdbaar en duurzaam te maken.
- Passende zorg gaat niet alleen over biomedische aspecten van gezondheid, maar ook over andere levensterreinen.

¹ Op 16 september 2022 tekenden Actiz, De Nederlandse GGZ, Federatie Medisch Specialisten, InEen, Nederlandse Federatie van Universitaire medische centra, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Patiëntenfederatie Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Zelfstandige Klinieken Nederland, ZorgthuisNL, Zorgverzekeraars Nederland samen met het ministerie van VWS het Integraal Zorgakkoord (IZA). Het IZA bevat afspraken voor de periode 2023-2026 met als doel er aan bij te dragen de zorg voor de toekomst goed, toegankelijk en betaalbaar te houden.

- Passende zorg is niet alleen een individueel zorgantwoord op gezondheidsvragen, maar verhoudt zich ook tot het collectief versterken van veerkracht en het voorkomen van gezondheidsvragen.

175

In het IZA is opgenomen dat de kwaliteitsgelden door het ministerie van VWS structureel geborgd zijn tot en met 2026. Bij de prioritering van de inzet van kwaliteitsgelden zijn de maatschappelijke opgaven en publieke kaders leidend. Hiertoe gefaciliteerd vanuit de kwaliteitsgelden Medisch Specialisten beogen medisch specialisten middels projecten en programma's bij te dragen aan de brede transformatie richting passende zorg.

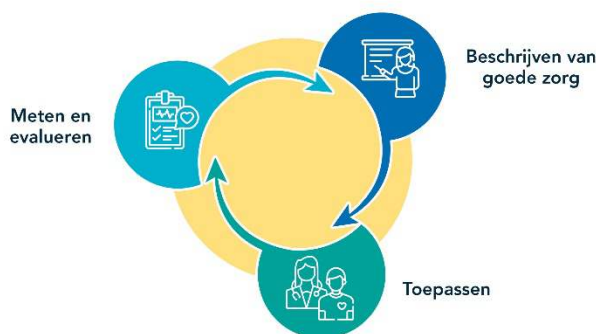
180 3.3 Uitgangspunt Geïntegreerd Kwaliteitsbeleid

Met behulp van een geïntegreerd kwaliteitsbeleid van medisch specialisten wordt door wetenschappelijke verenigingen een bijdrage geleverd aan de principes en uitgangspunten van passende zorg. Geïntegreerd Kwaliteitsbeleid heeft als uitgangspunt continue verbetering en borging van kwaliteit van zorg. Een belangrijke doelstelling in het kwaliteitsbeleid is dan ook het realiseren van verbeteringen door middel van het doorlopen van een continue kwaliteitscyclus (zie afbeelding 1). Deze cyclus bestaat uit het beschrijven van goede zorg, het toepassen in de dagelijkse praktijk, het meten en evalueren en voortdurend integreren van nieuwe kennis in deze cyclus.

185

Hiertoe is het noodzakelijk dat verschillende kwaliteitsinstrumenten die onderdeel uitmaken van deze kwaliteitscyclus op een uniforme en gestructureerde wijze, continu op elkaar worden afgestemd (geïntegreerd kwaliteitsbeleid). De activiteiten die hiertoe met financiering vanuit SKMS 2 kunnen plaatsvinden staan beschreven in paragraaf 3.5.

190



195 *Afbeelding 1: Kwaliteitscyclus*

3.4 Beleidskaders en voorwaarden

Voor alle activiteiten die gefinancierd worden uit de Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten geldt dat zij inhoudelijk moeten aansluiten bij het beleid van de Federatie Medisch Specialisten. Het bestuur van de Federatie Medisch Specialisten wordt geadviseerd door de Raad Kwaliteit op het te voeren beleid. De vastgestelde beleidskaders die van toepassing zijn voor de SKMS 2 zijn te vinden op de online omgeving van de SKMS 2.

200

Algemeen geldende voorwaarden zijn:

- Eindproducten van door SKMS 2-gefinancierde projecten worden zoveel mogelijk gepubliceerd op centrale vindplekken zoals de Richtlijnen-database en de Digitale Leeromgeving voor medisch specialisten, zodat ook andere specialisten of partijen gebruik kunnen maken van de resultaten.
- Eindproducten moeten gratis en publiek toegankelijk zijn, met uitzondering van documenten bedoeld voor interne evaluatie (binnen Vereniging/beroepsgroep) en opleidingsproducten specifiek ontwikkeld voor medisch specialisten. Hierbij moet in de aanvraag zijn aangegeven dat deze niet publiek toegankelijk worden gemaakt.
- Indien een activiteit gedurende de looptijd van het project inkomsten genereert, gelden deze als inkomsten op het door de SKMS 2 gefinancierde bedrag. Deze inkomsten dienen terug te vloeien ten gunste van het door de SKMS 2 gefinancierde bedrag. Kosten die al uit de inkomsten zijn gefinancierd mogen niet bij de SKMS 2 worden gedeclareerd.
- SKMS 2 blijft graag op de hoogte van de voortgang van de projecten en/of de eindresultaten. De SKMS 2

210

215 kan daarom tijdens of na afronding van het project contact met u opnemen omtrent communicatie over het project op bijvoorbeeld de website van de Federatie Medisch Specialisten of ZonMw.

3.5 Activiteiten Kwaliteitsbeleid Medisch Specialisten

Activiteiten die met de kwaliteitsgelden bekostigd worden, zijn gericht op:

- 220 • (door)ontwikkeling, onderhoud en beheer van kwaliteitsinstrumenten, zoals richtlijnen, methoden voor intercollegiale toetsing en visitaties, kwaliteitsmetingsinstrumenten (kwaliteitsregistraties e.d.) en bijbehorende instrumenten, zoals keuzehulpen en patiënteninformatie.
- (door)ontwikkeling van handreikingen en kaders van deze kwaliteitsinstrumenten, bijbehorende producten en kwaliteitsbeleid.
- deskundigheidsbevordering voor de makers van kwaliteitsinstrumenten en leden van werkgroepen.
- 225 • (door)ontwikkeling van publieke en digitale toegankelijkheid en bruikbaarheid van alle kwaliteitsinstrumenten.
- (door)ontwikkeling van implementatie ondersteunende materialen en methoden.
- het vergaren van feedback op de bruikbaarheid van de opgeleverde producten.
- het signaleren van kennislacunes en het agenderen daarvan.
- ontwikkeling van andere dan hierboven beschreven kwaliteitsbevorderende instrumenten ter ondersteuning van activiteiten die belangrijk zijn voor de door alle partijen geambieerde transitie naar Passende zorg
- 230

De bovenstaande activiteiten zijn in opdracht van ZonMw getoetst op staatssteun en beoordeeld als geen staatssteun.

235 In de paragrafen 4.3 en 5.3 worden bovenstaande activiteiten verder toegelicht voor respectievelijk het Programma Richtlijnen en het Programma Kwaliteitsprojecten.

3.6 Activiteiten die niet worden bekostigd uit de SKMS 2

De kwaliteitsgelden worden niet ingezet voor:

- 240 • Activiteiten die niet in overeenstemming zijn met het beleid van de Federatie
- Activiteiten die in aanmerking komen voor financiering binnen het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik, of anderszins voor financiering in aanmerking komen.
- Implementatie- en opschalingsactiviteiten op specifieke zorglocaties of in specifieke zorgorganisaties. Zie in paragraaf 5.3 wat wel mogelijk is op het gebied van implementatiehulpmiddelen of een pilot t.b.v. implementatie.
- 245 • Projecten die dienen ten behoeve van het opleiden van uitsluitend aio's.
- Het ontwikkelen en inrichten van (ICT)infrastructuur voor kwaliteitsregistraties en het verzamelen/verwerken van data.
- De voorbereidende werkzaamheden voor het aanvragen van een CE-markering worden alleen bekostigd indien het onderdeel is van de ontwikkeling van een kwaliteitsproduct dat is bekostigd met behulp van de kwaliteitsgelden. Het separaat aanvragen van financiering voor CE-markering is niet mogelijk.
- 250 • Vertalen van eindproducten ten behoeve van bijv. internationale verspreiding, wordt alleen bekostigd indien het onderdeel is van een project waarin het betreffende kwaliteitsproduct wordt ontwikkeld. Het separaat aanvragen van financiering voor vertalingen is niet mogelijk. Uitzondering hierop zijn vertalingen die in het kader van een implementatietraject waarvoor SKMS 2-financiering wordt aangevraagd noodzakelijk zijn (bijv. vertaling van patiënteninformatie).
- 255 • Kosten die worden gemaakt bij het opstellen van een projectaanvraag voor de SKMS 2.

Financiering onderzoek

260 Activiteiten met primair als doel om wetenschappelijke kennis te vergaren, zoals wetenschappelijk fundamenteel, strategisch, klinisch en translationeel onderzoek kunnen niet worden bekostigd uit de SKMS 2. Hieronder vallen ook de activiteiten in het kader van een promotieonderzoek.

Financiering van korte termijn, toegepast onderzoek (bijv. de evaluatie van een kwaliteitsinstrument of analyses op basis van data uit de kwaliteitsregistratie t.b.v. kwaliteitsverbetering) is wel toegestaan, indien dit voldoet aan de volgende voorwaarden:

- 265 • De vraagstelling komt voort uit een concreet probleem, met een praktische toepassing als doel.
- Er wordt gebruik gemaakt van bestaande data. Financiering van kwalitatieve of kwantitatieve dataverzameling is alleen mogelijk om de resultaten uit bestaande data te duiden.

270

- De focus ligt op het resultaat in de praktijk en de bijdrage daarvan aan de kwaliteitscyclus van de wetenschappelijk vereniging. Inbedding van de uitkomst van het project in de kwaliteitscyclus van de Vereniging wordt omschreven.
- Het is niet toegestaan binnen een project enkel onderzoek uit te voeren. Binnen hetzelfde project dienen de uitkomsten van het onderzoek – voor zover mogelijk - te leiden tot een toepassing/verbetering in de praktijk.

4. Programma Richtlijnen Medisch Specialisten

275 4.1 Doel

De afgelopen jaren is, onder andere met behulp van de kwaliteitsgelden medisch specialisten, veel geïnvesteerd in richtlijnontwikkeling. Inmiddels is daardoor een groot aantal richtlijnen voor verschillende aandoeningen en specialismen beschikbaar. Door het grote aantal beschikbare richtlijnen ligt momenteel de focus vooral op het modulair inrichten, ontwikkelen en onderhouden van richtlijnen. Vanwege nieuwe (wetenschappelijke) inzichten of ontwikkelingen moeten richtlijnen en/of modules op een regelmatige basis worden ontwikkeld en onderhouden. Dit is een continu proces waarbij de richtlijnmodules die met de meeste urgente wijziging behoeven als eerste voor onderhoud in aanmerking komen. Het doel van het Programma Richtlijnen Medisch Specialisten is om dit proces op een structurele basis uit te voeren.

285 4.2. Aansluiting bij passende zorg

Zorg wordt geleverd op basis van professionele richtlijnen en deze zijn opgesteld op basis van de uitgangspunten van het Kader passende zorg, dat centraal staat binnen het Integraal Zorg Akkoord. Richtlijnen zijn een belangrijk kwaliteitsinstrument voor hulpverleners bij het bieden van passende zorg. Ze vatten de wetenschappelijke kennis samen en geven zo handvatten voor gezamenlijke besluitvorming. Richtlijnen beschrijven de inzichten over passende zorg waar het patiëntperspectief integraal onderdeel van is. Richtlijnen dragen bij aan waardegedreven zorg door te beschrijven welke zorg effectief en doelmatig is. Ze dragen bij aan persoonsgerichte zorg, door Samen beslissen als uitgangspunt te nemen en hulpmiddelen daarvoor aan te bieden. Richtlijnen dragen ook bij aan de juiste zorg op de juiste plek, door interdisciplinaire samenwerking of afstemming tussen verschillende zorgdomeinen. Richtlijnen focussen op gezondheid in plaats van ziekte door ook aanbevelingen te doen over preventie en zelfzorg. Bovendien kunnen richtlijnen en de duidingen die daarvoor hebben plaatsgevonden, ook worden gebruikt in het kader van (cyclisch) pakketbeheer door het Zorginstituut Nederland.

300 4.3 Kader

Richtlijnen vormen de basis van de kwaliteitscyclus. Een richtlijn is een document met aanbevelingen, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek en afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en gebruikers. (AQUA Leidraad 2021, Richtlijnen 3.0 2022)

Het primaire doel van richtlijnen is het verbeteren van kwaliteit van zorg door de klinische besluitvorming te ondersteunen. Daarbij verminderen richtlijnen de ongewenste diversiteit van handelen door professionals en maken ze het handelen transparant. Het doorontwikkelen van bestaande richtlijnen is onderdeel hiervan.

Richtlijnen worden toegankelijk gemaakt door ze te ontsluiten voor het daarvoor bestemde publiek op de Richtlijndatabase. Indien patiënteninformatie op basis van richtlijnen wordt ontwikkeld, wordt deze standaard ontsloten op Thuisarts.nl.

Om voor het onderhoud en beheer van richtlijnen in het medisch specialistisch domein een stabiel en duurzaam proces te organiseren en nieuwe wetenschappelijke inzichten sneller te kunnen duiden en in de klinische praktijk te kunnen toepassen, is een continu proces van (waar nodig versneld) modulair onderhoud van richtlijnen nodig. Patiëntenorganisaties zijn betrokken, in verband met hun ervaringsdeskundigheid op het terrein van specifieke aandoeningen. De prioriteringscriteria welke (module van de) richtlijn als eerste wordt geactualiseerd betreffen in ieder geval praktijkvariatie/praktijkprobleem, nieuwe evidence/ inzichten, ernst van de aandoening en impact op de zorg. Zorgaanbieders worden betrokken bij de actualisatie van richtlijn(modules), in verband met hun expertise en verantwoordelijkheid voor de organisatie van zorg en realisatie binnen de financiële kaders conform de hiertoe gemaakte afspraken in het Hoofdlijnenakkoord MSZ 2019-2022 en aldus vastgelegd in Richtlijnen 3.0.

De Federatie heeft een kader (Richtlijnen 3.0) ontwikkeld waarin onder andere de visie op richtlijnen en het proces van richtlijnontwikkeling en -onderhoud staat beschreven. Dit kader is vastgesteld door de Raad Kwaliteit d.d. 6 oktober 2022, en bekrachtigd in het bestuur van de Federatie dd 17 november 2022. De meeste recente versie van dit kader is te vinden op het online portaal van de SKMS. Dit kader is leidend voor het programma Richtlijnen. De eisen ten aanzien van richtlijnen zoals verwoord in Richtlijnen 3.0, komen overeen met de afspraken die over richtlijnontwikkeling en -onderhoud zijn gemaakt in het IZA.

330 In de programma-aanvraag van de SKMS 2 bij ZonMw wordt op hoofdlijnen beschreven wat de activiteiten van het programma voor het betreffende jaar zijn en wat hiervoor de begroting is. Onder het Programma Richtlijnen vallen alle activiteiten die samenhangen met beschrijvingen van goede zorg. Het programma kan daarom onderverdeeld worden in de volgende onderdelen:

1. Beschrijving van goede zorg

335 **1a. Onderhoud en ontwikkeling van richtlijn(modules):**richtlijnprojecten met ontwikkeling/onderhoud van modules volgens het gebruikelijke format van modulaire richtlijnen

- Modulair onderhoud van bestaande modules: het aantal modules dat er in het project of betreffende jaar onderhouden wordt en (indien mogelijk) de onderwerpen van de betreffende modules.
- 340 • Modulair onderhoud van bestaande modules en met toevoeging van nieuwe modules: het aantal modules dat er in het project of betreffende jaar onderhouden wordt én het aantal nieuwe modules dat wordt ontwikkeld. En (indien mogelijk) de onderwerpen van de betreffende modules én het aantal nieuwe modules dat wordt ontwikkeld. Nieuwe modules moeten voldoen aan de relevantiecriteria volgens het relevantieformulier voor richtlijnen, dit wordt onderbouwd in de aanvraag.
- 345 • Nieuwe richtlijnen: geheel nieuwe richtlijnen, met een nieuw onderwerp, welke bestaat uit meerdere modules. Nieuwe richtlijnen moeten voldoen aan de relevantiecriteria volgens het relevantieformulier voor richtlijnen, deze wordt toegevoegd als bijlage bij de aanvraag (zie Outsite richtlijnformulieren “Formulier relevantie richtlijnen nieuw onderwerp”).

Definitie module volgens AQUA: Een module geeft op basis van systematische (literatuur)analyse en argumentatie antwoord op één, aan gezondheid, organisatie van zorg of techniek gerelateerd, omschreven probleem en sluit af met één of meer aanbevelingen. Een module is de kleinste eenheid waaruit een richtlijn bestaat en bevat alle elementen die voor een richtlijn van belang worden geacht.

350 **1b. Overige beschrijvingen van goede zorg:** ontwikkeling/onderhoud van leidraden, landelijke protocollen, standpunten

- Beschrijvingen van goede zorg die niet in het gebruikelijke format van modulaire richtlijnen zijn te vatten.
- 355 • Andere beschrijvingen van goede zorg zoals leidraden, kwaliteitsnormen en formularia.

2. Richtlijn gerelateerde activiteiten (zoals projecten die gaan over doorontwikkeling van het richtlijnen beleid/de methodiek en hulpmiddelen voor uitvoering in de praktijk)

- Activiteiten t.a.v. onderhoud en verbetering van de richtlijnen database.
- 360 • Hulpmiddelen t.b.v. implementatie van richtlijnen en/of modules.
- Innovatie van procedure (en methodiek) in doorontwikkeling t.b.v. (het onderhouden van) richtlijnen.
- Thuisartsinformatie op basis van beschrijvingen van goede zorg.

4.4 Algemene voorwaarden

365 De volgende voorwaarden zijn van toepassing op aanvragen die bij de SKMS 2 ingediend worden ten behoeve van het programma Richtlijnen Medisch Specialisten:

- Aanvragers dienen zoveel mogelijk tot gezamenlijke aanvragen te komen. Het is ook mogelijk om monodisciplinaire aanvragen in te dienen. U dient in dit geval goed te onderbouwen dat geen andere specialismen of partijen betrokken moeten zijn.
- Aanvragers dienen alle relevante stakeholders (ook anders dan Verenigingen) te betrekken bij aanvragen.
- 370 • Een aanvraag dient op het moment van indiening altijd voorzien te zijn van adhesieverklaringen van alle primair betrokken Verenigingen. Of een Vereniging primair of secundair betrokken is, is afhankelijk van of deze het eindproduct autoriseert of niet.

- 375
- Primair betrokken Vereniging: dit is een vereniging die lid is van de Federatie Medisch Specialisten en die het eindproduct wel autoriseert. Van deze partij dient verplicht een adhesieformulier meegeleverd te worden.
 - Secundair betrokken Vereniging: dit is een vereniging die lid is van de Federatie Medisch Specialisten en deelneemt aan het project maar het eindproduct niet autoriseert. Voor secundair betrokken Verenigingen is het niet verplicht een verklaring mee te leveren. Het kan de aanvraag wel verduidelijken. Indien de Vereniging zelf wenst een bewijs van secundaire betrokkenheid aan te leveren, kan dit zowel door het adhesieformulier of door een bevestiging van deelname per e-mail toe te voegen aan de projectaanvraag.
- 380
- De specifieke wijze van deelname tijdens het project (lid werkgroep, knelpuntenanalyse, raadpleging) is per project vrij in te vullen en nader gezamenlijk te bepalen door de aanvragende vereniging en adhesie verlenende vereniging.
- 385
- Bij alle richtlijnprojecten dient op het moment van indiening een bevestiging van de Patiëntenfederatie of de betreffende patiëntorganisatie(s) aan de aanvraag toegevoegd te worden. Op de online omgeving staat het formulier hiervoor.
 - Van een partij anders dan Verenigingen, de Patiëntenfederatie en patiëntorganisaties is aan te raden een schriftelijke bevestiging en beschrijving van deelname (e-mail) toe te voegen aan de projectaanvraag.
- 390
- Bij activiteiten waarin een bepaald proces of procedure meerdere keren herhaald wordt, dient aandacht besteed te worden aan de mogelijkheden voor efficiencyverbetering.
 - Voor geheel nieuwe richtlijnen geldt dat de aanvraag voorzien moet zijn van het ingevulde relevantieformulier voor richtlijnen. Voor alle nieuwe modules dient de relevantie onderbouwd te worden in de aanvraag.
- 395
- Binnen het Programma Richtlijnen Medisch Specialisten is het niet mogelijk om financiering aan te vragen voor activiteiten die vallen onder het Programma Kwaliteitsprojecten Medisch Specialisten (zie §5.3).
 - De aanvraag heeft een maximale doorlooptijd van drie jaar (inclusief oplevering eindproducten en (financiële) eindverantwoording).
- 400
- Om een snelle start van het project te borgen dient de voorzitter van het project bekend te zijn bij het indienen van de aanvraag.
 - Er dient al bij het opstellen van de aanvraag nagedacht te worden over implementatie, bijvoorbeeld welke producten of activiteiten nodig zijn. Beschrijf dit in de aanvraag.
- 405
- Implementatie bevorderende producten kunnen binnen het project worden ontwikkeld. Als eindproducten wordt bij de richtlijnmodules een implementatieplan opgeleverd. In dit implementatieplan worden in ieder geval de implementatieactiviteiten die nodig worden geacht, belemmerende en bevorderende factoren en een inschatting van het implementatietermijn genoemd. Ook wordt beschreven welke acties nodig zijn vanuit andere partijen in de zorg.
- 410

5. Programma Kwaliteitsprojecten Medisch Specialisten

5.1 Doel

415 Kwaliteitsprojecten dragen in belangrijke mate bij aan het continu verbeteren van de kwaliteit van de medisch specialistische zorg. Zij zorgen voor de (door)ontwikkeling van bestaande en nieuwe kwaliteitsinstrumenten van de medisch specialisten. Hierbij is het van groot belang dat verschillende kwaliteitsinstrumenten op een uniforme en gestructureerde wijze op elkaar worden afgestemd (geïntegreerd kwaliteitsbeleid) en er oog en oor is voor de maatschappelijke ontwikkelingen. Geïntegreerd Kwaliteitsbeleid heeft als uitgangspunt continue verbetering en borging van kwaliteit van zorg.

420 5.2 Inhoudelijk Kader

Pijler 1: Passende Zorg

425 Het bestuur van de Federatie Medisch Specialisten bepaalt het kader waarbinnen activiteiten aangevraagd kunnen worden. Dit kader is gebaseerd op de principes en normen voor Passende Zorg zoals deze zijn vastgelegd het IZA² en ontleend zijn uit Kader Passende Zorg³ van het Zorginstituut.

- 430 1. Passende zorg is waardegedreven. Dat betekent dat zorg op de eerste plaats effectief bijdraagt aan de gezondheid van mensen, nu en in de toekomst. Hierbij is een breed perspectief met oog voor de persoonlijke context belangrijk. Waardegedreven betekent ook dat de zorg voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk tegen doelmatige inzet van mensen, middelen en materialen. Hierbij hoort een beoordeling of effectieve zorg op groepsniveau daadwerkelijk bijdraagt aan de gezondheid van die ene unieke patiënt waarvoor zij zorgen.
- 435 2. Passende zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand, ondersteund door informatie passend bij de vaardigheden van de patiënt. De zorg past bij de persoonlijke situatie, behoeften en wensen van de patiënt. De patiënt dient op de hoogte te zijn van de verschillende opties en bijbehorende voor- en nadelen. De taak van de zorgverlener is het overdragen van kennis over de verschillende opties.
- 440 3. Passende zorg is de Juiste Zorg op de Juiste Plek. Zorg vindt waar mogelijk dicht bij mensen thuis plaats en verder weg als dat nodig is waarbij wordt gekeken wat de patiënt zelf kan doen en wat informele zorg kan bijdragen. Zorg kan worden vervangen door nieuwe digitale en technologische mogelijkheden. Het bieden van samenhangende zorg en ondersteuning krijgt steeds vaker vorm in regionale samenwerkingsverbanden.
- 445 4. Passende zorg gaat over gezondheid in plaats van over ziekte. Zorg gaat niet primair om de ziekte, maar om het leven van mensen, ook in de laatste levensfase. Niet elke gezondheidsvraag heeft een (individueel) zorgantwoord, soms zijn andere antwoorden passender. Preventie en het versterken van veerkracht zijn hier ook onderdeel van. Dit vraagt een bredere blik met oog voor andere levensterreinen.
5. Passende zorg vindt plaats in een prettige en goede werkomgeving voor zorgprofessionals.

450 De vijf principes vormen de projectcategorieën waarbinnen projecten kunnen worden ingediend voor deze pijler.

Principe 1 t/m 4: aansluiting uitgangspunten

455 In het kader Passende Zorg van het Zorginstituut zijn de volgende normen voor eerste vier principes van Passende Zorg gedefinieerd. De normen zijn in het IZA opgenomen als uitgangspunten voor passende zorg. Projecten ingediend voor de projectcategorieën 1 t/m 4 dienen **in elk geval** aan te sluiten bij één of meerdere van de normen /uitgangspunten die hiervoor zijn geformuleerd in het Kader Passende Zorg en zijn overgenomen in het IZA (zie figuur 1).

² Integraal Zorgakkoord september 2022

³ Kader Passende Zorg, Zorginstituut Nederland, 28 juni 2022



Figuur 1

460

Principe 5: waar mogelijk aansluiting uitgangspunten

Voor projecten in projectcategorie 5 (prettige en goede werkomgeving zorgprofessionals) is het naar verwachting niet altijd mogelijk om aan te sluiten bij de uitgangspunten die zijn geformuleerd voor de Principes 1 t/m 4. Deze projecten dienen daarom alleen **waar mogelijk** aan te sluiten bij een of meerdere van de uitgangspunten.

465

Pijler 2: Innovatie van de kwaliteitscyclus

Deze pijler betreft het ontwikkelen van een nieuw kwaliteitsinstrument of het doorontwikkelen van een bestaand kwaliteitsinstrument. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het doorontwikkelen van de kwaliteitsvisitaties, het doorontwikkelen van huidige beroepsnormen of het opstellen van een nieuw instrument ter bevordering van de kwaliteit van (ondersteuning aan) de te leveren zorg.

470

Belangrijk voor projecten in deze pijler is dat er tijdig afstemming is gezocht met de betreffende adviescommissie van de Federatie Medisch Specialisten en dat u dit toelicht in de projectaanvraag.

475

Hiervoor dient u contact op te nemen met het SKMS 2-bureau, waarna u vervolgens in contact wordt gebracht met de betreffende adviescommissie. Als het onderwerp van uw innovatie-aanvraag mogelijk niet past binnen een van de adviescommissies dient u alsnog contact op te nemen met het SKMS 2-bureau zodat zij navraag kunnen doen.

5.3 Activiteiten

Om binnen een project invulling te geven aan de principes van passende zorg kunnen verschillende activiteiten worden ondernomen. In deze paragraaf staan de activiteiten en bestaande kwaliteitsinstrumenten benoemd die binnen een project kunnen worden uitgevoerd of ontwikkeld. Uw project draagt bijvoorbeeld bij aan principe 2: Passende zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand. In dit project wordt aangesloten bij de uitgangspunten 4, 5 en 6, waarbij u zowel een keuzehulp als implementatie-ondersteunende materialen (toegestane activiteiten) ontwikkelt.

480

485

De activiteiten gedefinieerd in dit hoofdstuk zijn door ZonMw getoetst op staatssteun. Indien ZonMw het vermoeden heeft van een economische activiteit, kan een individuele projectaanvraag aanvullend door ZonMw worden getoetst op staatssteun.

490

(Door)ontwikkeling, onderhoud en beheer van kwaliteitsinstrumenten. Het betreft hierbij de volgende kwaliteitsinstrumenten:

- 495 • **Intercollegiale toetsing en visitaties**

Het ontwikkelen van methoden om professionele kwaliteit van zorg te toetsen en waar mogelijk te verbeteren. Medisch specialisten zijn aanspreekbaar op en verantwoordelijk voor de kwaliteit van het medisch specialistisch handelen. Gezamenlijk streven we naar het bevorderen van toetsbare kwaliteit, door het (verder) ontwikkelen van methodieken voor reflectie zoals kwaliteitsvisitaties, intercollegiale toetsing en IFMS.
- 500 • **Kwaliteitsmetingsinstrumenten**
 - 505 ○ Indicatoren/PRO(M)s/PRE(M)s: Deze instrumenten geven een indicatie over de kwaliteit van de geleverde zorg. Een indicator heeft een signaalfunctie. Het is geen directe maat, maar kan aanleiding zijn tot nader onderzoek. Bij een indicator moet duidelijk zijn wat het doel ervan is. Bijvoorbeeld voor het monitoren van gebruik van richtlijnen of voor onderling vergelijken of voor verantwoording. Bij het ontwikkelen van
 - 510 indicatoren/PRO(M)s/PRE(M)s moet aantoonbaar gekeken zijn naar bestaande initiatieven ten aanzien van het betreffende onderwerp en naar mogelijkheden om deze over te nemen of hier op voort te borduren, alvorens nieuwe indicatoren/PRO(M)s/PRE(M)s te ontwikkelen.
- 510 **Kwaliteitsregistraties:** Een kwaliteitsregistratie is een methode/instrument *in de eerste plaats ter evaluatie en verbetering van kwaliteit van zorg, door middel van (kort)cyclische feedback van spiegelinformatie naar zorgverlener en/of zorginstelling en ter ondersteuning van samen beslissen door patiënt en zorgverlener.* Op basis hiervan kunnen gerichte verbetertrajecten ingezet worden.

Daarnaast kunnen gegevens uit de registratie beschikbaar worden gesteld ten behoeve van de keuze door patiënten voor een zorginstelling en/of zorgverlener, voor zorginkoop of voor wetenschappelijk onderzoek.
- 515 ○ Er wordt gestreefd naar brede aandoeningsgerichte registraties waarin het zorgpad van de patiënt (de ‘patientjourney’) centraal staat en meerdere onderdelen van het zorgproces c.q. meerdere behandelmodaliteiten een rol kunnen spelen. Het vaststellen van de inhoud van de registratie kan worden gesubsidieerd middels de SKMS 2-gelden. Hieronder valt het ontwikkelen en vaststellen van de indicatorenset en de data dictionary evenals het maken van het plan van aanpak voor de governance en technische en procesmatige inrichting van de kwaliteitsregistratie.
- 520 ○ Het ontwikkelen en inrichten van (ICT)infrastructuur voor kwaliteitsregistraties en het verzamelen/verwerken van data wordt niet vergoed middels SKMS 2-gelden.
- 525 • **Instrumenten en activiteiten t.b.v. samen beslissen**

Onderzoek laat zien dat patiënten die samen met hun behandelaar beslissingen nemen beter geïnformeerd zijn, een actievere rol spelen in het besluitvormingsproces, medisch gezien verstandige keuzes maken en zich beter houden aan een gekozen behandelstrategie. De SKMS 2-gelden zijn bedoeld voor de ontwikkeling van instrumenten die ondersteunen in het proces van Samen Beslissen.
- 530 ○ Instrumenten die artsen en patiënten inspireren en bewust maken van het feit dat ze samen beslissingen kunnen nemen over de juiste zorg, op het juiste moment, op de juiste plaats.
- 535 ○ Instrumenten die patiënten voorzien in hun informatiebehoefte over (bepaalde aspecten van) hun aandoening passend bij hun gezondheidsvaardigheden.
- 540 ○ Instrumenten die patiënten en hun artsen ondersteunen bij het komen tot de beste passende keuze.
- 540 ○ Instrumenten en activiteiten gericht op het herkennen en/of omgaan met beperkte gezondheidsvaardigheden.
- 545 • **Opstellen en/of herzien van een kennisagenda**

Kennis is nodig om de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te blijven verbeteren en is daarmee een belangrijke motor voor het kwaliteitsbeleid medisch specialisten. Kennis is bijvoorbeeld nodig om richtlijnen en gezamenlijke besluitvorming verder te onderbouwen. Gezien het grote aantal kennishiaten in de medische praktijk is het belangrijk deze hiaten te inventariseren, prioriteren en

550 vervolgens te agenderen voor onderzoek. In een kennisagenda worden de belangrijkste kennishiaten beschreven en een plan van aanpak geschetst hoe deze kennishiaten middels klinisch onderzoek kunnen worden opgelost. Dit betreft primair zorgevaluatie (m.n. onderzoek van bestaande behandelingen; agenda zorgevaluatie). De kennisagenda kan ook worden uitgebreid met andere hiaten, die interventies met een meer innovatief karakter betreffen. Het is belangrijk dat het initiatief voor een kennisagenda bij de wetenschappelijke verenigingen ligt, alleen dan kan het aansluiten op de kwaliteitscyclus van hun medische zorg. De kennisagenda behoeft continue doorontwikkeling. Om de kennisagenda's te laten inbedden binnen het kwaliteitsbeleid van de wetenschappelijke vereniging zal verbinding worden gelegd met het richtlijnenprogramma. Het is niet mogelijk financiering aan te vragen voor het uitvoeren van vervolgstappen, zoals het opzetten van een onderzoeksnetwerk of daadwerkelijk onderzoek uitvoeren naar een kennishiaat.

555 • **Opstellen/herzien kwaliteitsbeleid wetenschappelijke vereniging**

560 Het inventariseren en evalueren van alle kwaliteitsinstrumenten, -initiatieven en -beleid en deze verbinden tot één kwaliteitscyclus, waarmee continue verbetering en borging van kwaliteit van zorg bereikt wordt zodat er sprake is van een sluitende (draaiende) cyclus (geïntegreerd kwaliteitsbeleid).

565 Gemiddeld wordt het kwaliteitsbeleid eens in de 4 á 5 jaar herzien. Het opstellen/herzien van het kwaliteitsbeleid bestaat globaal uit de volgende stappen: 1) inventariseren, 2) prioriteren en 3) aanpak bepalen.

De volgende activiteiten kunnen hiervoor worden aangevraagd (niet uitputtend):

- 570 ○ Interne inventarisatie: welk kwaliteitsbeleid/-instrumenten is/zijn er binnen de wetenschappelijke vereniging? Er dient juist aandacht besteed te worden hoe deze binnen de vereniging zijn belegd (welke commissies/werkgroepen zijn waarvoor verantwoordelijk), wat er met de resultaten wordt gedaan, etc. Hoe, waar/bij wie is de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van deze instrumenten belegd?
- Stakeholderanalyse (intern + extern), bijvoorbeeld d.m.v. interviews
- 575 ○ Prioriteren/aanpak bepalen: activiteiten gericht op prioritering en aanpakbepaling, zoals prioriteringssessies/vergaderingen, toetsen bij interne en externe partijen/personen/gremia

(Door)ontwikkeling van handreikingen en kaders van deze kwaliteitsinstrumenten, bijbehorende producten en kwaliteitsbeleid

580 Dit betreft het opstellen van aanvullende documenten behorend bij de kwaliteitsinstrumenten, zoals welke voorwaarden voor gebruik van het kwaliteitsinstrument gelden. Daarnaast kunnen er activiteiten uitgevoerd worden welke zich richten op het integreren van het kwaliteitsinstrument in het kwaliteitsbeleid van de vereniging.

Deskundigheidsbevordering voor de makers van kwaliteitsinstrumenten en leden van werkgroepen

585 Dit betreft bijvoorbeeld het opstellen van scholingsmaterialen. Het daadwerkelijk faciliteren/uitvoeren van scholing is niet subsidiabel middels de SKMS 2-gelden.

(Door)ontwikkeling van publieke en digitale toegankelijkheid en bruikbaarheid van alle kwaliteitsinstrumenten

590 Dit betreft activiteiten omtrent het verbeteren van de toegankelijkheid en bruikbaarheid van de kwaliteitsinstrumenten, denk hierbij bijvoorbeeld aan het opstellen en verspreiden van materialen op publieke locaties, of het opstellen en valideren van een kwaliteitsinstrument bij verschillende specialismen.

(Door)ontwikkeling van implementatie-ondersteunende materialen en methoden

595 Dit betreft het opstellen van aanvullende materialen behorend bij de kwaliteitsinstrumenten, zoals een blauwdruk voor implementatie van het kwaliteitsinstrument. Daadwerkelijke (lokale) implementatie van het kwaliteitsinstrument is niet toegestaan, het ontwikkelen van materialen voor implementatie wel.

Het vergaren van feedback op de bruikbaarheid van de opgeleverde producten t.b.v. implementatie

600 Binnen een project is het mogelijk een kleine pilot uit te voeren waarbij het kwaliteitsinstrument geëvalueerd wordt. Bijvoorbeeld ten behoeve van verdere implementatie en opschaling van het kwaliteitsinstrument. De uitkomsten van de evaluatie dienen verwerkt te worden in het op te leveren product. Deze pilot dient zoveel

mogelijk onderdeel te zijn van het project waarin het kwaliteitsinstrument wordt ontwikkeld of herzien.

605 **Het signaleren van kennislacunes en het agenderen daarvan**
Dit betreft het ontwikkelen van een kennisagenda.

Ontwikkeling andere dan hierboven beschreven kwaliteitsbevorderende instrumenten ter ondersteuning van activiteiten gericht op de principes van Passende Zorg.

610 **5.4 Algemene voorwaarden**

De volgende voorwaarden zijn van toepassing op aanvragen ingediend bij het programma Kwaliteitsprojecten Medisch Specialisten:

- 615 • Aanvragers dienen zoveel mogelijk tot gezamenlijke aanvragen te komen. Het is ook mogelijk om monodisciplinaire aanvragen in te dienen. Het dient in dit geval goed onderbouwd te zijn dat geen andere specialismen of partijen betrokken moeten zijn.
- 620 • Een aanvraag dient op het moment van indiening altijd voorzien te zijn van adhesieverklaringen van alle primair betrokken Verenigingen. Of een Vereniging primair of secundair betrokken is, is afhankelijk van of deze het eindproduct autoriseert of niet.
 - 625 ○ Primair betrokken vereniging: dit is een vereniging die lid is van de Federatie Medisch Specialisten en die het eindproduct wel autoriseert. Van deze partij moet een adhesieformulier meegeleverd worden.
 - 630 ○ Secundair betrokken vereniging: dit is een vereniging die lid is van de Federatie Medisch Specialisten en deelneemt aan het project maar het eindproduct niet autoriseert. Van deze partij volstaat het een bevestiging en beschrijving van deelname per e-mail toe te voegen aan de projectaanvraag.
 - 635 ○ De specifieke wijze van deelname tijdens het project (lid werkgroep, knelpuntenanalyse, raadpleging) is per project vrij in te vullen en nader gezamenlijk te bepalen door de aanvragende vereniging en adhesieverlenende vereniging.
- 630 • Indien een patiëntenvereniging aan het project deelneemt dient een steunformulier aan de aanvraag toegevoegd te worden. Op de online omgeving staat het formulier hiervoor.
- 635 • Van een partij anders dan Verenigingen, de Patiëntenfederatie en patiëntorganisaties is aan te raden een schriftelijke bevestiging en beschrijving van deelname (e-mail) toe te voegen aan de projectaanvraag.
- 640 • Alle projecten ingediend onder Pijler 2 (innovatie van de kwaliteitscyclus) en de projecten onder Pijler 1 die afwijken van bestaand beleid/doorontwikkeling op bestaand beleid dienen tijdig afgestemd te worden met de betreffende adviescommissies van de Federatie. Hiervoor dient u contact op te nemen met het SKMS 2-bureau, waarna u vervolgens in contact wordt gebracht met de betreffende adviescommissie.
- 645 • In de projectaanvraag dient beschreven te worden hoe tijdens uitvoering van het project nagedacht wordt over mogelijke borging en financiering van de projectresultaten/op te leveren eindproducten na afloop van SKMS-financiering. Wat zijn hierin mogelijke opties, wat zijn factoren waar op voorhand of tijdens het project aandacht aan besteed dient te worden en welke mogelijk partijen zullen hierin benaderd worden.
- 650 • Bij het ontwikkelen van een PROM/PREM moet aantoonbaar gekeken zijn naar bestaande initiatieven en naar mogelijkheden om die landelijk vast te stellen, alvorens een nieuwe PROM/PREM op te zetten.
- 655 • De aanvraag heeft een maximale doorlooptijd van drie jaar (inclusief oplevering van de eindproducten en (financiële) eindverantwoording).
- Om een snelle start van het project te borgen dient de voorzitter van het project bekend te zijn bij het indienen van de aanvraag.
- Bij projecten waarin een bepaald proces of procedure meerdere keren herhaald wordt, dient aandacht besteed te worden aan de mogelijkheden voor efficiencyverbetering. Bijvoorbeeld het bundelen van dezelfde activiteiten in één aanvraag zodat hier een efficiënt proces voor kan worden ingericht.
- Binnen het Programma Kwaliteitsprojecten Medisch Specialisten is het niet mogelijk om financiering aan te vragen voor activiteiten die vallen onder het Programma Richtlijnen Medisch Specialisten (zie hoofdstuk 4).

6. Procedures en criteria

6.1 Algemeen

660 Het uitvoeren van een project met behulp van financiering van de SKMS 2, van indiening tot afronding, kent 4 stappen:

1. Het indienen van de aanvraag bij de SKMS 2
2. Het beoordelen van de aanvraag door de SKMS 2
3. Het monitoren van de voortgang door de SKMS 2
- 665 4. Het beoordelen van het jaar-/eindresultaat door de SKMS 2



De volgende paragrafen beschrijven de werkwijze voor deze stappen.

670 6.2 Indienen van projectaanvraag bij de SKMS 2

Jaarlijks wordt via ZonMw vanuit de SKMS 2 budget beschikbaar gesteld voor projectaanvragen bij de SKMS 2. De Aanvrager dient in de daarvoor opengestelde indieningsperiode een aanvraag in conform het daarvoor beschikbaar gestelde format en systeem. Het bestuur van de Aanvrager dient akkoord te zijn met de indiening van de projectaanvraag.

675

Beoordelingsprocedure

De SKMS 2 beoordeelt de aanvraag. De planning hiervoor wordt per jaar vastgesteld.

Projecttechnische beoordeling (bureau)

680 De aanvraag wordt onder andere op de volgende *technische* en *financiële* (projecttechnische) aspecten gecontroleerd door het Bureau van de SKMS 2:

Technisch:

- Compleetheit van de aanvraag conform het SKMS 2-format (incl. gevraagde bijlagen)
- Een maximale doorlooptijd van drie jaar (inclusief oplevering eindproduct(en) en (financiële) eindverantwoording).
- 685 • Betrokkenheid patiëntenorganisatie.
- Aanwezigheid van een voorzitter en beschrijving van een procedure voor belangenverstrengeling.
- SMART geformuleerde eindproducten.
- Adhesieverklaringen.

690

Financieel:

- Begroting: is deze reëel, volledig, onderbouwd en volgens de richtlijnen van de SKMS 2 opgesteld (zie § 7.3).
- Bij cofinanciering: is de schriftelijke bevestiging van de cofinancier toegevoegd als bijlage.

695

Inhoudelijke beoordeling (SKMS-programmacommissies)

Daarnaast wordt de aanvraag *inhoudelijk* beoordeeld door de SKMS 2 Programmacommissie of daartoe gemachtigde beoordelaars. De programmacommissie beoordeelt op onderstaande criteria en zijn in meer detail te vinden op het SKMS 2 AFAS Outsite portaal. Naast de algemene voorwaarden zoals genoemd in §4.4 en §5.4 wordt getoetst op de volgende criteria:

700

- Aansluiting bij de beleidskaders van de Federatie Medisch Specialististen (zie §3.3).
- Relevantie van het onderwerp.
- De kwaliteit van de aanvraag:
 - Plan van aanpak
 - 705 ○ Methodologie

- Haalbaarheid
 - Doorontwikkeling kwaliteitsinstrument
 - Betrokkenheid van andere specialismen, patiënten en derden
 - Voor kwaliteitsprojecten gelden daarnaast de volgende aanvullende criteria
- 710
- Aansluiting bij de pijlers zoals benoemd in § 5.2
 - Aansluiting bij reeds bestaande landelijke initiatieven
 - De borging van de projectresultaten na afronding van het project.

De programmacommissie stelt advies op aan het SKMS 2-bestuur

- 715
- De leden van de Programmacommissie beoordelen de aanvraag schriftelijk. Hiertoe ontvangen de commissieleden de relevante documenten van het SKMS 2-bureau. Elke aanvraag wordt door minimaal twee commissieleden schriftelijk beoordeeld.
- 720
- Er vindt een commissievergadering plaats op basis waarvan de opmerkingen en vragen t.b.v. het wederhoor worden geformuleerd. Indien de Programmacommissie geen opmerkingen of vragen heeft kan de commissie overgaan tot het direct afgeven van een positief advies aan het SKMS 2-bestuur. Indien de Programmacommissie verwacht dat met het wederhoor de onduidelijkheden of bezwaren niet kunnen worden wegnomen, kan het advies tot het intrekken van de aanvraag worden gegeven aan de Aanvrager. De Aanvrager is niet verplicht dit advies op te volgen.
- 725
- De Aanvrager ontvangt de opmerkingen en vragen van de Programmacommissie via het SKMS 2-bureau en krijgt minimaal twee weken om een antwoord te formuleren. Enkel op verzoek van de Programmacommissie in uitzonderlijke gevallen kan de Aanvrager worden verzocht een mondeling wederhoor te geven.
 - Vervolgens voert de Programmacommissie weer een schriftelijke beoordeling uit op basis van het wederhoor.
- 730
- Er vindt een tweede commissievergadering plaats waarbij op basis van consensus van een meerderheid van de commissie de definitieve beoordeling wordt vastgesteld en het advies aan het bestuur wordt geformuleerd.
 - Op basis van de aanvraag, de beoordeling en het wederhoor van de Aanvrager formuleert de Programmacommissie een advies over het wel of niet goedkeuren van de aanvraag.
- 735

Prioritering

Indien het totaalbedrag van de positief beoordeelde aanvragen hoger is dan het beschikbare budget, moet er worden geprioriteerd. Uitgangspunt hierbij is dat alleen aanvragen met tenminste een voldoende beoordeling in de prioritering worden meegenomen. Bij de prioritering wordt een evenredige verdeling van het budget over de wetenschappelijke verenigingen nagestreefd. Dit gebeurt op basis van de uitgangspunten van het voormalige torenmodel (basisbedrag + een bedrag per lid). Hierbij wordt ook rekening gehouden met hoeveel budget aan de Aanvrager is toegewezen in het voorliggende jaar. Hierbij wordt geen rekening gehouden met eventuele deelname van andere Verenigingen aan het project of een verdeling over het kwaliteits- en richtlijnenprogramma.

740

745

Na vaststelling van de adviezen van de Programmacommissies aan het SKMS 2-bestuur ontvangt de Vereniging een overzicht van aanvragen die in aanmerking komen voor honorering. De Vereniging is vervolgens verplicht binnen de gestelde termijn een prioritering door te geven. Op basis van deze prioritering worden de aanvragen binnen het toegestane budget volgens het voormalig torenmodel toegekend. Deze Deze prioritering wordt voor goedkeuring (schriftelijk) voorgelegd aan het SKMS 2-bestuur.

750

Alleen projectaanvragen met een zeer hoge relevantie, waarbij veel of alle Verenigingen baat hebben, worden goedgekeurd voor indiening door het Federatiebestuur (in veel gevallen voorzien van een advies van de Raad Kwaliteit). Daarom worden deze projectaanvragen bij een voldoende beoordeling direct goedgekeurd, indien het budget dit toe laat, en vallen daarom buiten een eventuele prioritering van projectaanvragen.

755

Vormen van besluit door het SKMS 2-bestuur

Het SKMS 2-bestuur besluit over de aanvraag en maakt daarbij gebruik van de adviezen van de Programmacommissie (of daartoe gemachtigde beoordelaars) en het SKMS 2-bureau. De Aanvrager wordt geïnformeerd over het besluit van het bestuur.

760

De SKMS 2 kent twee vormen van besluit:

- 765 *Goedgekeurd*: de aanvraag voldoet aan alle criteria en wordt in de subsidieaanvraag bij ZonMw opgenomen.
Afgewezen: de aanvraag voldoet niet aan de inhoudelijke, technische en/of financiële kaders.
Het SKMS 2-bestuur heeft de mogelijkheid om af te wijken van het advies van de Programmacommissie. Zij informeert de Programmacommissie hierover.

- 770 Het kan in uitzonderlijke situaties voorkomen dat het SKMS 2-bestuur informatie mist om een besluit te maken, de aanvraag krijgt dan de status 'aangehouden'. De besluitvorming over de aanvraag wordt dan uitgesteld tot een later moment.

ZonMw

- 775
- De SKMS 2 dient op basis van goedgekeurde aanvragen een (gebundelde) subsidieaanvraag in bij ZonMw.
 - ZonMw stelt vervolgens op bureau niveau middels een deelwaarneming vast of is voldaan aan de in deze Kaderbrief beschreven werkwijze, of de besluitvorming door SKMS 2 op een juiste wijze is verlopen en of de code belangenverstremming is nageleefd. ZonMw informeert de SKMS 2 binnen 6 weken na indiening over haar besluit.

780 Start

- Na positief besluit van ZonMw stuurt de SKMS 2 de Aanvrager het subsidiebesluit, getekend in tweevoud, toe.
 - Een tekenbevoegd persoon van de Aanvrager ondertekent het subsidiebesluit en stuurt 1 exemplaar terug naar het SKMS 2-bureau.
 - Financiering start na ontvangst van het door de Aanvrager getekende subsidiebesluit.
- 785
- Het is toegestaan om binnen zes maanden na goedkeuring (ontvangst van het bestuursbesluit) door het SKMS 2-bestuur de startdatum aan te passen. Deze startdatum dient ook binnen zes maanden na goedkeuring te liggen.

6.3 Monitoring en amendementen

Jaarlijkse SKMS 2-voortgangsrapportage

- 790 De SKMS 2 monitort jaarlijks met de Aanvragers de voortgang van de projecten, bijv. door middel van een voortgangsgesprek of een werkbezoek. Aan de hand van deze gesprekken wordt jaarlijks een voortgangsrapportage opgesteld, welke wordt voorgelegd aan het SKMS 2-bestuur en ZonMw.

Procedure Amendementen

- 795 Mocht een wijziging in de inhoud, looptijd of budget van het subsidiebesluit noodzakelijk zijn, dan dient de Aanvrager een verzoek tot wijziging van het subsidiebesluit (amendement) in bij de SKMS 2. Een amendement is alleen nodig als de wijzigingen die worden doorgevoerd bij het project een effect hebben op de afspraken die staan beschreven in het subsidiebesluit. Een amendement moet in ieder geval ingediend worden bij de volgende wijzigingen ten opzichte van het subsidiebesluit:
- 800
- Een wijziging van het eindproduct/-resultaat.
 - Een langere doorlooptijd (maximaal 36 maanden).
 - Een wijziging in de autoriserende en/of deelnemende partijen.
 - Een verzoek voor aanvullend budget.

- 805 Ten behoeve van het indienen van een amendement is op het SKMS 2 AFAS Outsite portaal een online formulier beschikbaar. Op basis van het ingevulde formulier (incl. bijbehorende bijlagen) beoordeelt de Programmacommissie (of een daartoe gemachtigde beoordelaar) de wijziging en onderbouwing en geeft hierover een advies af aan het SKMS 2-bestuur.

810 Criteria

Amendementen worden op de volgende criteria beoordeeld:

Amendement looptijd:

- 815
- Maximale looptijd 36 maanden
 - De noodzaak van de extra looptijd.
 - De haalbaarheid van het project binnen de nieuwe looptijd.

820 Ten behoeve van het beoordelen op de bovenstaande criteria dient bij het amendement looptijd een onderbouwing voor de verlenging van de looptijd en een aangepast plan van aanpak te worden meegestuurd.

Amendement wijziging eindproduct:

- De noodzaak voor het wijzigingen van het eindproduct.
- Passendheid gewijzigd eindproduct binnen kaders
- Kwaliteit (methodologie, haalbaarheid, betrokkenheid partijen) van aangepaste aanpak.

Ten behoeve van het beoordelen op de bovenstaande criteria dient bij een amendement eindproduct een onderbouwing te worden aangeleverd.

830 *Amendement financieel:*

- De noodzaak voor extra budget
- Post onvoorzien moet geheel aangewend zijn (dus nul in de begroting van het amendement)

835 Ten behoeve van het beoordelen op de bovenstaande criteria dient bij een amendement financieel een onderbouwing en een aangepaste begroting te worden aangeleverd.

Amendement wijziging betrokken partijen:

- Noodzaak voor het toevoegen of vervallen betrokken partijen
- Adhesieverklaringen

840 Ten behoeve van een beoordeling van de bovenstaande criteria wordt bij een amendement wijziging betrokken partijen een onderbouwing, adhesieverklaringen en/of bevestiging van de afvallende partijen aangeleverd.

845 Het amendement wordt beoordeeld door één of meerdere beoordelaars, welke een advies uitbrengen aan het bestuur. Het SKMS 2-bestuur maakt vervolgens een besluit over het goedkeuren dan wel afkeuren van het amendement.

Vormen van besluit

850 Het SKMS 2-bestuur formuleert op basis van de beoordeling beargumenteerd haar besluit. De SKMS 2 kent twee vormen van besluit:

Goedgekeurd: het amendement en wijziging zijn goedgekeurd. De Aanvrager ontvangt een gewijzigde subsidiebesluit ter ondertekening.

Afgewezen: het amendement en de wijziging zijn afgekeurd. De Aanvrager voert het project uit zoals beschreven in het meest recente subsidiebesluit of zet het project stop.

855

Vroegtijdig beëindigen van een project

Indien een project niet langer doorgang kan vinden is het mogelijk een project vroegtijdig te beëindigen. U kunt hiervoor een schriftelijk verzoek indienen bij het SKMS 2-bureau. Dit verzoek wordt beoordeeld door het SKMS 2-bestuur. Tenzij er een tussentijds product wordt opgeleverd is de Vereniging verplicht de tot dan toe gedeclareerde kosten terug te betalen aan de SKMS 2.

860

6.4 Eindverantwoording

Algemeen

- De Aanvrager levert voor het verstrijken van de einddatum (van toepassing bij het declaratiemodel) of voor 1 juni van het betreffende jaar (van toepassing bij het accountantsmodel) de inhoudelijke en financiële eindverantwoording aan conform het format dat daarvoor is vastgesteld door de SKMS 2. De eindverantwoording mag digitaal worden ingediend (gescand of met een 'jpg-handtekening').
- De eindproducten worden als bijlage bij de eindverantwoording meegestuurd d.m.v. het toegestuurde (verplichte) eindproductenformulier.
- Na indiening van de eindverantwoording is het niet meer mogelijk om declaraties in te dienen.
- Aanvragers die gebruik maken van het accountantsmodel dienen jaarlijks voor 1 juni na afloop van het boekjaar van de in dat jaar afgeronde projecten een eindverantwoording voorzien van controleverklaring.
- De eindverantwoording (incl. eindproduct) wordt ter uiteindelijke beoordeling voorgelegd aan de Programmacommissie (of daartoe gemachtigde beoordelaars). De Programmacommissie (of daartoe gemachtigde beoordelaars) formuleert een advies richting het SKMS 2-bestuur. Bij de beoordeling van de

865

870

- 875 eindverantwoording wordt getoetst of de eindproducten en -resultaten voldoen aan de afspraken zoals beschreven in het subsidiebesluit.
- De eindverantwoording wordt voor besluitvorming voorgelegd aan het SKMS 2-bestuur.
 - De Aanvrager ontvangt na vergadering van het SKMS 2-bestuur een onderbouwd bericht van de besluitvorming (bestuursbesluit) en de eventueel daaruit te ondernemen stappen.
- 880
- De SKMS 2 zorgt binnen 4 weken na de goedkeuring door het SKMS 2-bestuur voor de laatste financiële afwikkeling en verstuurt een eindbrief aan de Aanvrager.

Procedure

- 885 De eindverantwoording wordt door het SKMS 2-bureau op *technische* en *financiële* aspecten gecontroleerd. De documenten gaan vervolgens voor *inhoudelijke* beoordeling conform onderstaande criteria naar de Programmacommissie (of een daartoe gemachtigde beoordelaar). De uiteindelijke besluitvorming over de financiële en inhoudelijke oplevering wordt gedaan door het SKMS 2-bestuur.

Criteria

890 *Inhoudelijk:*

- Het project is uitgevoerd conform het subsidiebesluit en de projectaanvraag, de voor de betreffende activiteiten geldende criteria en daarop goedgekeurde wijzigingen.
- De eindproducten zijn conform het subsidiebesluit (openbaar) gepubliceerd.

895 *Technisch:*

- De eindverantwoording is ondertekend door een tekenbevoegd persoon namens de Aanvrager.
- In de opgeleverde producten of bij de publicatie ervan is, indien mogelijk, vermeld dat de ontwikkeling ervan (mede) mogelijk is gemaakt m.b.v. de SKMS 2.

900 *Financieel:*

- De financiële realisatie is binnen het begrote bedrag.

N.B. Voor die financiële criteria die gelden bij het accountantsmodel, zie het geldende controleprotocol.

Vormen van besluit

- 905 Het SKMS 2-bestuur formuleert op basis van de beoordeling beargumenteerd haar besluit. De SKMS 2 kent twee vormen van besluit:

Goedgekeurd: de eindverantwoording is conform afspraak, al dan niet met aanvullende voorwaarden + bijbehorende termijnen om hieraan te voldoen.

- 910 *Afgewezen:* de eindverantwoording is (deels) niet conform criteria. Met de Aanvrager wordt contact opgenomen over de consequenties van het afwijzen van de eindverantwoording.

Het SKMS 2-bestuur heeft de mogelijkheid om af te wijken van het advies van de Programmacommissie. Zij informeert de Programmacommissie hierover.

6.5 Bezwaar tegen bestuursbesluiten

- 915 Mocht de Aanvrager het niet eens zijn met een bestuursbesluit aangaande de aanvraag, amendement, eindverantwoording of jaarrapportage, dan kan de Aanvrager contact opnemen met het SKMS 2-bureau voor verdere toelichting. Indien deze toelichting het bezwaar niet wegneemt, dan kan de Aanvrager binnen 6 weken na het versturen van het besluit schriftelijk bezwaar aantekenen. Dit bezwaar dient voorzien te zijn van een inhoudelijke motivatie.

- 920 Dit bezwaar wordt vervolgens beoordeeld door de SKMS 2 bezwarencommissie. Hierbij wordt vooral bekeken of door de programmacommissies en het bestuur de afgesproken procedures correct zijn gevolgd. Indien zij het bezwaar gegrond verklaren wordt de projectaanvraag, het amendement, de eindverantwoording of de jaarrapportage opnieuw ter beoordeling voorgelegd aan de programmacommissie. Het advies van de bezwarencommissie, incl. een mogelijke aanvullende beoordeling van de programmacommissie, wordt opnieuw ter besluitvorming voorgelegd aan het SKMS 2 bestuur.
- 925

6.6 Programmacommissies SKMS 2

930 Samenstelling Programmacommissies

Ten behoeve van onder andere het beoordelen van projectaanvragen, amendementen en eindverantwoordingen kent de SKMS 2 twee Programmacommissies: de Programmacommissie Richtlijnen en de Programmacommissie Kwaliteitsprojecten. De programmacommissies bestaan uit een gevarieerde vertegenwoordiging van medisch specialismen en kunnen advies inwinnen bij de medewerkers van de afdeling beleid van de Federatie. Daarnaast is bij de samenstelling van de programmacommissie rekening gehouden met een brede expertise. In de Programmacommissie Kwaliteitsprojecten is bij de samenstelling rekening gehouden met expertise op het gebied van de kwaliteitsinstrumenten, zoals registraties, visitaties, keuzehulpen, maar ook op het gebied van de inhoudelijke kaders zoals JZOJP, Samen Beslissen en eHealth.

940 De programmacommissieleden nemen op persoonlijke titel deel aan de Programmacommissie, zijn niet gemachtigd vanuit hun wetenschappelijke vereniging en mogen geen ruggespraak plegen met hun vereniging. De Programmacommissie kan externe deskundigen om aanvullend advies vragen.

De leden worden geselecteerd op basis van deskundigheid, integriteit en onafhankelijkheid. Deskundigheid wordt geborgd door de Programmacommissie een afspiegeling te laten zijn van de kennis van de Raad kwaliteit.

945 Het SKMS 2-bestuur stelt daarnaast een secretaris van de Programmacommissie aan.

Zittingsduur commissieleden

De zittingsduur van de leden is drie jaar. Leden zijn één keer hernoembaar.

950 Verantwoordelijkheid Programmacommissie

De Programmacommissie is verantwoordelijk voor het geven van een advies (positief/negatief) aan het SKMS 2-bestuur over de voor het programma ingediende aanvragen, amendementen, eindverantwoordingen en eventuele bezwaarschriften.

955 Formuleren advies

De Programmacommissie kan alleen een advies formuleren indien een meerderheid (>50%) van de commissieleden aanwezig is.

Betrokkenheid leden Programmacommissie

960 De commissieleden moeten voldoen aan de "[Code omgang met persoonlijke belangen](#)" van ZonMw. Deze code beschrijft de omgang met persoonlijke belangen binnen het proces van de voorbereiding van, de advisering over alsmede de besluitvorming over de verdeling van middelen. Daarnaast geeft de code aan op welke wijze beslissingen over de omgang met persoonlijke belangen binnen het proces dienen te worden gemotiveerd en vastgelegd.

965 Budget Programmacommissie

Binnen het Budget Management en Beheerskosten is een budget voor de Programmacommissie gereserveerd voor kosten voortvloeiend uit de activiteiten van de Programmacommissie. Elk lid van de Programmacommissie ontvangt een vaste vergoeding voor zijn of haar activiteiten.

970

6.7 Procedure ad hoc budget

Bij zeer uitzonderlijke en zeer dringende zaken kan een verzoek worden gedaan voor het ad hoc budget. Dit zijn onderwerpen of projecten die dusdanig urgent zijn dat de tijd tot de volgende deadline van een subsidieronde of de doorlooptijd van een subsidieronde niet volstaat en het van evident belang is dat SKMS 2 snel financiering vrij maakt.

975 Voorbeelden hiervan uit het verleden zijn urgente maatschappelijke problemen (zoals COVID-19) of Tweede Kamer vragen die op korte termijn actie behoeven (zoals het opiatenbeleid). Indien u twijfelt of uw project in aanmerking komt voor het ad hoc budget dan kunt u hierover contact opnemen met het SKMS 2-bureau.

980 Een Aanvrager kan een schriftelijk verzoek indienen voor het ad hoc budget. Dit verzoek wordt via email ingediend bij het SKMS 2-bureau. In dit verzoek dient in ieder geval het volgende beschreven te zijn:

1. Een samenvatting van het project.
2. De doelstelling van het project en beoogde eindproducten.
3. Een onderbouwing van de urgentie en noodzaak van het project en waarom de reguliere subsidierondes en procedures niet volstaan.

- 985
4. Een beknopt plan van aanpak (welke acties worden in het project ondernomen).
 5. De looptijd van het project.
 6. Het benodigde budget.

990 Het SKMS 2-bestuur beoordeelt of het verzoek in aanmerking komt voor het ad hoc budget. Indien het bestuur akkoord is wordt in afstemming met de Aanvrager, het SKMS 2-bureau, het SKMS 2-bestuur en ZonMw een verkort tijdpad – het streven is enkele weken - voor beoordeling van de aanvraag afgesproken. Ook wordt bekeken of het verzoek zoals ingediend voldoende is of dat aanvullende informatie nodig is voor de beoordeling.

7. Financiële verantwoording en algemene voorwaarden

995 7.1 Begroten en declareren van kosten

De begroting bestaat uit de twee hoofdposten *personele kosten en materiële kosten*. De hoofdposten worden onderbouwd in subposten.

Personele kosten

1000 1. *Vacatiegelden vergaderingen*

Dit zijn vacatiegelden voor medisch specialisten zowel als overige werkgroepleden. Werkgroepleden van Verenigingen dienen als zodanig door het bestuur van hun organisatie afgevaardigd en gemachtigd zijn. De Aanvrager bepaalt zelf de hoogte van het uurtarief medisch specialisten en niet-medisch specialisten dat zij voor activiteiten van medisch specialisten voor een aanvraag wil hanteren. De SKMS 2 adviseert om een maximaal uurtarief van € 150 voor medisch specialisten en € 75 voor niet-medisch specialisten aan te houden. De Aanvrager kan voor niet-medisch specialisten een ander eenduidig uurtarief hanteren dan voor medisch specialisten. Bij het opstellen van de begroting maakt de Aanvrager een zo goed mogelijke inschatting van het aantal werkgroepleden en vergaderingen.

1005
1010
Aanvragers kunnen hun vacatiegelden voor het voorbereiden, bijwonen, voorzitten en uitwerken van vergaderingen tweemaal per jaar declareren conform het daarvoor bestemde SKMS 2-formulier. Zij vermelden de tarieven op het vacatiegeldenformulier. De werkgroepvoorzitter of projectleider geeft het aantal bestede uren per werkgroep lid per Vereniging aan en ondertekent het formulier, evenals een bevoegde vertegenwoordiger van de Vereniging.

1015
Tevens is toegestaan dat de werkgroepleden een vaste bijdrage (per jaar) ontvangen voor deelname aan de werkgroep.

De SKMS 2 is wettelijk verplicht de vacatiegelden door te geven aan de belastingdienst. Vacatiegelden kunnen alleen uitbetaald worden aan een privépersoon. Voor uitbetaling van vacatiegelden aan een eigen bedrijf, B.V., vereniging of afdeling etc. dient een factuur ingediend te worden. Een factuur dient te voldoen aan de regels die de belastingdienst hieraan stelt.

1020 2. *Medewerkers in loondienst*

Dit zijn de medewerkers die op de loonlijst van de Aanvrager staan. Hiervoor geldt de volgende berekening:
1.) de feitelijke salariskosten per jaar van de bij de uitvoering betrokken personeelsleden (12 maal het bruto-
maandsalaris x deeltijdfactor x bestede tijd) vermenigvuldigd met

1025
1030
2.) een forfaitair opslagpercentage van 100% op de salariskosten ter dekking van de bijkomende personele kosten. In het opslagpercentage zijn meegenomen: sociale lasten, vakantiegeld, wachtgeld, ziekterisico, advertentiekosten en overige wervingskosten, reiskosten woon-werkverkeer, verlof en toeslagen, opleidingskosten en zogenaamde eindprojectkosten en de overheadkosten. De overheadkosten zijn de kosten van de reguliere infrastructuur zoals begeleiding, indirect personeel, algemene diensten, verzekeringen, huisvesting, kantoomaterialen, reproductiekosten, porti- en telefoonkosten, automatiseringskosten en representatiekosten. Het Kennisinstituut hanteert de jaarlijks vastgestelde tarieven voor haar personeel.

1035 3. *Kosten extern personeel*

Dit betreft zowel ingehuurd extern personeel, als externe adviseurs. Voor de declaratie van extern personeel dienen zij een factuur te sturen. Mocht het een medisch specialist in loondienst betreffen, dan kan voor deze kosten een factuur gestuurd worden vanuit het ziekenhuis. Indien dit niet wenselijk is, kan de Vereniging de betreffende persoon in de loonadministratie opnemen. Medisch specialisten in loondienst kunnen naast hun dienstverband een eigen onderneming hebben en via deze onderneming een factuur sturen naar de Vereniging. **Overige opties zijn fiscaal niet toegestaan.**

1040 Materiële kosten

1. *Vergaderkosten*

De kosten van zaalhuur, catering, reiskosten en telefoonkosten (bij telefonische vergadering) en soortgelijke kosten.

1045 2. *Apparatuur/ICT kosten*

De afschrijvingskosten (volgens de fiscale regelgeving) van hardware en software welke specifiek voor het project wordt aangeschaft. De volledige kosten voor software die tijdens het project wordt ontwikkeld.

3. *Implementatiekosten*

Onder implementatiekosten worden de kosten verstaan die worden gemaakt ten behoeve van hulpmiddelen in

- 1050 het kader van het invoeren, verspreiden en overdragen van kennis/ervaringen uit het project. Hieronder wordt onder ander verstaan cursussen, publicaties, nieuwsbrieven, lezingen, publiciteitscampagne en congressen.
4. *Overige kosten*
Hieronder vallen alle niet eerdergenoemde kosten waarbij te denken valt aan accountantskosten, reis- en verblijfskosten, literatuurkosten, drukwerk. Het is niet mogelijk om cadeaubonnen te declareren op een project.
- 1055 5. *Onvoorziene kosten*
In de begroting van aanvragen mag een post van maximaal 10% onvoorzien worden opgenomen, met een maximumbedrag van € 20.000.

1060 NB1. Als onderbouwing van de begroting dient een offerte worden aangeleverd voor alle kostenposten (m.u.v. vacatiegelden en medewerkers in loondienst) waarvan het bedrag meer dan 40% van uw totale projectbudget beslaat of meer dan € 10.000,- bedraagt.

NB2. Facturen dienen te voldoen aan de eisen die de belastingdienst hieraan stelt. [Klik op deze link voor informatie van de belastingdienst over facturen.](#)

7.2 Keuze financieringsmodel

1065 De financiële vergoeding van kwaliteitsprojecten loopt conform het declaratie- of accountantsmodel. De Aanvrager bepaalt zelf volgens welk model zij wil werken. Wijzigen van financieringsmodel is alleen mogelijk voorafgaand aan het nieuwe kalenderjaar en geldt voor de onder dat budgetjaar ingediende aanvragen.

Declaratiemodel

1070 Declareren

Aanvragers die werken volgens het declaratiemodel dienen hun declaraties in bij de SKMS 2 met behulp van het SKMS 2-declaratieformulier (zie website SKMS 2).

Declaraties worden uitbetaald tot een maximum van 90% van de totale begroting. De SKMS 2 betaalt het resterende deel uit nadat zij de eindverantwoording heeft goedgekeurd.

1075 Betaling geschiedt in principe binnen een maand na binnenkomst van declaratie, mits deze volledig en correct is ingediend. Indien een declaratie niet volledig en correct is ingediend, wordt de Aanvrager hiervan normaliter binnen een maand na ontvangst van de declaratie op de hoogte gesteld.

Accountantsmodel

1080 Aanvragers die werken volgens het accountantsmodel ontvangen na ontvangst van het door de Aanvrager getekende subsidiebesluit per kwartaal een bevoorschotting van de begroting voor dat jaar tot een maximum van 90% van de totale projectbegroting. De SKMS 2 bevoorschot per einde kalenderkwartaal uitgaande van de formele startdatum van het project. De Aanvrager ontvangt een bevoorschottingsschema.

1085 De Aanvrager levert jaarlijks voor 1 juni na de afsluiting van een boekjaar een jaarverantwoording voorzien van controleverklaring op, waarin zij alle lopende en afgesloten projecten verantwoordt. Voor wat betreft de afgesloten projecten wordt de tevens de eindverantwoording voorzien van controleverklaring en samen met een inhoudelijke eindverantwoording ter beoordeling voorgelegd aan het SKMS 2- bestuur in de eerstvolgende bestuursvergadering na 1 juni. Zodra het SKMS 2-bestuur beide documenten heeft goedgekeurd vergoedt zij de resterende kosten conform de afspraken. De controleverklaring dient te voldoen aan het controleprotocol van de SKMS 2. Zie website SKMS 2 voor de vigerende documenten.

1090

Uitbetaling gelden

- Uitbetalingen geschieden altijd aan de Aanvrager. Uitzondering hierop zijn de uitbetalingen van vacatiegelden ingediend via het vacatiegeldenformulier; deze worden rechtstreeks aan de betreffende privépersonen (medisch specialisten en andere werkgroepleden) uitbetaald.
 - Vergoedingen vinden plaats conform het door de Aanvrager gekozen financieringsmodel.
 - Alleen kosten gemaakt binnen de looptijd van de subsidie kunnen gedeclareerd worden bij de SKMS 2.
- 1095

7.3 Afronding subsidie

1100 Op drie maanden voor de einddatum van het project begint de afronding van het project. De Aanvrager ontvangt een bericht van het SKMS 2-bureau om de uitputting (overzicht van de gedeclareerde kosten) te controleren en de eindverantwoording in te dienen. Aan de hand van de uitputting kan de Aanvrager controleren of alle declaraties zijn ingediend en verwerkt. Indien er nog declaraties missen, heeft de Aanvrager één maand de tijd de laatste

declaraties in te dienen. De eindverantwoording wordt ingevuld en ondertekend en samen met de eindproducten uiterlijk op de einddatum van het project bij SKMS ingediend.

1105 **7.4 Terugbetaling**

Subsidie

Indien enige verplichting zoals vastgelegd in het subsidiebesluit en/of de Kaderbrief niet of niet volledig wordt nagekomen, dan heeft het SKMS 2-bestuur het recht om de gehele subsidie of een deel daarvan terug te vorderen van de Aanvrager.

1110 **7.5 Tekenbevoegdheid**

Formele documenten dienen ondertekend te worden door een daartoe bevoegd persoon conform KvK of gevolmachtigden waarbij de volmacht bij de SKMS 2 aanwezig is.

7.6 Digitale informatie

1115 De actuele versies van de in de voorgaande paragrafen genoemde formats en vigerende documenten zijn digitaal beschikbaar voor de Aanvrager op AFAS Outsite SKMS 2. Op dit online portaal is ook de privacyverklaring van SKMS 2 te vinden.

7.7 Programmaverantwoording

1120 Jaarlijks brengt de SKMS 2 binnen 6 maanden na afloop van het kalenderjaar verslag uit zoals beschreven in de Statuten van de SKMS 2. Het inhoudelijk jaarverslag bevat de realisatie van de algemene doelstelling samen met een kort verslag van de uitgevoerde programma's. Het financieel jaarverslag bevat de complete financiële verantwoording. Een accountant (RA of AA) krijgt opdracht om het financiële jaarverslag te controleren.