



Onderzoeksrapport

Zorg op de juiste plek

Meer dan alleen transitie- en frictiekosten

58410 | 1 juni 2018

Berenschot

Zorg op de juiste plek

Meer dan alleen transitie- en frictiekosten

Maarten Adelmeijer
Marrit van Baalen (RebelGroup)
Peter Bosman
Sander Steenstraten
Merel Carp

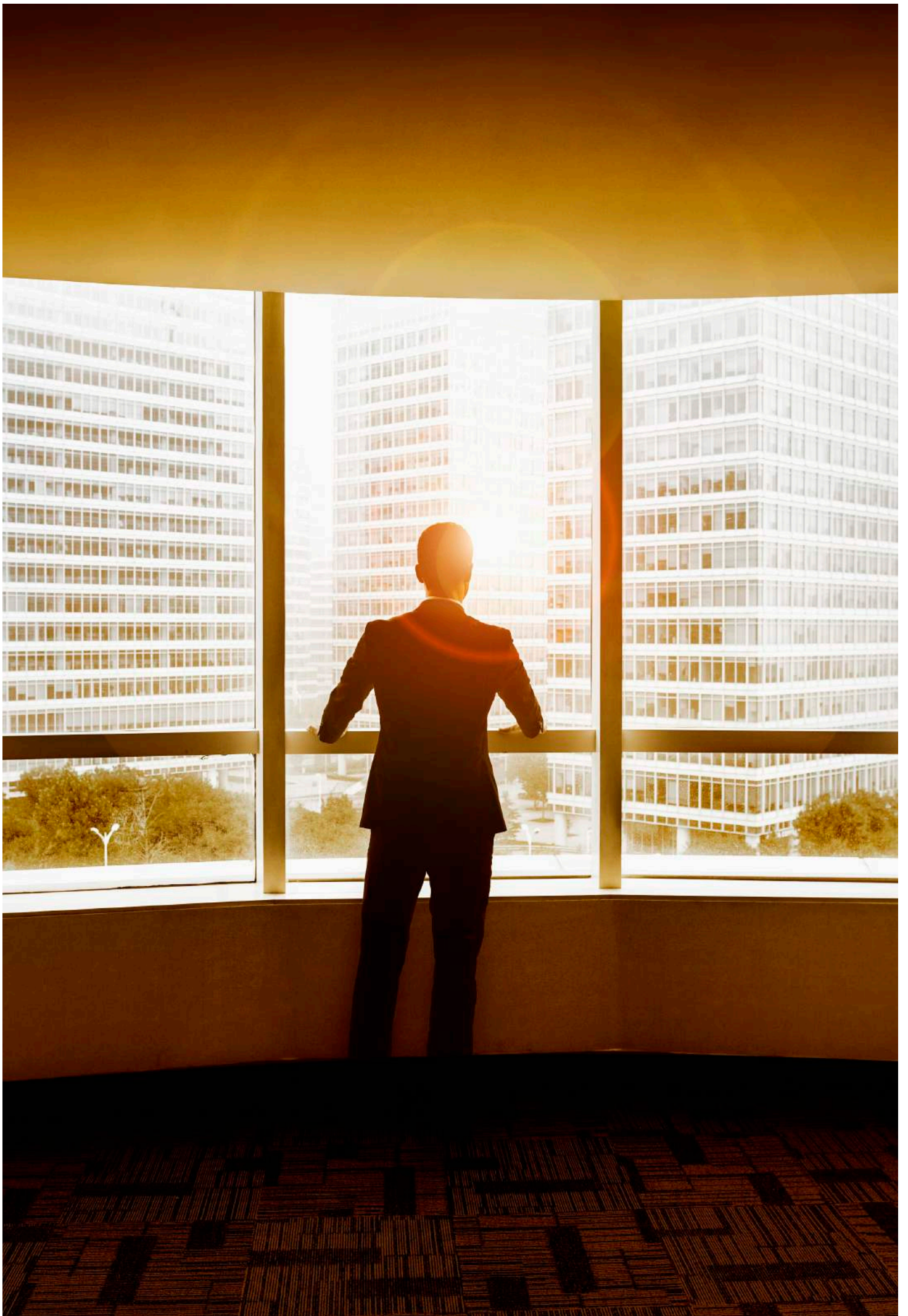
58410 | **1 juni 2018**

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	6
Concrete stappen	8
Handvatten voor afspraken in de regio	9
1. Inleiding	10
1.1 Aanleiding.....	11
1.2 Opdracht aan Berenschot.....	11
1.3 Scope.....	11
2. Zorg op de juiste plek	12
2.1 De aanloop van de beweging ‘zorg op de juiste plek’.....	13
2.2 Waarom ‘zorg op de juiste plek’?.....	14
2.3 Hoe wordt ‘zorg op de juiste plek’ in de praktijk vormgegeven?.....	14
2.4 Het zorgsysteem als (voorlopig) gegeven	16
3. Factoren die verplaatsingen in de praktijk belemmeren of helpen.....	18
3.1 Verplaatsingen naar van zorg naar de juiste plek worden belemmerd als.....	19
3.2 Verplaatsingen van zorg naar de juiste plek lukken vaker als.....	22
4. Landelijk referentiekader en regionaal raamwerk.....	24
4.1 Landelijk referentiekader voor ‘zorg op de juiste plek’.....	26
4.2 Regionaal raamwerk voor ‘zorg op de juiste plek’	26
5. Handvatten voor financiële afspraken tussen regionale partijen.....	28
5.1 Naar een passende definitie voor ‘zorg op de juiste plek’	30
5.2 Omvang transitiekosten.....	31
5.3 Omvang frictiekosten	31
5.4 Voorkomen, accepteren of compenseren van frictiekosten.	32
5.5 Advies: randvoorwaarden voor compensatie van transitie- en frictiekosten.....	34
5.6 Compensatie van transitie- en frictiekosten als onderdeel van de regionale afspraken.....	34
Bijlagen	
Bijlage 1. Artikel Zorgvisie, 10 april 2018	37
Bijlage 2. Bibliografie.....	38
Bijlage 3. Geïnterviewde partijen	40

Management- samenvatting





Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid zijn belangrijke doelstellingen binnen ons zorgstelsel. 'Zorg op de juiste plek' kan daaraan een belangrijke bijdrage leveren. In het huidige stelsel komt dat moeizamer tot stand dan gewenst. Hiervoor worden in de praktijk meerdere oorzaken genoemd; een hiervan betreft transitie- en frictiekosten. Ook de terughoudendheid van partijen om omzet (plafond en/of aanneemsom) over te dragen speelt een belangrijke rol.

Deze transitie- en frictiekosten blijken relevant te worden bij een verplaatsing van zorg ter grootte van meerdere procenten van de totale omzet van de latende partij. De frictiekosten betreffen met name afbouw van vastgoed en overhead bij de latende partij, die gemiddeld ongeveer 30% van de totale kosten bedragen. De transitiekosten betreffen eenmalige kosten voor projectuitvoering en innovatie.

Om de transitie naar 'zorg op de juiste plek' te versnellen, is een landelijke richtinggevende visie op concentratie en spreiding van ziekenhuiszorg wenselijk. Immers het realiseren van 'zorg op de juiste plek' vergt, naast spreiding van zorg (dichter bij de patiënt), ook ver(der)gaande concentratie (bundeling van expertise en toename van doelmatigheid). Eventuele impopulaire maar noodzakelijke keuzes in de regio's krijgen dan landelijke steun.

Wij adviseren zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de regio meerjarenafspraken te maken over de aard van de over te dragen activiteiten, het volume daarvan en het moment waarop de overdracht gerealiseerd moet zijn. De zorgverzekeraar(s) die in de regio een groot marktaandeel hebben, kunnen daarin een voortrekkende rol vervullen.

De afspraken beginnen met het in kaart brengen van effect op kwaliteit, kosten en volumes voor alle betrokken partijen. Vervolgens kunnen afspraken gemaakt worden over dekking van significante transitie- en frictiekosten noodzakelijk om de verplaatsing op gang te brengen. Het verlengen van de periode van afbouw van het budget kan daaraan een bijdrage leveren. In combinatie hiermee kunnen concrete afspraken gemaakt worden over afbouw van kosten. Daarmee worden afspraken over vergoeding van transitie- en frictiekosten onderdeel van de contractering tussen verzekeraar en zorgaanbieder in de regio.

Concrete stappen

- Breng in de regio significante financiële effecten (omzet en kosten) van eventuele verplaatsingen van 'zorg naar de juiste plek' tripartite/met alle partijen in kaart
- Maak wanneer er sprake is van een positieve maatschappelijke businesscase (kwaliteit en kosten) afspraken over wie welke zorg gaat leveren en wie welke rol in de keten dan wel het netwerk heeft.
- Maak als zorgverzekeraar met aanbieders desgewenst meerjarenafspraken om de transitie te ondersteunen.
- Wanneer aanbieders in een regio door een ondergrens van minimaal noodzakelijke capaciteit zakken, bepaal dan hoe daarmee om te gaan (spreiding kan niet zonder concentratie) en pas de financiering daarop aan.
- Wanneer er in de te verplaatsen zorg een historische disbalans zit tussen de werkelijke kosten en de prijs, of als bij de verplaatsing verrichtingen met een relatief ongunstige tarief-kostenverhouding achterblijven, stel dan een concreet actieplan op hoe tot een oplossing te komen en pas de financiering daarop aan.
- Vergoed kosten voor innovatie en projectontwikkeling (eenmalige kosten) waarvoor (nog) geen vergoeding is via reguliere productie of andere innovatiebudgetten. Kosten voor bijvoorbeeld opbouwen centrale structuur voor ondersteuning, implementeren van e-health en EPD-aanpassingen,
- Doe alles om transitie- en frictiekosten te vermijden: personeel van werk naar werk, alternatieve aanwending vastgoed, apparatuur naar verkrijgende partij enz.
- Vergoed alleen de significante reële onvermijdbare transitie- en frictiekosten (vervroegde afschrijvingen, afbouw overhead, omstelkosten, eventueel afvloeiingsregeling).

Handvatten voor afspraken in de regio

Om te komen tot afspraken in de regio is het zinvol de volgende kostencategorieën te onderscheiden:

- Eenmalige kosten voor projectuitvoering en innovatie, ook wel transitiekosten genoemd
 - Betreft eenmalige kosten voor projectuitvoering en innovatie die gemaakt moeten worden om te komen van de oude naar de nieuwe situatie en die niet gefinancierd worden in het kader van de productie.
 - *Bijvoorbeeld: programmamanager, ontwerpen samenwerking en bedrijfsprocessen, onderzoek businesscase, verhuiskosten, overbrengen van data van het ene ICT-systeem naar het andere ICT-systeem.*
- Kosten samenhangend met afbouw van bestaande capaciteit, ook wel frictiekosten genoemd
 - Hiermee worden de kosten samenhangend met afbouw van bestaande capaciteit bedoeld die met het wegvallen van de betreffende productie niet meer gedekt worden door inkomsten, maar nog wel (tijdelijk) aanwezig zijn.
 - *Bijvoorbeeld: afschrijving van apparatuur, vastgoed, kosten voor beëindigen van contracten voor medische apparatuur of vastgoed, , afvloeiing van personeel. Zorgaanbieders geven aan dat vooral de frictiekosten de verschuivingen in het kader van 'zorg op de juiste plek' in de weg staan.*

Nadat de kosten samenhangend met de beweging in beeld zijn gebracht, kan er bepaald worden hoe hiermee om te gaan. Belangrijk is deze kosten indien mogelijk eerst te voorkomen en daarna pas te accepteren en eventueel te compenseren; nadrukkelijk in die volgorde.

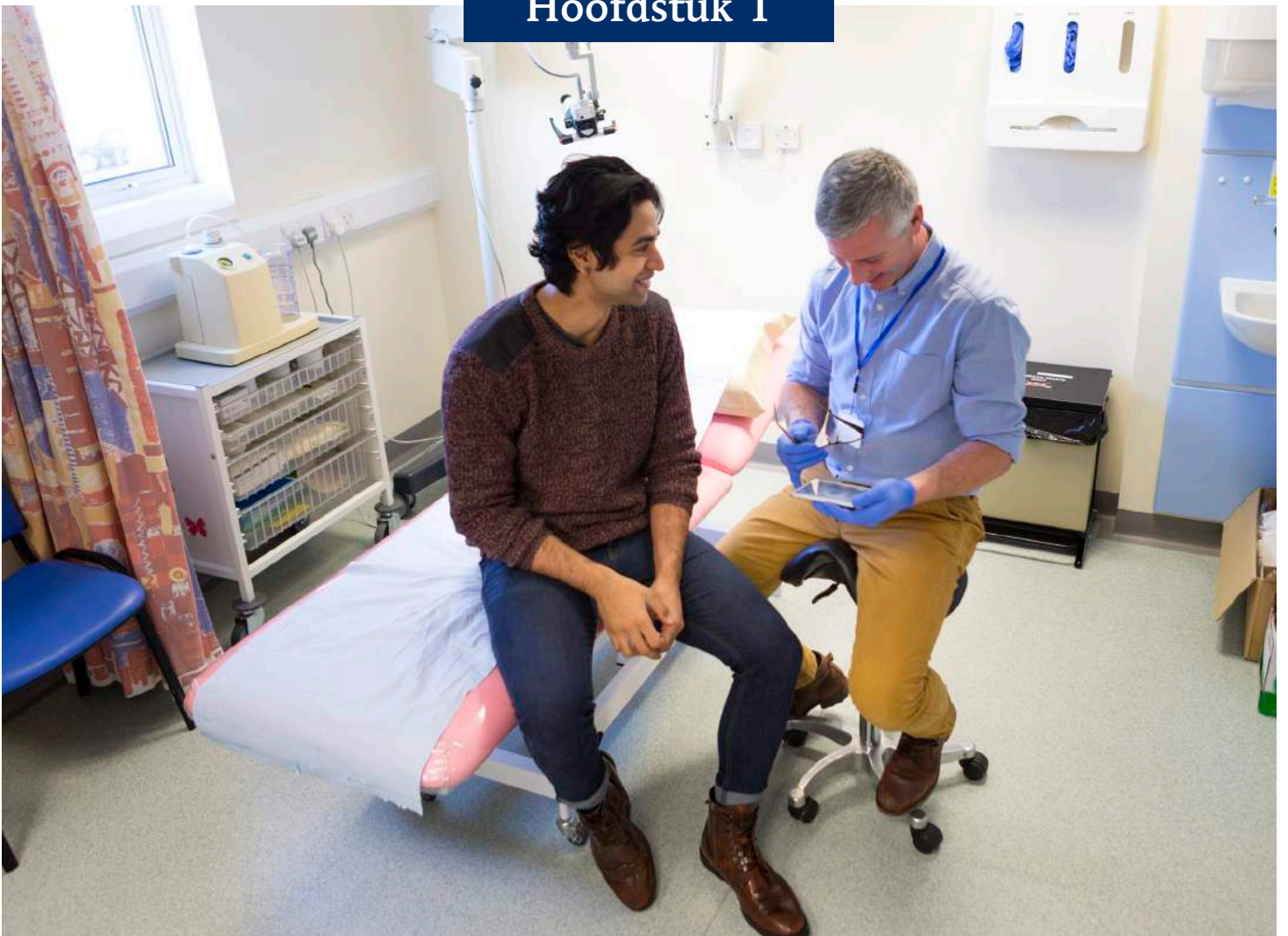


Het volgende overzicht biedt een handvat om in de regio tot regionale afspraken te komen:

1. Een businesscase die inzicht biedt in kwalitatieve en financiële effecten voor alle partijen:
 - a. overdracht verrichtingen
 - b. afbouw omzet(plafond)
 - c. afbouw kosten
 - d. transitiekosten
 - e. voorkomende maatregelen
 - f. frictiekosten na maatregelen
 - g. 0-meting.
-
2. Latende en verkrijgende partij doen alles om transitie- en frictiekosten te beperken, wanneer mogelijk gezamenlijk te beslechten en hebben dit vastgelegd in concrete onderlinge afspraken over:
 - a. overdracht verrichtingen
 - b. overdracht omzet
 - c. frictiekosten
 - d. middellangetermijnzekerheid (afbouw in drie tot vijf jaar)
 - e. afbouw kosten bij latende partij.
 3. De kosten die de zorgaanbieder(s) opvoeren voor compensatie:
 - a. komen voort uit maatregelen ten behoeve van 'zorg naar de juiste plek'
 - b. hangen samen met een beweging die op macroniveau tot een besparing leidt
 - c. hangen samen met maatregelen die noodzakelijk zijn om de beweging te realiseren
 - d. volgen na verdisconteringen voor macrotrends in prijs en volume (zoals prijsinflatie)
 - e. dragen bij aan het creëren van een nieuwe stabiele situatie
 - f. zijn proportioneel ten opzichte van de omvang van de verschuiving
 - g. zijn onvermijdbaar (met andere woorden: na toepassen van algemene voorkomende maatregelen).
 4. Voorts zijn de volgende typen compensatie mogelijk:
 - a. Project- en innovatiekosten voor ontwikkeling beweging.
 - b. Frictiekosten samenhangend met afbouw van capaciteit bij latende partij. Hiervoor geldt aanvullend dat het een significante omzetsdaling betreft (> 2% van totale omzet van de instelling).
 5. Voor zowel de overgaande productie als voor de achterblijvende productie moeten reële tarieven worden afgesproken, opdat een nieuwe stabiele situatie ontstaat. Hierbij kan bijvoorbeeld rekening worden gehouden met een hogere gemiddelde kostprijs voor achterblijvende verrichtingen.

Inleiding

Hoofdstuk 1



1.1 Aanleiding

Naar verwachting wordt in mei 2018 een nieuw hoofdlijnen-akkoord medisch-specialistische zorg 2019 - 2022 afgesloten. Om dit mogelijk te maken, werken partijen¹ aan de afspraken zoals deze zijn geformuleerd in het Addendum 2018 (Rijks-overheid, 2018). Een afspraak is te komen tot een actieplan voor onder andere het specifieke thema 'zorg op de juiste plek'.

In Nederland hebben we ons ten doel gesteld samen de 'kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid' van de zorg te borgen. Een van de manieren om dat te doen is waar mogelijk 'zorg te verplaatsen' naar de 'juiste' plek. De plek waar - bij gelijk-blijvende kwaliteit - de zorg goedkoper is of waar de kwaliteit hoger is, terwijl de maatschappelijke kosten gelijk blijven.

Het verplaatsen van zorg naar de juiste plek brengt soms echter (eerst) extra kosten met zich mee. Deze kosten moeten natuurlijk zo laag mogelijk worden gehouden, maar waar deze niet te vermijden zijn, mogen zij geen belemmering vormen voor de uiteindelijke verplaatsing van de zorg. Zo nodig moet er voor deze zogenaamde transitie- of frictiekosten een passende oplossing gevonden worden.

Om hierin stappen te zetten, hebben de genoemde partijen Berenschot gevraagd onderzoek en advies te geven.

1.2 Opdracht aan Berenschot

Berenschot is gevraagd een onderzoek uit te voeren naar de wijze waarop beleidsmatig (landelijk) en regionaal omgegaan kan worden met de organisatorische en financiële effecten van het verplaatsen van zorg 'naar de juiste plek' (wat deze plek ook is). Daarbij is gevraagd te focussen op de verplaatsingen in het kader van 'zorg op de juiste plek' binnen de medisch specialistische zorg tussen de derde en tweede lijn (ziekenhuizen en zelfstandige klinieken) en de verplaatsing van de medisch specialistische zorg naar de eerste lijn en de nulde lijn (zelfzorg).

Voor dit onderzoek zijn de volgende subvragen geformuleerd:

- Welke typen transitie- en frictiekosten ontstaan er bij 'zorg op de juiste plek'?
- Hoe wordt in het land omgegaan met organisatorische en financiële transitie- en frictiekosten?
- Hoe kan worden omgegaan met deze transitie- en frictiekosten om de zorg naar de juiste plek te verplaatsen?
- Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan?

Voorafgaand aan de start van het onderzoek zijn daarbij drie doelen geformuleerd.

1. Komen tot een voor het veld herkenbaar generiek raamwerk voor de analyse van transitie- en frictiekosten dat men kan gebruiken bij regionale/lokale onderhandelingen tussen partijen. Zo'n raamwerk biedt de partijen een gezamenlijk referentiekader. De definities van transitie- en frictiekosten zijn uitgewerkt in paragraaf 5.1. Het referentiekader vindt u in paragraaf 4.1, het raamwerk in paragraaf 4.2.
2. Aan de hand van dit referentiekader komen tot handvatten waarmee de regionale/lokale partijen direct met elkaar aan de slag kunnen om te komen tot afspraken over de transitiekosten bij het 'verplaatsen van de zorg naar de juiste plek'. De handvatten vindt u in hoofdstuk 5.
3. Advies geven aan de stakeholders over de voorkeursvarianten waarmee eventuele belemmeringen voor het 'verplaatsen van de zorg naar de juiste plek' weggenomen kunnen worden. Dit advies vindt u in paragraaf 5.5 en paragraaf 5.6.

1.3 Scope

In Nederland bepalen medisch specialisten voor een belangrijk deel hoe en of de kwaliteit van de zorg geborgd wordt. Daarbij zijn zij steeds (meer) bereid na en mee te denken over verplaatsingen van zorg naar daar waar het 'goedkoper' en beter voor de patiënt is, zo blijkt uit de vele berichten van laatste tijd. In de praktijk ondernemen medisch specialisten al vaak actie om de verplaatsingen van zorg naar de juiste plek te realiseren. De kwalitatieve keuzes van hen voor verplaatsingen van zorg naar de juiste plek zijn bij dit onderzoek als een gegeven gehanteerd en vallen buiten scope van dit onderzoek. Dit onderzoek focust op verzoek van de opdrachtgever(s) op de medische specialistische zorg in de keten van derde en tweede lijn (ziekenhuizen en zelfstandige klinieken) en eerste en nulde lijn. Het 'verplaatsen van de zorg naar de juiste plek' gaat vaak 'over de schotten' van de verschillende wetten (Zvw, Wlz, Wmo) heen. Bekend is dat veel relevante verplaatsingen van 'zorg naar de juiste plek' juist ook gerealiseerd wordt tussen ziekenhuizen en verpleeghuizen/ELV/GRZ instellingen en wijkverpleging. Vanwege hiervoor genoemde focus zijn die verplaatsingen op verzoek van de opdrachtgever in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten. Focus ligt op de voorbereiding van het hoofdlijnen akkoord medisch-specialistische zorg. Kosten die door brancheorganisaties, beroepsverenigingen en patiëntenorganisaties et cetera gemaakt (moeten) worden om bij de verplaatsing van zorg naar de juiste plek te ondersteunen, zijn in dit onderzoek ook buiten beschouwing gelaten. Het onderzoek richt zich op transitie- en frictiekosten, deze vallen *binnen* de scope van dit onderzoek. 'Normale' bedrijfsvoeringskosten vallen in lijn met de gehanteerde definities *buiten* de scope van dit onderzoek. Deze definities worden uitgewerkt in paragraaf 5.1.

¹ Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Patiëntenfederatie Nederland, Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Federatie Medisch Specialisten (FMS), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN).

Zorg op de juiste plek

Hoofdstuk 2



2.1 De aanloop van de beweging 'zorg op de juiste plek'

Hierna is in vogelvlucht een beeld geschetst van de ontwikkelingen in het kader van 'zorg op de juiste plek'.

- Het Ministerie van VWS sprak in 2009 voor het eerst over zorg op de juiste plek in het kader van zorgvraaggerichte bekostiging in de keten Acute zorg (Rijksoverheid, 2009).
- Het jaar daarna (2010) organiseerde de NVZ een conferentie over het bevorderen van concentratie en spreiding van zorg, met als doel betere, veiligere en doelmatigere ziekenhuiszorg. De NVZ raadde hierbij aan dat ziekenhuizen zich richtten op specialisatieafspraken tussen ziekenhuizen, concentraties in de ziekenhuiszorg en ketenzorg (bijvoorbeeld ziekenhuis-thuiszorg) (NVZ, 2010).
- In 2011 spreekt het ministerie over zorg 'dichtbij en onder eigen verantwoordelijkheid waar mogelijk, specialisatie waar dat moet, concentratie waar het echt niet anders kan' (Schipers (VWS), 2011).
- In hetzelfde jaar wordt in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015 tussen ZN, NVZ, NFU, ZKN en VWS gesproken over substitutie van zelfzorg, eerstelijns- (zorg in de buurt), tweedelijns- en derdelijnszorg (NVZ, NFU, ZKN, ZN, Ministerie van VWS, 2011).
- Het Ministerie van VWS heeft hierna de NZa verzocht (februari 2012) een uitvoeringstoets te doen over de mogelijkheden en knelpunten in de bekostiging van zorg in relatie tot substitutie tussen de eerste en tweede lijn (Ministerie van VWS, 2012). Hier is het rapport Substitutie - Huisartsenzorg en ziekenhuiszorg op de juiste plek uit voortgekomen (NZa, 2012).

De NZa geeft in dit rapport aan onder substitutie te verstaan:

"... het doelbewust en doelgericht vervangen van een (deel van een) bestaande voorziening door een (deel van een) andersoortige voorziening, waarbij de oorspronkelijke functie vervuld blijft worden en wel voor een vergelijkbare patiëntenpopulatie. De veronderstelling is daarbij dat substitutie doelmatigheidswinst oplevert onder gelijkblijvende of betere

kwaliteit." (NZa, 2012)

- De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft in 2011 aangekondigd vanaf 2012 volumennormen in te voeren voor medisch specialistische zorg (Skiper redactie, 2011). De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) en de Nederlandse Vereniging voor Urologie hebben in 2011 minimumaantallen voor hoog complexe behandelingen gepubliceerd (Adviescommissie Richtlijnen, 2011).

Eind 2012 publiceerde ook Stichting Oncologische Samenwerking (SONCOS) multidisciplinaire normen voor de oncologie (Broersen, 2012). De opgestelde normen hebben een beweging op gang gebracht waarbij concentratie van zorg als middel wordt gebruikt om een hoger behandelvolume te behalen (Zuiderent-Jerak T, 2012). De ontwikkeling heeft zich onder andere voorgedaan bij het tot stand komen van de samenwerking van chirurgen van het BovenIJ ziekenhuis, OLVG en Sint Lucas Andreas Ziekenhuis en de samenwerking tussen het Máxima Medisch Centrum en het Catharina-ziekenhuis voor een hemofliebebehandelcentrum in Eindhoven (Zuiderent-Jerak T, 2012).

- Zorg op de juiste plek, gericht op het concentreren van complexe zorg en het substitueren van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn, is in 2014 een van drie pijlers op Kwaliteits en Doelmatigheids (K&D)-agenda van VWS (NPCF, OMS, NVZ, ZKN, NFU, ZN en VWS, 2014). FMS en LHV hebben de handreiking substitutie gepubliceerd (www.demedischspecialist.nl/substitutie februari 2017).
- OECD-rapport (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Netherlands: Country Health Profile 2017 blz. 15) concludeert: "The expectations for hospital specialisation, substitution of primary for secondary care and care integration require mutual trust and harmonious collaboration, which do not sit easily with market mechanisms."
- Op de website www.zorgopdejuisteplek.nl wordt gesproken over 'zorg op de juiste plek' als belangrijke beweging voor de kwaliteit en betaalbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg: "De verschuiving van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn kan namelijk een belangrijke bijdrage leveren aan de betaalbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg. Bovendien biedt 'de juiste zorg op de juiste plek' meer mogelijkheden voor zorg op maat, dichtbij de patiënt. Zo bevordert dit ook de kwaliteit van onze zorgverlening."

In 2018 is er door verschillende belanghebbende partijen² een nieuwe, gezamenlijke aanpak ontwikkeld, waarbij € 75 mln. binnen de beschikbare middelen gereserveerd is voor substitutie. Dit geld kan gebruikt worden voor initiatieven van zorgaanbieders waarin ziekenhuiszorg wordt verplaatst en hierover afspraken zijn gemaakt met een zorgverzekeraar (NVZ, 2017). De transitie naar 'zorg op de juiste plek' heeft dus al een veel langere aanloop. De betrokken partijen willen met het actieplan hier nu een versnelling aangeven.

² Eerstelijnszorgverleners en organisaties, medisch specialisten, ziekenhuizen, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars, de NZa en het Ministerie van VWS.

2.2 Waarom 'zorg op de juiste plek'?

De zorg is continu in ontwikkeling: ziektebeelden veranderen, Nederland vergrijs, techniek verandert, e-health komt steeds algemener beschikbaar en de zorg wordt nog steeds beter. Tegelijkertijd staan we samen voor de uitdaging om de collectieve uitgaven aan de zorg in de hand te houden. We vragen steeds meer van de zorg en kostenoverschrijdingen op (de in het regeerakkoord geraamde groei van) het Budgettair Kader Zorg (BKZ) zijn eerder regel dan uitzondering.

Om met deze veranderingen en uitdagingen om te gaan, wordt ingezet op de transitie 'zorg op de juiste plek'. Daarmee wordt beoogd de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg in Nederland te behouden of (waar nodig) te verbeteren en de *betaalbaarheid* ervan te borgen.

Zoals de FMS ook formuleert: zorg moet geleverd worden door de juiste zorgverlener (de zorgverlener die over de juiste competenties beschikt) op de juiste plek (waar de juiste faciliteiten beschikbaar zijn om goede zorg te leveren) waarbij de basiszorg zo veel mogelijk dicht bij huis geleverd wordt, maar waarbij gespecialiseerdere zorg verder weg zo nodig beschikbaar is. De juiste zorg op het juiste moment (toegankelijkheid en kwaliteit van zorg) dient gewaarborgd te blijven, waarbij de zorg daar wordt uitgevoerd tegen eenzelfde of lager tarief kan worden uitgevoerd en met minimaal dezelfde kwaliteit. (FMS, z.d.)

Kwaliteit van de zorg gaat, naast het verbeteren van samenwerking en het (indien nodig) eerder doorverwijzen van eerste naar tweede lijn, ook om bijvoorbeeld het vergroten van de (beschikbare) expertise (bundelen van expertise) en de patiëntgerichtheid (dezelfde zorg dicht bij (of in) huis).

Bij *toegankelijkheid* gaat het om de beschikbaarheid van minimaal noodzakelijke zorg in de regio te behouden (reisafstand en aanrijtijden) of waar nodig te vergroten (reduceren wachtlijsten).

Bij *betaalbaarheid* gaat het om het leveren van dezelfde zorg tegen lagere kosten of meer zorg tegen dezelfde kosten³.

³ Natuurlijk kan het verplaatsen van zorg naar de juiste plek om hogere kwaliteit te leveren ook soms hogere kosten met zich meebrengen, bijvoorbeeld als er doorverwezen of 'opgeschaald' moet worden. Vanwege de scope van dit onderzoek is deze verplaatsing buiten scope gehouden.

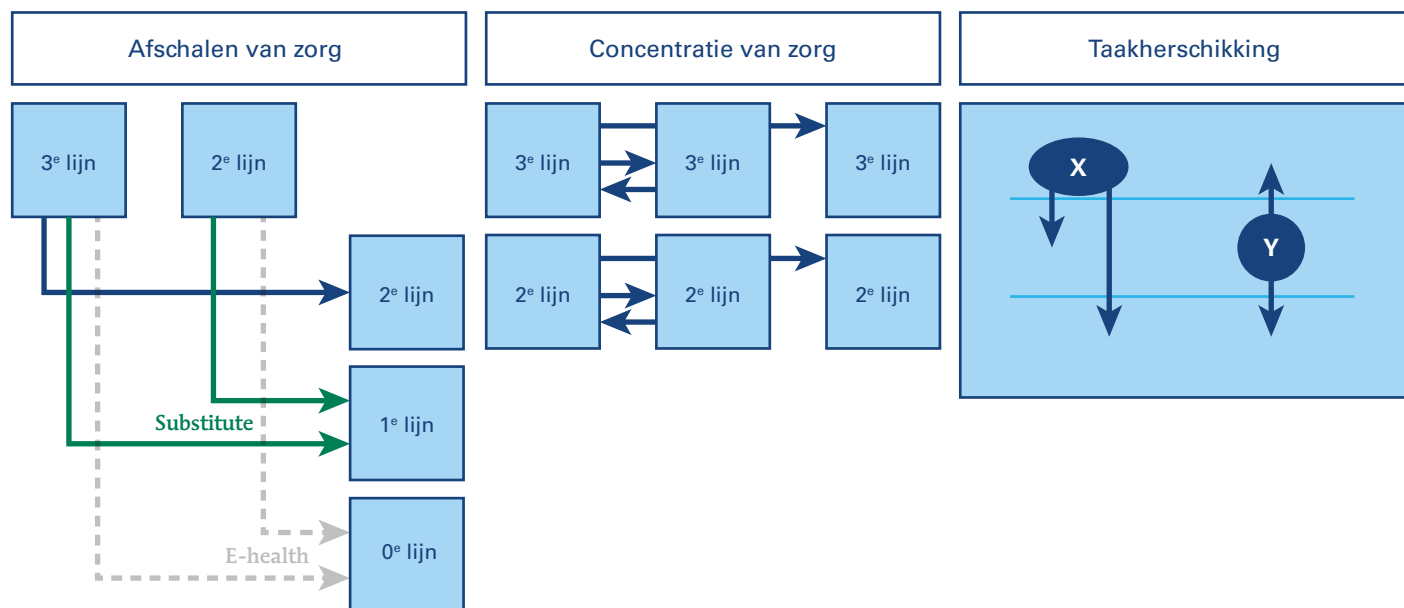
2.3 Hoe wordt 'zorg op de juiste plek' in de praktijk vormgegeven?

Wanneer men in de praktijk spreekt over de verplaatsingen naar 'zorg op de juiste plek' gebruikt men veelal de term substitutie. Dan wordt specifiek bedoeld de verplaatsing van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Soms bedoelt men echter ook taakherschikking. Taakherschikking is de term die gebruikt wordt wanneer het gaat om een structurele herverdeling van taken tussen verschillende beroepsgroepen (meestal binnen een organisatie of een samenwerkingsverband) (FMS, z.d.). In de praktijk zijn vele vormen van deze verplaatsingen naar 'zorg op de juiste plek' zichtbaar. Steeds vaker wordt 'zorg op de juiste plek' echter ook gebruikt als het gaat om concentratie van zorg waarbij verplaatsing van zorg bijvoorbeeld onder druk van het realiseren van volumennormen gerealiseerd wordt. Onder de noemer 'zorg op de juiste plek' vallen dus vele vormen van verplaatsingen.

In dit rapport wordt de volgende indeling gehanteerd:

- Afschalen van zorg:
 - Van derde naar tweede lijn.
 - Van tweede (of derde) lijn naar eerste lijn⁴.
 - Van tweede naar nulde lijn of anderhalve lijn (inzet van e-health).
- Concentratie van zorg:
 - Van tweede naar tweede lijn (van ziekenhuis naar zelfstandige kliniek of een meer 'focused factory').
 - Van derde (of tweede) naar derde lijn (zoals de kinderoncologie of vanwege volumennormen).
- Taakherschikking:
 - Het structureel herverdelen van taken inclusief verantwoordelijkheden tussen verschillende beroepen. Bijvoorbeeld van een medisch specialist naar een physician assistant of een verpleegkundig specialist.

⁴ Waarbij wel de verwijzing naar tweede lijn dan wel het kunnen opschalen geborgd moet zijn.



Figuur 1. Vormen van zorg op de juiste plek.

In de praktijk zijn al veel verplaatsingen van 'zorg naar de juiste plek' gerealiseerd. Elke verplaatsing brengt uitdagingen met zich mee. Onafhankelijk van het soort verplaatsing, het is van belang dat de kwaliteit van zorg geborgd wordt.

2.3.1 Afschalen van zorg

Afschalen van zorg betreft het 'waar mogelijk verschuiven van zorg naar een lager echelon waar de kwaliteit hetzelfde is, of soms zelfs beter'. De gedachte is dat de zorg daarmee ook beter gespreid wordt. Het gaat om verplaatsingen van zorg:

Er zijn op veel plekken afspraken gemaakt om zorg *af te schalen* van tweede lijn naar eerste lijn. Zo nemen huisartsen (delen van) de ketenzorg diabetes en COPD over van medisch specialisten. Ook wordt op verschillende plekken in Nederland tweedelijnszorg vanuit een academisch centrum verplaatst naar een algemeen of topklinisch ziekenhuis.

Medisch specialisten en zorgorganisaties werken aan de inzet van e-health. Daarmee wordt het mogelijk om patiënten als dat nodig is vanuit de tweede lijn in de nulde of anderhalve lijn te ondersteunen. Steeds meer zorg vindt dichterbij of in de thuissituatie plaats.

2.3.2 Concentratie van zorg

Dit betreft het daar waar nodig concentreren van zorg binnen een echelon (tweede of derde lijn) of incidenteel zelfs te verschuiven naar een hoger echelon. De gedachte is dat zorg daarmee nog beter wordt (benut).

Al veel langer zijn er *concentratiebewegingen* zichtbaar. Eerst op eigen (vrijblijvend) initiatief van medisch specialisten, soms als reactie op 'kansen' in het B-segment (NVZ, z.d.). Later zijn ook concentratiebewegingen 'afgedwongen' door zorgverzekeraars via de door de beroepsgroepen opgestelde volumennormen. Deze bewegingen zetten door. Sinds enkele weken, mogelijk in aanloop naar het opstellen van de hoofdlijnsakkoorden, is er weer veel berichtgeving over nieuwe initiatieven.

Heel vaak betreft het verplaatsingen van zorg van het ene tweedelijnsziekenhuis naar het andere. Soms betreft het ook verplaatsingen van zorg van een ziekenhuis naar een categoriaal ziekenhuis, een zelfstandige kliniek of naar een meer 'focused factory'. De laatste jaren is er ook steeds vaker sprake van verplaatsing van zorg tussen academische ziekenhuizen of van algemene of topklinische ziekenhuizen. Het betreft hier ook concentratie van zorg. De verplaatsingen van de kinderoncologie naar het Prinses Máxima Centrum of de verplaatsing van zorg binnen het RAKU zijn daar voorbeelden van.

2.3.3 Taakherschikking

Dit betreft het daar waar mogelijk de zorg binnen een organisatie door andere beroepen te laten uitvoeren, mits de kwaliteit geborgd is. De gedachte is dat de zorg met behoud van kwaliteit daarmee goedkoper wordt.

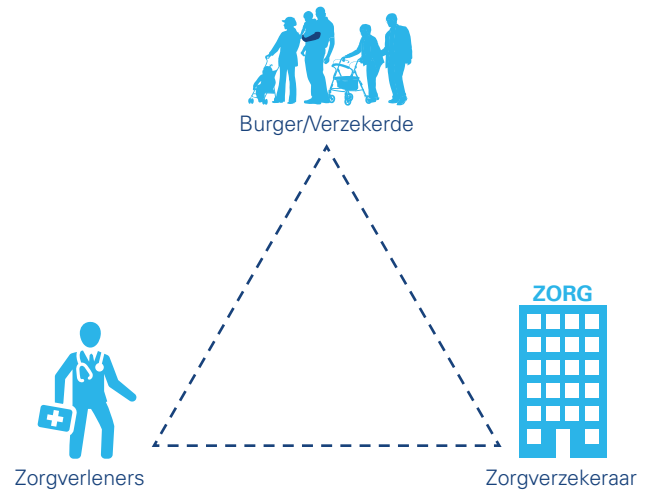
Taakherschikking kan beschouwd worden als een vorm van *afschalen van zorg*, maar het betreft specifiek een structurele herverdeling van taken inclusief verantwoordelijkheden tussen verschillende beroepsgroepen zoals van een medisch specialist naar bijvoorbeeld een verpleegkundig specialist of physician assistant (V&VN, 2015) binnen dezelfde organisatie. Een ander voorbeeld van taakherschikking is de overdracht van taken van een oogarts naar een optometrist (Nivel, 2012).

Taakherschikking heeft als doel de zorg toegankelijk te houden of meer toegankelijk te maken, daar waar de kwaliteit geborgd blijft, en waarbij deze goedkoper geleverd kan worden.

2.4 Het zorgsysteem als (voorlopig) gegeven

Bij de totstandkoming van verplaatsingen van 'zorg naar de juiste plek' heeft het zorgveld te maken met het zorgsysteem zoals dat nu is ingericht en functioneert.

De besteding van MSZ-middelen is aan de zorgverzekeraars



Sinds de invoering van de Zvw in 2006 is de uitvoering ervan door VWS belegd bij 'concurrerende' zorgverzekeraars en zorgaanbieders, en is er sprake van een zogenaamde gereguleerde marktwerking (zie ook figuur) (Ministerie van VWS, 2016). Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht: zij moeten garanderen dat de zorg die in het basispakket zit beschikbaar is voor al hun verzekerden. Individuele zorgverzekeraars kunnen dit doen door op basis van de reële zorgvraag in de lokale/regionale situatie contractafspraken te maken met zorgaanbieders. Met het totaal van deze afspraken 'besteden' de zorgverzekeraars de in Nederland beschikbaar gestelde middelen voor medisch specialistische zorg.

Het Budgettair Kader Zorg staat 'vast' en veel partijen handelen alsof ook de uitgaven aan MSZ bij een individuele zorgaanbieder 'vast' staan

Met het ondertekenen van het hoofdlijnenakkoord 2018 door de minister van VWS en zorgpartijen⁵ is ingezet op de combinatie van uitgavenbeheersing (maximale effectieve groei 1,4%) en verdere kwaliteitsverhoging in de zorg (Rijksoverheid, 2017). Ter vergelijking: voor de periode 2014-2017 was een jaarlijkse stijging van 1% afgesproken. Zoals aangegeven in het addendum bij dit hoofdlijnenakkoord betreft de genoemde 1,4% het landelijk maximum groeipercentage (Minister van VWS, NVZ, NFU, Patiëntenfederatie Nederland, ZKN, FMS en ZN, 2017). De insteek is dit mede te realiseren door in te zetten op 'de juiste zorg op de juiste plek' via onder meer verplaatsing van medisch-specialistische zorg naar huisartsenzorg (ZOJP, 2018). Met de ondertekening van het hoofdlijnenakkoord 2018 hebben de veldpartijen zich daaraan gecommitteerd. Dit is daarmee het kader waarbinnen de verplaatsingen van zorg naar de juiste plek moeten plaatsvinden. Het landelijke groeipercentage zegt niet iets over de groeimogelijkheden van een individuele zorgaanbieder.

De zorgverzekeraars vertalen het budgettair kader door naar inkoopafspraken per instelling

Het maximum groeipercentage van 1,4% is een landelijk cijfer; zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken echter lokale/regionale afspraken. Dit betekent dat- via de contractering - de volumegroei in sommige ziekenhuizen en klinieken hoger kan zijn dan het genoemde landelijke groeipercentage, en andere ziekenhuizen of klinieken op een lager groeipercentage (of zelfs krimp) kunnen uitkomen. De beleving van zorgaanbieders is nog wel dat zorgverzekeraars het landelijke budget vertalen naar budgetplafonds per instelling.

Budgetten veranderen nog nauwelijks: er zijn nog onvoldoende incentives om zorg te verplaatsen

De Algemene Rekenkamer concludeerde eind 2016 in het rapport Zorgakkoorden dat vooral de financiële afspraken uit de eerdere zorgakkoorden hebben bijgedragen aan de lagere uitgavengroei in de curatieve zorg (Rekenkamer, 2016). Zij geeft aan dat onwaarschijnlijk is dat inhoudelijke afspraken, bijvoorbeeld over verplaatsing van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn, hieraan een belangrijke bijdrage hebben geleverd.

Daar waar zorgpartijen in de derde en tweede lijn onderling een deel van de zorg substitueren maken ze in sommige gevallen onderling ook afspraken ('onderlinge dienstverlening') om dienstverlening die verplaatst wordt betaald te krijgen. Er is sprake van onderlinge dienstverlening als een zorgactiviteit (op verzoek van de hoofdbehandelaar) door een andere instelling of een andere medisch specialist (niet zijnde de hoofdbehandelaar) wordt geleverd. Deze afspraak is nodig omdat de uitvoerende zorgverlener zelf geen dbc-zorgproduct of overig zorgproduct mag declareren. Alleen de instelling waar de patiënt als 'eigen patiënt' onder behandeling is, mag een dbc-zorgproduct of overig zorgproduct in rekening brengen bij de zorgverzekeraar. Over het verplaatsen van gehele zorgtrajecten tussen zorgaanbieders hoeven onderling geen financiële afspraken gemaakt te worden. De declaratie kan dan gedaan worden door de ontvangende partij. Toch zijn er onvoldoende incentives om zorg te verplaatsen.

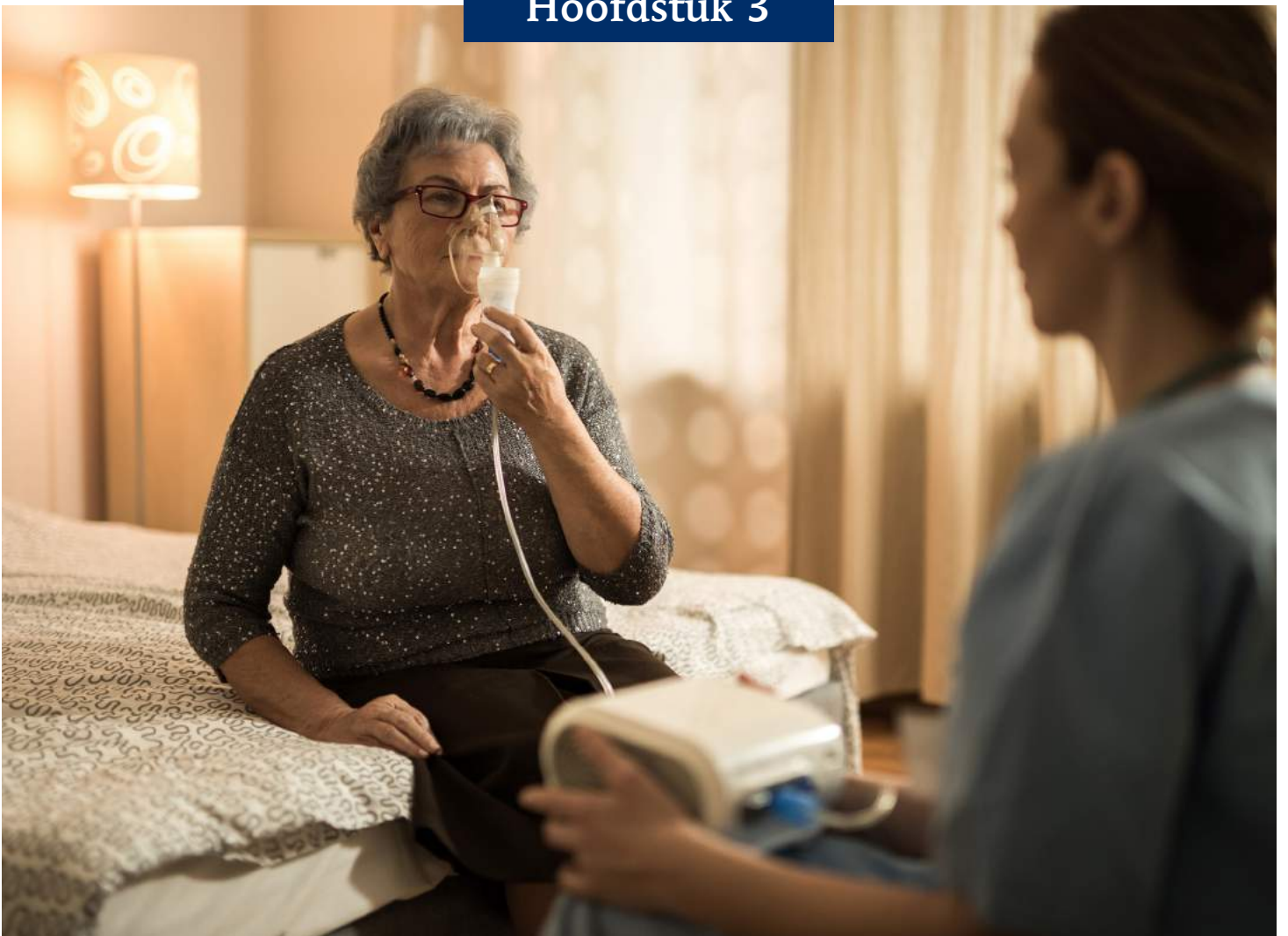
Mededingingsregels maken het moeilijk te overleggen om 'samen goedkoper' te worden

Zorgaanbieders willen samenwerken om goede en doelmatige zorg te leveren. Daarbij hebben zij in de gereguleerde markt te maken met mededingingsregels. De ACM wil daarvoor alle ruimte geven, maar sommige afspraken zijn niet in het belang van patiënten en beperken de concurrentie (ACM, z.d.). Binnen dit kader hebben zorgaanbieders in sommige gevallen moeite om die verplaatsingen te realiseren. Zij kunnen alleen overleggen over de inhoud van de zorg, maar mogen geen prijsafspraken maken om samen goedkoper te worden.

⁵ Op 21 april 2018 ondertekend door de minister van VWS en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Patiëntenfederatie Nederland, Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Federatie Medisch Specialisten (FMS), Zorgverzekeraars, Nederland (ZN) en Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN).

Factoren die verplaatsingen in de praktijk belemmeren of helpen

Hoofdstuk 3



3.1 Verplaatsingen naar van zorg naar de juiste plek worden belemmerd als...

Uit de interviews blijkt dat partijen in het algemeen niet geneigd zijn productie over te dragen als dit gepaard gaat met verlaging van omzet (omzetplafond en/of aanneemsom). Daarvoor worden diverse onderbouwingen aangedragen die hierna zijn weergegeven. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen de partij die zorg overdraagt, de latende partij, en de partij die zorg overneemt, de ontvangende partij.

...de latende partij niet bereid is omzet over te dragen

In het algemeen gaat de ontvangende partij ervan uit dat met het uitvoeren van de verrichtingen ook de bij die productie behorende omzet mee komt. Dan is de ontvangende partij meestal bereid de transitie te accommoderen. Dit ligt anders als het leveren van die extra zorg bijvoorbeeld op- of uitbouw van de centrale structuur voor ondersteuning vergt of het zorg betreft waarvoor nog geen financiering of declaratieregeling bestaat.

Praktijk is echter dat veel zorgaanbieders begroten op behoud of groei van omzet.

Ziekenhuizen hebben van doen met demografische ontwikkelingen, efficiencylagen en kostenontwikkelingen, en hebben hun bedrijfsplannen vaak afgestemd op groei, waardoor ze in praktijk veelal toewerken naar het realiseren van hun omzetplafond en begroten daarop, dit remt de verplaatsing.

De spanning bestaat erin dat de latende partij niet de met de verrichtingen gemoeide omzet meent te kunnen overdragen, de ontvangende partij meent wel de bij de verrichtingen behorende omzet te moeten krijgen, waardoor de verzekeraar geconfronteerd wordt met een hogere totale omzet.

Een verzekeraar geeft aan dat bij overgang van verrichtingen de latende partij aangeeft daarmee slechts 10% van de omzet te kunnen afstaan, de ontvangende partij geeft aan 100% van de omzet nodig te hebben, waarmee het omzet effect van de verplaatsing 90% duurder wordt.

...bij overdracht door een derdelijnsinstelling bij de ontvangende partij onvoldoende capaciteit aanwezig is of als de specialist die overdraagt te weinig verrichtingen overhoudt om zijn vaardigheden op peil te houden

Aanbieders die derdelijnszorg leveren hebben te maken met opwaartse druk op hun volumes als gevolg van vergrijzing en meer vraag naar hoog complexe zorg. Door die ontwikkeling wordt steeds meer gevraagd van personeel en faciliteiten van de derde lijn en streeft de derde lijn ernaar laag complexe zorg te verschuiven naar met name tweedelijnspartijen. Voorbeelden zijn verplaatsing van borstkankerzorg, oogheelkundige zorg, en knie- en heupoperaties.

In het algemeen betreft overdracht van taken bij derde lijn naar de tweede lijn procentueel een klein deel van de totale omzet, en uit de interviews blijkt dat de totale omzet door de volumedruk in de derde lijn weer snel wordt opgevuld, waardoor geen noemenswaardig negatief effect op overheaddekking of faciliteiten ontstaat.

Toch worden twee soorten belemmeringen voor overdracht vanuit de derde lijn naar de tweede of de eerste lijn genoemd. Ten eerste moet bij de ontvangende partij voldoende capaciteit (kwantitatief en kwalitatief) aanwezig zijn, anders bestaat de vrees dat er wel minder 'omzet' gecontracteerd wordt, maar dat het leveren van die zorg wel gevraagd blijft worden. Ten tweede wordt aangegeven dat een medisch specialist om zijn vaardigheden op peil te houden ook basisverrichtingen moet blijven uitvoeren.

Oplossingen in de praktijk kunnen eruit bestaan dat een medisch specialist voor een deel voor derdelijnsinstelling blijft werken en gedeeltelijk voor de betrokken tweedelijnsinstelling of zelfstandige kliniek.

...een tweedelijnsinstelling als latende partij de kosten niet ziet dalen en daarom niet bereid is omzet over te dragen

Zoals hiervoor aangegeven houden met name ziekenhuizen in de tweede lijn sterk vast aan hun omzetplafond. Zij geven aan aanzienlijke problemen te voorzien als zij met het overdragen van productie ook omzet (plafond en/of aanneemsom) dienen over te dragen. Zij noemen daarbij namelijk met name de volgende problemen.

1. *“Kosten zijn stijf: bijvoorbeeld kosten van vastgoed en overhead dalen niet proportioneel met omzet” en “Kosten dalen pas als je een significant deel van de productie overdraagt”.*

Als de omzet daalt, vallen de variabele kosten weg, de vaste kosten vallen echter in het algemeen niet direct weg.

Vastgoed is vaak gebouwd in de tijd dat ziekenhuizen konden uitgaan van een permanente groei en afschrijvingstermijnen van dertig tot vijftig jaar. Daarbij geven met name tweedelijnsinstellingen in de provincie aan dat de alternatieve aanwendbaarheid van gebouwen beperkt is. In sommige gevallen is alternatieve aanwending wel mogelijk, bijvoorbeeld als een zelfstandige kliniek ruimte in het ziekenhuis betreft, maar die betaalt daarbij in beginsel tarieven die lager zijn dan de kosten waarmee de instelling gerekend heeft (rente en afschrijving op het gebouw vermeerderd met facilitaire kosten).

De kosten van overheadfuncties zoals directie, financiële administratie, P&O vallen ook niet direct weg als een deel van de omzet verdwijnt.

In het algemeen geldt dat alleen bloksgewijs in vaste kosten gesneden kan worden. Bijvoorbeeld: als er zoveel taken worden overgedragen dat een gehele verpleegafdeling kan worden gesloten, bespaart dat personeelskosten, facilitaire diensten enz.

2. *“Als een hele afdeling of een heel specialisme weggaat, heeft dit ook effect op andere afdelingen.”*

Twee voorbeelden hiervan zijn: als de afdeling orthopedie vertrekt, heeft dat ook effect op radiologie en als de SEH gesloten wordt, heeft dat ook een heel groot effect op de verblijfsafdelingen.

3. *“Vasthouden aan kritieke ondergrens komt in gevaar bij afname aantal artsen.”*

Bij overdracht van taken is het van belang het benodigde minimumbeschikbaarheidsniveau te bepalen. Als daarover in de regio tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars consensus is, dient daarmee rekening gehouden te worden bij het overdragen van taken. Zo wordt in een interview genoemd dat een IC-afdeling ten minste zes bedden vergt, SEH heeft 24 uur bemensing nodig, een vakgroep heeft een minimumaantal specialisten⁶ nodig om diensten te kunnen draaien. Indien taken worden afgestoten blijven de kosten van deze minimumbezettingen bestaan. Als het aantal verrichtingen op zich die bezetting niet rechtvaardigt en lokale beschikbaarheid niet noodzakelijk is, kan gekozen worden voor verdere concentratie.

4. *“Als eenvoudige taken wegvallen, vallen daarmee de meer rendabele verrichtingen weg. Die hebben we nodig om de inzet bij complexe verrichtingen te bekostigen.”*

Het kan het zijn dat bij de latende partij alleen de complexe ingrepen achterblijven.

Als voorbeeld van inadequate bekostiging wordt ook genoemd bijvoorbeeld ‘de galblaasoperatie’. Deze wordt algemeen beschouwd als laag complex en kan worden overgedragen aan een focuskliniek. Maar galblaasoperaties in combinatie met andere multimorbiditeit zijn wel complex, terwijl de tarieven daarop niet zijn afgestemd.

Meer in het algemeen geldt dat tarieven gebaseerd zijn op gemiddelden. Als eenvoudigere verrichtingen worden overgedragen, kunnen de achterblijvende verrichtingen gemiddeld duurder worden, wat een aanpassing van tarief rechtvaardigt.

Van verschillende kanten wordt erop aangedrongen de kosten en tarieven inzichtelijk te maken naar tarief en kosten van beschikbaarheid en van verrichting.

⁶ Het ervaringscijfer is vijf medisch specialisten. Als het er vier of minder worden, is continuïteit moeilijker te borgen.

... een zelfstandige kliniek of categoriaal ziekenhuis als ontvangende partij geen omzetruimte ontvangt van latende partij of verzekeraar

Zelfstandige klinieken als ontvangende partij geven aan dat zij laag complexe zorg goedkoper en soms beter kunnen uitvoeren omdat zij het proces kunnen inrichten op een veel hoger volume, terwijl ziekenhuizen ingericht moeten zijn op complexere zorg. Zij geven tevens aan dat met de invoering van de budgetplafonds ziekenhuizen niet bereid zijn met verrichtingen ook omzet (plafond en/of aanneemsom) over te dragen. Verzekeraars zijn niet bereid zelfstandige klinieken omzet te bieden, omdat die niet wordt afgestaan door de latende partij, tenzij latende en ontvangende partij zelf overeenstemming bereiken over overdracht van omzet. Latende ziekenhuizen accentueren dat bij overdracht van omzet hun kosten slechts beperkt dalen (zie paragraaf hiervoor). Hierna een kenmerkende illustratie:

“Zelfs een ziekenhuis waarvan de vakgroep vertrekt en een zelfstandige kliniek opent, houdt vast aan het omzetplafond en vult het aantal verrichtingen met nieuwe specialisten opnieuw aan.”

Zelfstandige klinieken pleiten voor maatregelen om de beweging op gang te brengen, zoals het objectiveren van diagnose als alternatief voor omzetplafonds, objectieve kwaliteitsmeting en publicatie daarvan, minimumvolumenormen voor meer verrichtingen. Zij werken zelf aan ontwikkeling van kwaliteitsnormen en objectieve diagnose. Lokaal werken ze aan overdracht door de latende partij aandelen in de JV (joint venture met verschillende partijen als aandeelhouder of winstgerechtigde) te gunnen, de specialist van de latende partij ook in te zetten in de eigen verkrijgende kliniek en door zich te profileren op nieuwe producten waarvoor (nog) geen plafond bestaat.

Zij komen echter tot de conclusie dat deze beweging niet op gang komt zolang de latende partij in staat wordt gesteld vast te houden aan zijn plafond.

Ook categorale ziekenhuizen geven aan dat verplaatsing van zorg naar hen belemmerd wordt doordat ziekenhuizen vast houden aan hun omzet(plafond/aanneemsom).

...bij verplaatsing van derde of tweede naar de nulde of anderhalve lijn investeringen nodig zijn die niet via tarieven kunnen worden terugverdiend.

Deze beweging komt tot stand vanuit kwaliteitsprojecten vanuit medisch specialisten, maar kent verschillende belemmeringen. Het gaat om patiënten die thuis met behulp van ICT wordt gemonitord en onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist blijven, bijvoorbeeld koorts bij chemotherapie of een exacerbatie (verergering van de) COPD. Deze beweging vergt investering in procesontwikkeling en software waarbij geen hogere maar juist lagere omzet (minder opnames) tegenover staat. In een aantal gevallen is er (nog) geen tariefcode beschikbaar voor de geleverde zorg en wordt de zorg daardoor helemaal niet betaald.

...meer taken worden overgedragen naar de eerste lijn dan deze aankan

Er is een aantal grote verplaatsingen van tweede lijn naar eerste lijn ingezet (SEH naar HAP, COPD- en diabetesketenzorg etc.). Anders dan de tweede lijn heeft de eerste lijn niet te maken met omzetplafonds en ontvangt vergoeding voor de extra verrichtingen. De belangrijkste belemmering is dan ook niet financieel van aard.

De belangrijkste belemmering betreft de hoeveelheid taken die op de eerste lijn afkomt, terwijl de organisatiegraad in de eerste lijn niet is meegegroeid. Daardoor is er onvoldoende capaciteit, kennis en ervaring beschikbaar voor het organiseren van de beweging: juridische kennis om contracten te sluiten, software om patiëntinformatie te delen, aannemen en scholen van personeel, uitbreiding van praktijkruimtes, organiseren van kaderartsen. In sommige regio's bestaan organisaties van huisartsen die deze projecten voorbereiden en faciliteren. In andere regio's werken huisartsen meer solitair en ontberen deze organisaties. Zij kunnen eventueel wel gebruikmaken van landelijke facilitaire organisaties.

Een kenmerkende quote uit de schoot van de huisartsen:

“Je kunt ongeveer 2,5% taken per jaar erbij hebben en dus in tien jaar 25% groeien. De opgaves die nu op het bord van huisartsen liggen zijn veel groter en kunnen eigenlijk niet.”

Cruciaal voor huisartsen is om meerjarenafspraken met verzekeraars te maken, voordat ze voorinvesteringen in vastgoed en het aannemen en scholen van personeel aangaan. En dan moeten er wel mogelijkheden zijn om dat kapitaal aan te trekken, bijvoorbeeld bij banken.

Concluderend

Partijen zien een aantal belemmeringen bij de verplaatsing van zorg. Deze hebben vaak te maken met stijfheid van kosten, beperkte bereidheid om omzet over te dragen en beschikbare capaciteit bij de ontvangende partij. Overigens wordt in interviews met enige regelmaat aangegeven dat de verplaatsingen nog niet 'evidence based' hebben aangetoond dat deze leiden tot verhoging van kwaliteit en lagere kosten. In de literatuur zijn hierover geen onderzoeken te vinden.

3.2 Verplaatsingen van zorg naar de juiste plek lukken vaker als...

...de beweging begint bij kansen die artsen zien

Ziekenhuisdirecties, artsen en artsorganisaties benadrukken dat beweging op gang komt als dat begint bij de arts vanuit zijn drive om kwaliteit te verbeteren.

In de regio worden voorbeelden genoemd van verplaatsing van tweede naar eerste lijn, zoals herhaalconsulten naar de eerste lijn, waarmee de specialist meer tijd krijgt voor zijn patiënten.

Voorwaarde daarbij is een langetermijnafpraak met de verzekeraar die ertoe leidt dat de specialist meer tijd krijgt en niet direct de gehele omzet meer verhuist naar de eerste lijn, en dat deze beweging op termijn tot dalende kosten leidt.

...er een gedeelde verwachting van kwaliteitsverbetering is

Gedeelde verwachtingen van kansen om kwaliteit te verbeteren leiden onherroepelijk tot het op gang brengen van de beweging. Voorbeelden die genoemd worden, zijn concentratie van geboortezorg en concentratie van kinderoncologie in Prinses Maxima Centrum. Deze beweging hoeft niet noodzakelijk geld te besparen en kan zelfs kostenverhogend werken. Specialist geven aan dat als wetenschappelijk onderzoek aantoont dat een bepaalde beweging tot kwaliteitsverbetering leidt, alle partijen aan die beweging zullen meewerken.

...een netwerksamenwerking ervoor zorgt dat specialisten de ontvangende partij met expertise ondersteunen

Bij overdracht van taken van is het van belang dat de benodigde expertise is geborgd. Bij overdracht van taken naar de eerste lijn kan dat betekenen dat periodiek gezamenlijke kennissessies plaatsvinden en dat duidelijke afspraken worden gemaakt over bereikbaarheid van de specialist voor de huisarts. Ook periodieke gezamenlijke sociale activiteiten kunnen hierbij helpen.

Bij overdracht van derde naar tweede lijn of van tweede lijn naar zelfstandige kliniek kan overdracht van expertise ook plaatshebben in de vorm van inzet van de overdragende specialist bij de ontvangende partij, zodat deze specialist bij beide organisaties een contract heeft.

In alle gevallen is het essentieel dat faciliteiten zijn ingericht om patiëntinformatie over te dragen en in te zien.

...er een directe trigger voor verplaatsing is: dreigend faillissement, tekort aan personeel, niet realiseren volumennormen

Een directe trigger kan de beweging 'zorg op de juiste plek' op gang brengen. Minimumvolumennormen zijn een belangrijke trigger. Deze worden bepaald door beroepsverenigingen van artsen en vervolgens overgenomen door verzekeraars. Verzekeraars zien maar beperkt mogelijkheden om deze volumennormen te handhaven en daar zelf ook richtinggevend te zijn. (Aartsen, 2018)⁷ Verschillende gesprekspartners noemen tekort aan personeel, specialisten of verplegend personeel, een mogelijke trigger in de toekomst om productie over te dragen.

...in de regio een arrangement wordt overeengekomen tussen verzekeraars, aanbieders en artsen

Arrangementen zijn het meest kansrijk als ze worden overeengekomen tussen artsen, latende en verkrijgende partij en verzekeraars. Belangrijk daarbij is dat de kleinere verzekeraars bereid zijn de grootste verzekeraar in het overeengekomen arrangement te volgen. Daarbij dienen ACM-regels in acht genomen te worden.

⁷ Zie ook bijlage 7,1 voor het volledige artikel in Zorgvisie.

...capaciteit bij alle partijen beschikbaar is voor projectmanagement rondom de verplaatsing

Het zorgvuldig ontwerpen van een kwalitatief en organisatorisch correcte overdracht van zorg vergt veel voorbereiding en inspanning die op zichzelf niet wordt vergoed. Bij alle partijen (verzekeraar, latende organisatie, verkrijgende organisatie en artsen) moet de wil en de capaciteit beschikbaar zijn om deze tot stand te brengen. Het vrijmaken van projectcapaciteit is daarbij een belangrijke katalysator. Met name in de eerste lijn is die capaciteit vaak niet of onvoldoende beschikbaar. Daar is het opbouwen van een gezamenlijke structuur voor ondersteuning een succesfactor voor totstandkoming van de beweging.

...verzekeraars zekerheid bieden over meerdere jaren

Overdracht van productie levert onzekerheid op voor latende en ontvangende partij: specialisten, ziekenhuis en huisartsen. Om kosten geleidelijk te kunnen afbouwen vraagt de latende partij zekerheid in de vorm van een (meerjaren)afpraak met verzekeraars. In de praktijk is de verzekeraar vaak bereid ondanks de overdracht van productie het plafond voor een aantal jaren vast te houden, met als tegenprestatie een concrete afspraak over afbouw van kosten. De ontvangende partij heeft zekerheid nodig als basis voor de noodzakelijke investeringen in vastgoed, mensen en apparatuur.

...latende en ontvangende partij een gezamenlijk belang hebben, bijvoorbeeld in de vorm van aandeelhouderschap of verschillende instanties zijn binnen één concern

Er zijn verschillende voorbeelden in het land waarbij conglomeraten ontstaan: verschillende ziekenhuizen (bijvoorbeeld derde en tweede lijn) in één concern of tweede en eerstelijnstaken in één concern, dan wel een instelling die een aandelenbelang heeft in een andere instelling. Die constructies blijken overdracht van volume te bevorderen.

Een variant hierop is de situatie dat een specialist werkzaam is bij de latende partij en tevens werkzaam is of wordt bij de verkrijgende partij, bijvoorbeeld bij verplaatsingen van derde naar tweede lijn of van tweede lijn ziekenhuis naar tweede lijn zelfstandige kliniek.

...de omzet van de latende partij gelijk blijft door autonome groei of door uitruilen van zorg

De overdracht van productie komt makkelijker tot stand als de latende partij op andere plekken groeit in omzet, als gevolg van autonome groei (komt met name voor in de derde lijn) of door uitruil van productie. Aandachtspunt hierbij is dat in beide gevallen het zo kan zijn dat het ene specialisme groeit terwijl het andere specialisme krimpt of verdwijnt. Dat kan tot frictiekosten leiden.

Concluderend

Verplaatsing komt vaker op gang als de beweging begint bij kansen die artsen zien en als er een gedeelde verwachting is over kwaliteitsverbetering, er of een financiële noodzaak is. Ook kan de beweging op gang komen als alle partijen gezamenlijk tot heldere afspraken komen. Deze kans wordt in het hierna volgende hoofdstuk uitgewerkt.

Landelijk referentiekader en regionaal raamwerk

Hoofdstuk 4

In hoofdstuk 3 worden belemmeringen en kansen genoemd voor de beweging van zorg naar de juiste plek. In dit hoofdstuk wordt een raamwerk voor afspraken geschetst. In hoofdstuk 5 wordt dat uitgewerkt tot concrete handvatten voor financiële afspraken in de regio.



4.1 Landelijk referentiekader voor 'zorg op de juiste plek'

Van belang is een landelijke visie op concentratie en spreiding (C&S) van zorg met daarin uitgangspunten op basis waarvan 'zorg op de juiste plek' kan bijdragen aan kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. Deze kunnen zich uiten in volumennormen en minimale capaciteit.

Ewout Irrgang, collegelid Algemene Rekenkamer, schrijft hierover:

"Wij verwachten dat een visie op het transitieproces naar het toekomstige Nederlandse zorglandschap bevorderlijk kan zijn voor de samenhang tussen afspraken. Tegenover afspraken over de uitbouw van bijvoorbeeld de multidisciplinaire zorg moeten afspraken staan over de afbouw van bijvoorbeeld ziekenhuiscapaciteit." (Irrgang, 2018)

"Een onderbouwing van hoe de inhoudelijke afspraken kunnen bijdragen aan de realisatie van de beoogde financiële opbrengst, zal de kans op effectiviteit van de nieuwe zorgakkoorden vergroten." (Irrgang, 2018)

Het rapport van de Taskforce Zorg op de Juiste Plek – Wie durft? (6 april 2018, OJP) geeft een visie, die voor partijen richtinggevend kan zijn.

Zorgverzekeraars kunnen een belangrijke rol nemen bij de uitwerking van die uitgangspunten en het standvastig uitdragen daarvan in de regio.

Deze uitgangspunten zijn het meest effectief als ze het karakter hebben van een kwalitatief referentiekader. Landelijke kwantitatieve en financiële normen zullen bij ongenueanceerde vertaling naar de regio contraproductief uitwerken en passen niet bij de contracteervrijheid van partijen. De mogelijkheid voor verzekeraars om zich te onderscheiden is een belangrijk element in het gekozen systeem van marktwerking. Correcte nuancering en invulling met respect voor de rol van alle partijen kan alleen in de regio ingevuld worden, op basis van de specifieke situatie, behoeften en mogelijkheden in die regio.

Het Financieele Dagblad hierover, op basis van uitspraken VGZ en zorgaanbieders:

"Regels vanuit de overheid kunnen goed zijn om een markt te reguleren, zo is de afgelopen jaren gebleken. Maar als de maatregelen nieuwe initiatieven gaan tegenwerken, is het hoog tijd voor een kritische evaluatie. Het zou goed zijn als minister Bruins afziet van de jaarlijkse akkoorden en de sector zelf scherpe afspraken laat maken." (FD, 2018)

"Landelijke normen worden lokaal meteen als maximumvariant beschouwd, terwijl in sommige regio's meer en in andere regio's minder mogelijk zal zijn." (FD, 2018)

In geval van een bovenregionale verplaatsing van zorg is een goede oplossing in de regio niet mogelijk en zijn landelijke afspraken nodig. Concentratie van kinderoncologie is daarvan een voorbeeld.

4.2 Regionaal raamwerk voor 'zorg op de juiste plek'

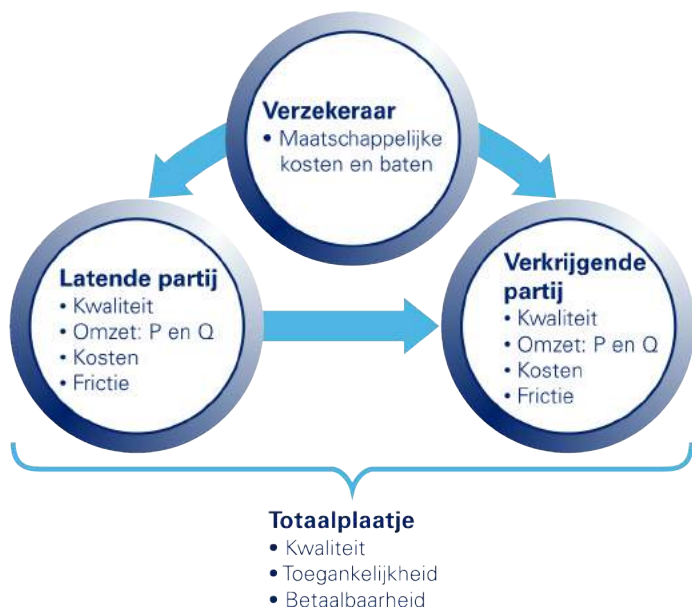
Op basis van de landelijke visie kunnen partijen in de regio komen tot een raamwerk met zeven stappen dat 'zorg op de juiste plek' faciliteert.



1. Regionale visie

Uitgangspunt kan een visie zijn waarin een verzekeraar met zorgaanbieders uitwerkt hoe in deze specifieke regio 'zorg op de juiste plek' bijdraagt aan kwaliteit, betaalbaarheid en bereikbaarheid van zorg in deze specifieke regio.

2. Effecten in kaart



Breng in de regio significante effecten van 'zorg op de juiste plek' in kaart voor de omzet en kosten bij latende partij, verkrijgende partij en verzekeraar inclusief de effecten voor de patiënt.

Uitgangspunt is een positieve maatschappelijke businesscase, waarin een verbetering in kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid in balans is.

3. Minimumcapaciteit

Wanneer aanbieders in de regio door verplaatsingen van zorg door een overeengekomen kritische ondergrens van minimaal noodzakelijke capaciteit zakken, maak dan een concreet actieplan hoe daarmee om te gaan en pas de financiering daarop aan. Overheid en/of verzekeraar bepalen de ondergrens.

4. Reële kosten en tarieven.

Wanneer er in de omzet van de te verplaatsen zorg een disbalans zit tussen de daadwerkelijke kosten en de vergoeding, maak dan een concreet actieplan hoe daarmee om te gaan. In het algemeen geldt dat tarieven gebaseerd zijn op gemiddelden. Als minder complexe verrichtingen worden overgedragen, kunnen de achterblijvende verrichtingen gemiddeld duurder worden, wat een aanpassing van tarief rechtvaardigt.

5. Project- en innovatiekosten (transitiekosten)

Vergoed innovatie en projectkosten, voor zover deze voor een betrokken partij substantieel zijn. Het betreft hier eenmalige kosten waar geen reguliere vergoeding tegenover staat.

Deze kosten maken onderdeel uit van de maatschappelijke businesscase.

6. Frictiekosten

Bij de partij die zorg overdraagt kunnen kosten achterblijven die de omzet niet volgen: frictiekosten. Doe alles om frictiekosten te vermijden (personeel van werk naar werk, alternatieve aanwending vastgoed, apparatuur naar verkrijgende partij etc.). Vergoed alleen de significante reële onvermijdbare frictiekosten (vervroegde afschrijvingen, afbouw overhead, omstelkosten, eventuele afvloeiingsregeling). Ook deze kosten moeten meegenomen worden bij het opstellen van de maatschappelijke businesscase.

7. Meerjarenafspraken

De beweging 'zorg op de juiste plek' is vaak complex en heeft effecten die meerdere jaren beslaan. Dat geldt voor het voorbereiden, het realiseren, het borgen van de kwaliteit, maatregelen om kosten te voorkomen, het afbouwen van kosten en het realiseren van het uiteindelijke positieve effect in termen van kwaliteit, betaalbaarheid en bereikbaarheid van zorg. In situaties waarin deze effecten inderdaad een periode van meerdere jaren beslaan, is een alomvattende meerjarenafspraak tussen alle partijen aan te bevelen.

Meerjarenafspraken kunnen het karakter hebben van vergoeding van transitie- en frictiekosten en/of het karakter van het (gedeeltelijk) vasthouden van omzet (plafond en/of aanneemsom) gedurende een bepaalde periode. Belangrijk is om in die meerjarenafspraak tevens concrete afspraken te maken over de afbouw van verrichtingen en kosten gedurende de overgangstermijn. Dit om te voorkomen dat na afloop van de overgangstermijn de kosten niet zijn afgebouwd en de volgende contractperiode wordt geconfronteerd met financiële tekorten of geforceerde hoge tarieven om die te voorkomen.

Stel vooraf een 'fall back'-scenario op voor de situatie waarbij de afspraken over zorg op de juiste plaats niet of onvoldoende gerealiseerd worden, bijvoorbeeld doordat de ontvangende partij te weinig capaciteit heeft.

Verdere uitwerking

De financiële elementen uit dit stappenplan worden concreet uitgewerkt in hoofdstuk 5.

Handvatten voor financiële afspraken tussen regionale partijen

Hoofdstuk 5

Dit hoofdstuk bevat een uitwerking van de financiële elementen in het stappenplan in hoofdstuk 4.



5.1 Naar een passende definitie voor 'zorg op de juiste plek'

5.1.1 Lessen uit eerder onderzoek

In het verleden is er al vaker onderzoek gedaan naar kosten die ontstaan door wijzigingen in (overheids)beleid. Voorbeelden zijn de onderzoeken bij de transitie van de jeugdzorg (Panteia en SEOR, 2013) (Transitie Autoriteit Jeugd, 2014) (Transitiebureau Jeugd, 2013) (Staatssecretaris VWS en Staatssecretaris V&J, 2018-heden), de besparingen op het publieke mediabudget (Staatssecretaris OCW, 2016-2019), regionale samenwerking tussen gemeentes (gemeente Heerhugowaard, 2013) en de introductie van de Participatiewet (Dongemond-gemeenten, 2015).

Deze onderzoeken richtten zich echter voornamelijk op het compenseren van de kosten, en niet op het faciliteren van het regionale gesprek en het verschaffen van een generiek referentiekader voor het inventariseren van deze kosten. Het doel was het voorkomen van vervolgschade (faillissementen, stoppen dienstverlening, etc.) in plaats van het in kaart brengen van de werkelijke kosten van de transitie. Zodoende biedt eerder onderzoek geen breed gedragen definitie van frictie- en transitiekosten. Wel biedt eerder onderzoek een bruikbaar toetsingskader voor transitie- of frictiekosten. Kosten kunnen als transitie- en frictiekosten bestempeld worden voor zover deze:

- voortkomen uit maatregelen ten behoeve van 'zorg naar de juiste plek'
- samenhangen met een beweging die op macroniveau tot een besparing leidt
- noodzakelijk zijn om de beweging te realiseren
- volgen na verdiscontering voor macrotrends in prijs en volume (zoals prijsinflatie)
- bijdragen aan het creëren van een nieuwe stabiele situatie (met andere woorden: de nieuwe situatie moet voldoende toekomstperspectief hebben).

5.1.2 Definitie transitie- en frictiekosten

Uit de gesprekken met zorgaanbieders komen de volgende onderscheiden kostencategorieën naar voren.

Enmalige kosten voor projectuitvoering en innovatie, ook wel transitiekosten genoemd

Betreft eenmalige kosten voor projectuitvoering en innovatie die gemaakt moeten worden om te komen van de oude naar de nieuwe situatie en die niet gefinancierd worden in het kader van de productie.

Bijvoorbeeld: programmamanager, ontwerpen samenwerking en bedrijfsprocessen, onderzoek businesscase, verhuiskosten, overbrengen van data van het ene ICT-systeem naar het andere ICT-systeem.

Kosten samenhangend met afbouw van bestaande capaciteit, ook wel frictiekosten genoemd

Hiermee worden de kosten samenhangend met afbouw van bestaande capaciteit bedoeld die met het wegvallen van de betreffende productie niet meer gedekt worden door inkomsten, maar nog wel (tijdelijk) aanwezig zijn.

Bijvoorbeeld: afschrijving van apparatuur, vastgoed, kosten voor beëindigen van contracten voor medische apparatuur of vastgoed, , afvloeiing van personeel. Zorgaanbieders geven aan dat vooral de frictiekosten de verschuivingen in het kader van 'zorg op de juiste plek' in de weg staan.

Bij deze typering zijn de kosten en investeringen die gepaard gaan met de opbouw van capaciteit niet opgenomen. Hoewel deze bedragen voor de ontvangende partij omvangrijk kunnen zijn, zullen die normaliter uit de additionele omzet bekostigd kunnen worden, mits de investeringstermijn voldoende perspectief biedt.

5.2 Omvang transitiekosten

Zoals eerder beschreven komen zorgaanbieders over het algemeen niet toe aan het gedetailleerd in kaart brengen van eenmalige projectkosten die samenhangen met de zorgverschuiving in het kader van ‘zorg op de juiste plek’; initiatieven lopen vaak in een eerder stadium vast. Wanneer deze kosten wel in beeld komen, is de omvang vaak beperkt in relatie tot de totale omzet van betrokken aanbieders. Waar de kosten wel een blokkade dreigen te vormen, lijken bestaande regelingen in enige mate uitkomst te bieden (proeftuinen (H.W. Drewes, 2015), S3-segment (NZa, 2018), innovatie voor kleinschalige experimenten (NZa, 2017)).

Een belemmerende factor hierbij is dat de procedures om aanspraak te maken op deze regelingen in voorkomende gevallen dermate complex wordt gevonden dat er geen gebruik van wordt gemaakt. Met name de strikte omkadering van de pilots en experimenten in omvang en duur maakt dat de rekensom per geval niet rond-rekent, terwijl verschuiving bij opschaling veelbelovend lijkt.

Voor de eerste lijn kunnen dergelijke kosten relatief hoog zijn, met name waar een centrale structuur voor ondersteuning ontbreekt.

5.3 Omvang frictiekosten

Meer dan bij de transitiekosten geven zorgaanbieders aan dat de frictiekosten de verschuivingen in het kader van ‘zorg op de juiste plek’ wel degelijk in de weg staan. Deze kosten hangen direct samen met de af te bouwen kostenstructuur bij de latende partij. De omvang van de frictiekosten wordt bepaald door het aandeel ‘vaste kostencomponenten’ in de kostenstructuur, zoals overhead en huisvesting. De volgende tabel geeft een typische kostenverdeling van latende partijen weer (gebaseerd op Berenschot Benchmark Ziekenhuizen). Van de verplaatste zorg kan worden aangenomen dat deze een vergelijkbare kostenstructuur kent. Hieruit is af te leiden dat zonder mitigerende maatregelen de frictiekosten in de orde grootte van enkele tientallen procenten van de verplaatste omzet zijn.

TYPE KOSTEN	COMPONENTEN*	% VAN KOSTEN	
Personeel	Medisch specialisten	• Honorariumkosten vrijgevestigde medisch specialisten	10%
	Primair proces in loondienst	• Personeel hotelfuncties • Personeel patiëntgebonden functies • Secretariaten primair proces en poli-/dokersassistenten • Leerling verpleegkundig, opvoedkundig en verzorgend personeel • Stagiair(e)s • Vergoedingen voor niet in loondienst verrichte arbeid • Andere suppleties, gratificaties en uitkeringen • Andere personeelskosten	45%
	Overheadfuncties	• Personeel algemene en administratieve functies • Personeel terrein- en gebouwgebonden functies	10%
Productie-middelen	Variabel	• Patiëntgebonden kosten • Kosten van voeding • Andere hotelmatige kosten	20%
	Inventaris/installatie	• Afschrijvingen, huur en leasing en interest -/- afschrijvingen gebouwen	5%
	Huisvesting	• Huisvestingskosten • Afschrijvingen gebouwen	5%
Overig	Algemene kosten	• Algemene kosten (kantoorbenodigdheden, drukwerk, hard- en software, accountant en advies, lidmaatschappen, etc.)	5%

* Definities ‘Rekeningschema voor zorginstellingen’: Benchmark ziekenhuizen van Berenschot die gebaseerd is op het NZi-rekeningschema.

5.4 Voorkomen, accepteren of compenseren van frictiekosten.

Nadat de kosten samenhangend met de beweging in beeld zijn gebracht, moet er worden bepaald hoe hiermee om te gaan. Gesprekken met veldpartijen bevestigen eerder onderzoek in dat de manieren uiteen vallen in voorkomen, accepteren en compenseren; nadrukkelijk in die volgorde. Deze stappen worden hierna verder toegelicht.

Voorkomen is beter dan genezen

Of en in welke mate bij de afbouw van deze kosten frictiekosten ontstaan is afhankelijk van de 'stijfheid van de kosten' en het slagen van voorkomende maatregelen. In de praktijk zien we een aantal algemene oplossingsrichtingen om te voorkomen dat er frictiekosten ontstaan:

- Alternatieve, zinvolle productie aantrekken zodat budgetplafonds gehandhaafd kunnen blijven.
- Transitiesnelheid afstemmen op de 'stijfheid' van de kosten (in de praktijk wordt drie tot vijf jaar gehanteerd).
- Het transitiemoment later plannen om verbintenissen te kunnen afstemmen (bijvoorbeeld kortdurende contracten).
- De verplaatsing beperken tot een omvang wat als 'normale omzetvariatie' kan worden gezien (~2%⁸).
- Via 'ruilverkavelingen' zorgverschuivingen zinvol combineren, zodat budgetplafonds bewaard kunnen blijven.
- De omvang van de verplaatsing afstemmen op 'logische afbouwstappen' in de kostenstructuur.

Naast deze maatregelen van algemene aard zien zorgaanbieders per type kosten concrete mogelijkheden.

Accepteren: het zoet en het zuur in balans

Uit de gesprekken blijkt dat wanneer de financiële belangen van de ontvangende en latende partij op elkaar zijn afgestemd, 'zorg op de juiste plek' in het algemeen tot stand komt en transitie- en/of frictiekosten worden geaccepteerd (geabsorbeerd) door de betrokken zorgaanbieders. Met andere woorden: het moet voor alle betrokkenen een positieve verschuiving zijn en dat gaat makkelijker als de omzet in dezelfde hand blijft.

Constructies die hierbij worden toegepast zijn: verticale ketenintegratie (regio Gorcum), joint venture, fusie/overname (gevolgd door spreiding en concentratie) en het 'Shared savings'-model⁹. Binnen het 'Shared savings'-model zoeken de betrokken zorgaanbieders en zorgverzekeraar(s) gezamenlijk naar onderlinge vergoeding. Hoewel dit goede resultaten laat zien is dit niet door alle partijen gewenst of zelfs toegestaan (in het kader van het toezicht door ACM). Een groot deel van de kosten die ontstaan zullen daarom niet zonder meer worden geaccepteerd.

TYPE KOSTEN		WIJZE WAAROP DEZETE VOORKOMEN
Personeel	Medisch specialisten	Meebewegen met de zorg (in het kader van 'mens volgt werk')
	Primair proces in loondienst	Meebewegen met de zorg (in het kader van 'mens volgt werk') Omscholen naar alternatief werkgebied (waar arbeidstekort eventueel speelt)
	Overheadfuncties	Personeelsbestand afbouwen via natuurlijk verloop
Productiemiddelen	Variabel	Specifieke middelen overgedragen tegen boekwaarde
	Inventaris/installatie	Overdragen van specifieke apparatuur inclusief servicecontracten wanneer deze hoofdzakelijk ingezet wordt voor de verplaatste zorg
	Huisvesting	De ontvangende partij hanteert tijdens een overgangperiode een 'shop-in-shopconstructie' in het ziekenhuis Vrijgekomen ruimte aanwenden voor commercieel gebruik (winkels, fysiotherapeuten, etc.)
Overig	Algemene kosten	-

8 Op basis van omzetontwikkeling '15-'16 van een steekproef van ruim 15 zorgaanbieders.

9 <https://www.skipr.nl/actueel/id24836-menzis-start-proef-met-shared-savings.html>

Compenseren

De kosten na toepassing van voorkomende maatregelen zullen moeten worden geaccepteerd op de plek waar ze ontstaan of worden gecompenseerd. Daarbij is in de eerste plaats van belang om na te gaan wat de omvang is van de frictiekosten. Met beperkte verschuivingen is het effect van schaalnadelen beperkt, maar het kan zijn dat er een kritische ondergrens wordt bereikt waardoor de kosten zich veel 'stijver' gedragen. Bijvoorbeeld leegstand SEH, personele ondergrens voor 24/7 bemensing, etc. Als er sprake is van een (regionale) beschikbaarheidsfunctie zoals spoedzorgindicaties (CVA, AMI,

RAAA, geboortezorg, heupfractuur en multitrauma) zal de beschikbaarheidsbijdrage Wmg (mogelijk) gelden. Indien dit niet het geval is zal het effect van de dreigende ondergrens in overweging genomen moeten worden bij het besluiten tot de verschuiving van zorg.

De tabel op de volgende pagina biedt een overzicht van de kosten, de wijze waarop deze beperkt (voorkomen) kunnen worden en te verwachten frictiekosten. Deze zijn gebaseerd op gesprekken met veldpartijen.

TYPE KOSTEN		% VAN KOSTEN	WIJZE OM DEZE TE VOORKOMEN	FRICTIEKOSTEN
Personeel	Medisch specialisten	• 10%	• Meebewegen met de zorg (in het kader van 'mens volgt werk')	• De toelatingsovereenkomst, waarmee de vrijgevestigde medisch specialist verbonden is met de zorgaanbieder kan in beginsel worden opgezegd. De redelijkheid en billijkheid (Art. 6:248 lid 1 BW) kunnen echter meebrengen dat er een opzeggingstermijn in acht moet worden genomen alsmede een schadevergoeding en/of vergoeding van goodwill moet worden betaald. De uitwerking hiervan is sterk casuïstisch. Ook kan sprake zijn van een 'normale' fluctuatie in de omzet die binnen het ondernemersrisico valt.
	Primair proces in loondienst	• 45%	• Meebewegen met de zorg (in het kader van 'mens volgt werk') • Omscholen naar alternatief werkgebied (waar arbeidstekort eventueel speelt)	• Op basis van de arbeidsovereenkomst hebben werknemers waar afscheid van moet worden genomen recht op een afvloeiingsregeling inclusief transitievergoeding.. Gekeken naar de krapte op de arbeidsmarkt voor medisch geschoold personeel zullen de betrokken personen waarschijnlijk snel weer aan het werk kunnen komen en de compensatie daarmee beperkt zijn. Scholingskosten kunnen daarbij relevant zijn.
	Overheadfuncties*	• 10%	• Personeelsbestand afbouwen via natuurlijk verloop	• Hoewel de omvang van overhead op de middellange termijn schaal met de productie, is het op de korte termijn relatief vast. In de praktijk wordt er in het algemeen van uitgegaan dat bij significante verplaatsing van omzet de gerelateerde kosten in een periode van drie tot vijf jaar overeenkomstig moeten worden afgebouwd.
Productiemiddelen	Variabel	• 20%	• Specifieke middelen overgedragen tegen boekwaarde	• Zeer beperkt (productiemiddelen worden overgenomen)
	Inventaris/ installatie*	• 5%	• Overdragen van specifieke apparatuur inclusief servicecontracten wanneer deze hoofdzakelijk ingezet wordt voor de verplaatste zorg	• De orde grootte van de frictiekosten samenhangend met inventaris/ installatie is afhankelijk van de lokale situatie (type verplaatste zorg, ouderdom van het materieel bij latende en ontvangende partij, etc.). Niet-overgedragen inventaris zal versneld moeten worden afgeschreven en/ of tegen restwaarde moeten worden verkocht.
	Huisvesting*	• 5%	• De ontvangende partij hanteert tijdens een overgangperiode een 'shop-in-shopconstructie' in het ziekenhuis • Vrijgekomen ruimte aanwenden voor commercieel gebruik (winkels, fysiotherapeuten, etc.)	• De omvang van de frictiekosten samenhangend met huisvesting is sterk afhankelijk van lokale situatie (ouderdom, eigendom, type vrijgekomen ruimte, locatie, etc.). Dit kan ertoe leiden dat de frictiekosten beperkt blijven tot een niet gedekte huisvestingskosten of dat het vastgoed (deels) versneld moet worden afgeschreven. In het laatste geval zal de orde grootte van de frictiekosten dermate hoog zijn dat de integrale business case waarschijnlijk niet meer 'rond-rekent'
Overig	Algemene kosten*	• 5%	• -	• Zie 'overheadfuncties'

5.5 Advies: randvoorwaarden voor compensatie van transitie- en frictiekosten

Het kader hierna bevat ons advies binnen welke kaders compensatie verwacht mag/kan worden.

Voorwaarden compensatie transitie- en frictiekosten

1. Een businesscase die inzicht biedt in kwalitatieve en financiële effecten voor alle partijen:
 - a. overdracht verrichtingen
 - b. afbouw omzet(plafond)
 - c. afbouw kosten
 - d. transitiekosten
 - e. voorkomende maatregelen
 - f. frictiekosten na maatregelen
 - g. 0-meting.
2. Latende en verkrijgende partij doen alles om transitie- en frictiekosten te beperken, wanneer mogelijk gezamenlijk te beslechten en hebben dit vastgelegd in concrete onderlinge afspraken over:
 - a. overdracht verrichtingen
 - b. overdracht omzet
 - c. frictiekosten
 - d. middellangetermijnzekerheid (afbouw in drie tot vijf jaar)
 - e. afbouw kosten bij latende partij.
3. De kosten die de zorgaanbieder(s) opvoeren voor compensatie:
 - a. komen voort uit maatregelen ten behoeve van 'zorg naar de juiste plek'
 - b. hangen samen met een beweging die op macroniveau tot een besparing leidt
 - c. hangen samen met maatregelen die noodzakelijk zijn om de beweging te realiseren
 - d. volgen na verdiscontering voor macrotrends in prijs en volume (zoals prijsinflatie)
 - e. dragen bij aan het creëren van een nieuwe stabiele situatie
 - f. zijn proportioneel ten opzichte van de omvang van de verschuiving
 - g. zijn onvermijdbaar (met andere woorden: na toepassen van algemene voorkomende maatregelen).
4. Voorts zijn de volgende typen compensatie mogelijk:
 - a. Project- en innovatiekosten voor ontwikkeling beweging.
 - b. Frictiekosten samenhangend met afbouw van capaciteit bij latende partij. Hiervoor geldt aanvullend dat het een significante omzetzijding betreft (> 2% van totale omzet van de instelling).
5. Voor zowel de overgaande productie als voor de achterblijvende productie moeten reële tarieven worden afgesproken, opdat een nieuwe stabiele situatie ontstaat. Hierbij kan bijvoorbeeld rekening worden gehouden met een hogere gemiddelde kostprijs voor achterblijvende verrichtingen.



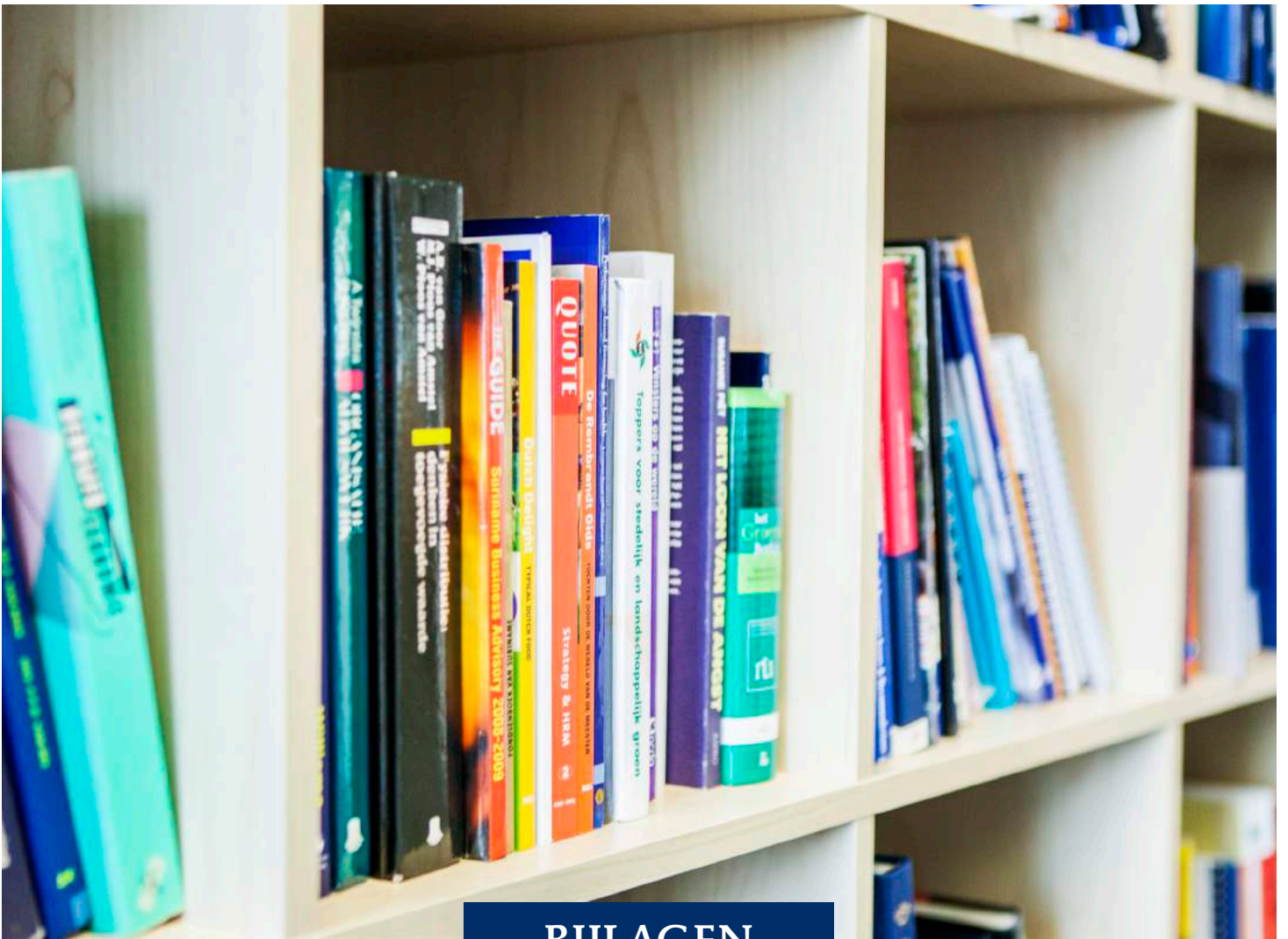
5.6 Compensatie van transitie- en frictiekosten als onderdeel van de regionale afspraken

In de afgelopen jaren zijn verschillende modellen gehanteerd om de transitie van functiegerichte naar prestatiebekostiging te begeleiden (saneringsregeling in de WTZi (WTZi artikel 17), garantieregeling kapitaallasten (NZa, 2013-2016), transitiebedrag (Minister van VWS, 2014-heden)). In het kader van het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012 - 2015 is reeds gesproken over een herstructureringsfonds (NVZ, NFU, ZKN, ZN, Ministerie van VWS, 2011) ter facilitering van het herinrichten van het zorglandschap. Partijen hebben uiteindelijk besloten dat het oprichten van een dergelijk herstructureringsfonds niet de geëigende weg was, maar dat afspraken over afbouw van capaciteit onderdeel moeten zijn van lokale onderhandelingen (Kamerstuk, 2017). Het bleek onhaalbaar om voorwaarden goed te formuleren om te borgen dat vullen van en uitkeren uit het fonds (rechtmatig) mogelijk zou zijn.

Uit de gesprekken komt naar voren dat alle betrokken partijen op zoek zijn naar 'regelruimte'. In de praktijk wordt deze in de onderhandeling gezocht via tarieven en (handhaving van) het budgetplafond. Tegelijkertijd geven partijen aan behoefte te hebben aan 'regelruimte' die gezamenlijk door verzekeraars en latende en verkrijgende partijen kan worden aangesproken. Belangrijk is met elkaar open het gesprek te voeren, concrete afspraken te maken en toe te werken naar (waar dat niet al het geval is) een situatie als betrouwbare contract- en samenwerkingspartners.

Door samen in gesprek te gaan, kunnen uitgaven voor project- en frictiekosten samenhangend met 'zorg op de juiste plek' eenduidig en inzichtelijk gemaakt worden. Dit kan voorts bijdragen aan de voorspelbaarheid en beheersbaarheid van deze uitgaven. Hoe de ontstane 'regelruimte' het beste ingezet wordt zal sterk afhankelijk zijn van de type verplaatsing, de lokale situatie en de businesscase. Lokale partijen (zorgaanbieders en verzekeraars) selecteren de best passende methodiek. te denken valt aan een tijdelijke toeslag op tarieven, jaarlijkse compensatie tijdens een transitieperiode of een eenmalige vergoeding. Daarbij moet het mogelijk zijn dat verschillende bewegingen tot verschillende vormen van compensatie leiden. De hoogte van het 'regelruimtepercentage' en de manier van financiering is sterk afhankelijk van de landelijke ambitie met betrekking tot 'zorg op de juiste plek' en valt buiten de reikwijdte van dit onderzoek.

Hiermee wordt compensatie van transitie- en frictiekosten onderdeel van de meeromvattende regionale afspraken over verplaatsing van zorg naar de juiste plek.



BIJLAGEN

Bijlage 1. Artikel Zorgvisie, 10 april 2018

Zorgverzekeraars hanteren strengere volumenor
prostaatverwijderingen

Alle grote zorgverzekeraars volgen vanaf 2019 de verhoging van de minimumnorm voor prostaatverwijderingen. Dit gebeurt na de bekendmaking van de Nederlandse Vereniging voor Urologie dat de minimumnorm voor radicale prostatectomieën volgend jaar omhoog gaat naar honderd per jaar.

Deze beslissing is mede ingegeven door recente onderzoeksresultaten. Gemiddeld lopen mannen een kans van 26 procent om incontinent te worden na een prostaatkankeroperatie. In ziekenhuizen waar meer dan honderd prostaatverwijderingen per jaar worden uitgevoerd, ligt die kans 30 procent lager dan in andere ziekenhuizen.

Ziekenhuizen

Als gevolg van die normverhoging zullen sommige ziekenhuizen moeten stoppen met prostaatverwijderingen. Ten tijde van het onderzoek voerden vier ziekenhuizen meer dan honderd radicale prostaatoperaties uit. In 2016 waren dat er elf. Zorgverzekeraars mikken op steeds verdere concentratie van prostaatkankercare en belonen ziekenhuizen die vrijwillig hun aantal prostaatverwijderingen nog verder verhogen.

NVU

Hoogleraar urologie Peter Mulders, voorzitter NVU, denkt dat de implicaties van de normverhoging niet enorm groot zullen zijn. 'Een aantal urologen zal misschien gedwongen moeten stoppen, maar hoofdzakelijk is de trend in het hele land er een van specialisatie. Operaties vinden plaats met een operatie-robot. Je ziet expertisecentra ontstaan, vooral in het westen en oosten, waar urologen uit verschillende ziekenhuizen opereren. Die urologen komen individueel al wel uit op honderd per jaar. We zien ook verwijzingen toenemen tussen ziekenhuizen. Ziekenhuizen maken afspraken met urologen in de omgeving en patiënten worden naar het hoogvolume ziekenhuis verwezen. Iedereen ziet wel in dat hogere volumes zorgen voor betere kwaliteit.'

Zilveren Kruis

Zilveren Kruis deelt mee heel blij te zijn met de verhoging van de norm naar honderd per jaar. Zilveren Kruis heeft haar inkoopbeleid daarop aangepast en sluit vanaf 2019 alleen nog maar een contract voor deze operaties als een ziekenhuis inderdaad meer dan honderd operaties per jaar uitvoert. 'Daarnaast gaan we samen met patiëntenverenigingen ProstaatKankerStichting (PKS) en de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) koploperziekenhuizen bepalen. Zij worden beloond met een contract met vrij volume.'

CZ

CZ laat weten in het inkoopbeleid te hebben opgenomen dat een ziekenhuis alleen een overeenkomst krijgt wanneer aan de minimumnorm van de NVU wordt voldaan. Op dit moment is dat vijftig. CZ wil dat de lat voor kwaliteit hoger komt te liggen en heeft daarvoor de Stichting Egidius Zorgconcepten opgericht. CZ wil de verbinding leggen tussen de regionale netwerken en de bovenregionale samenwerking stimuleren. De streefnorm voor prostaatverwijderingsoperaties ligt op 200 tot 250 per jaar. 'Zorgaanbieders die zijn aangesloten zijn bij dit concept worden door CZ maximaal gefaciliteerd en beloond door bijvoorbeeld een vrijstelling van de maximering in productieruimte.'

VGZ

VGZ koopt dit jaar in op de minimumnorm van vijftig, zo staat dat ook in de regeling zorginkoop die voor 1 april af moest zijn. Een woordvoerder zegt dat de zorgverzekeraar de normen van de wetenschappelijke vereniging volgt. Als de minimale volumenor in 2019 naar honderd stijgt, gaat VGZ daarin mee. Dit onderzoek geeft reden om 'aandacht te vragen' voor hogere volumes tijdens de inkoopgesprekken.

Menzis

Ook Menzis gaat mee met de norm van de wetenschappelijke vereniging. Als die volgend jaar naar honderd gaat, zal Menzis dat minimaal aantal ook gaan hanteren. Er wordt daarbij wel gekeken wat een realistische implementatietermijn is, zo zegt de woordvoerder.

Incontinentiemateriaal

Het onderzoek is gehouden door de NVU samen met Zorgverzekeraars Nederland onder 1590 patiënten, ruim driekwart van de totale groep mannen in die tijd zo'n zelfde operatie hebben ondergaan. De onderzoekers konden gebruikmaken van declaratiegegevens van incontinentiemateriaal bij Zilveren Kruis, Menzis, VGZ en CZ. Er was statistisch significant verband tussen het aantal verrichte radicale prostatectomieën per ziekenhuis en de declaratie van incontinentiemateriaal. Voor 26 procent van de mannen werden na de prostaatverwijdering een of meer incontinentie pads per dag gedeclareerd. Het onderzoek vond plaats tussen 1 oktober 2014 en 30 september 2015.

ZN

ZN laat weten dat de samenwerking met de NVU uitnodigt om ook bij andere aandoeningen op dezelfde manier tot inzicht te komen in de uitkomsten van zorg. Er staan nog geen concrete onderzoeken op stapel. Wout Adema, directeur Zorg van ZN: 'Dit onderzoek is een sterk voorbeeld van hoe artsen en zorgverzekeraars door gezamenlijk gebruik van data met elkaar kunnen optrekken om dit waar te maken. Wij nodigen ook andere zorgverleners uit om deze uitdaging met ons aan te gaan.'

Het onderzoek van NVU en ZN is gepubliceerd in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.

Bijlage 2. Bibliografie

- Art. 6:248 lid 1 BW. (sd). Model Toelatingsovereenkomst Medisch Specialististen (MTO), Art. 6:248 lid 1 BW.
- Aartsen, C. v. (2018, 04 10). Zorgverzekeraars hanteren strengere volumenorm prostaatverwijderingen. Opgehaald van <https://www.zorgvisie.nl/zorgverzekeraars-hanteren-strengere-volumenorm-prostaatverwijderingen/>
- ACM. (z.d.). Samenwerken in de zorgsector. Opgehaald van Autoriteit Consument & Markt (ACM): <https://www.acm.nl/nl/onderwerpen/zorg/samenwerking-in-de-zorg/samenwerking-in-de-zorg>
- Adviescommissie Richtlijnen. (2011, 10). Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0. Opgehaald van https://www.demedischspecialist.nl/file/1393/download?token=Wly_aVyp
- Brand, K. (2011, 01 23). Functiegerichte budgettering algemene en academische ziekenhuizen - NZa. Opgehaald van <https://www.zorgkennis.net/kennisbank/72/Functiegerichte-budgettering-algemene-en-academische-ziekenhuizen>
- Broersen, S. (2012, 12 12). Kankerdeskundigen stellen normen op. Opgehaald van Medisch Contact: <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/kankerdeskundigen-stellen-normen-op.htm>
- Dongemond-gemeenten. (2015, 04). Beoordeling scenario's voor de uitvoering WSW en de Participatiewet . Opgehaald van <http://ris.oosterhout.nl/system/BY00059365.pdf>
- FD. (2018, 04 04). Stop met akkoorden in de zorg. Financieel Dagblad. Opgehaald van FD: <https://fd.nl/opinie/1248583/stop-met-akkoorden-in-de-zorg>
- FMS. (z.d.). Factsheet en checklist substitutie van zorg. Opgehaald van https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/FMS_Factsheet_Substitutie.pdf
- FMS. (z.d.). Onderwerp: Taakherschikking. Opgehaald van <https://www.demedischspecialist.nl/taakherschikking>
- gemeente Heerhugowaard. (2013). Financieel beleidskader bij samenwerking. Opgehaald van <https://praktijkvoorbeelden.vng.nl/databank/gemeentelijke-samenwerking/samenwerking-bedrijfsvoering/financieel-beleidskader-bij-samenwerking.aspx>
- H.W. Drewes, R. H. (2015, 07 10). Samen werken aan duurzame zorg: Landelijke monitor proeftuinen. Opgehaald van RIVM Rapport: https://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2015/juli/Samen_werken_aan_duurzame_zorg_Landelijke_monitor_proeftuinen
- Irrgang, E. (2018, 04 04). Blog: Koppel inhoudelijke afspraken aan financiële besparing. Opgehaald van <https://www.zorgvisie.nl/blog/blog-koppel-inhoudelijke-afspraken-aan-financiele-besparing/>
- Kamerstuk. (2017, 04 11). 33 060 - Uitgavenbeheersing in de zorg. Nr. 9 lijst van vragen en antwoorden. Opgehaald van https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-33060-9.html?zoekcriteria=%3Fzkt%3DEenvoudig%26pst%3D%26vrt%3D25%26zkd%3DInDeGeheleText%26dpr%3DAfgelopenDag%26spd%3D20100406%26epd%3D201004-07%26sdt%3DDatumBrief%26ap%3D%26pnr%3D1%26rpp%3D10%26_page%3D30%26sortt
- KPMG Plexus. (2015, 07). Substitutiemonitor – Rapportage afsprakenmonitor. Opgehaald van Rijksoverheid: <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2015/08/31/substitutiemonitor-rapportage-afsprakenmonitor-juli-2015/substitutiemonitor-rapportage-afsprakenmonitor-juli-2015.pdf>
- Minister van VWS. (2014-heden). Aanwijzing transitie model prestatiebekostiging medisch specialistische zorg 2012. Opgehaald van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0030318/2014-04-01>
- Minister van VWS, NVZ, NFU, Patiëntenfederatie Nederland, ZKN, FMS en ZN. (2017, 04 21). Addendum 2018 onderhandelaarsakkoord medisch-specialistische zorg 2014 t/m 2017. Opgehaald van Addendum 2018 onderhandelaarsakkoord medisch-specialistische zorg 2014 t/m 2017
- Ministerie van VWS. (2012, 02 15). Verzoek om uitvoeringstoets voor zorg op de juiste plek en substitutie . kenmerk CZ/EKZ-3104537.
- Ministerie van VWS. (2016, 01). Het Nederlandse Zorgstelsel. Opgehaald van Rijksoverheid: <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/brochures/2016/02/09/het-nederlandse-zorgstelsel/het-nederlandse-zorgstelsel.pdf>
- Nivel. (2012, 08 17). Optometrist als filter voor de oogarts. Opgehaald van <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/optometrist-als-filter-voor-de-oogarts>
- NPCF, OMS, NVZ, ZKN, NFU, ZN en VWS. (2014). Kwaliteits- en Doelmatigheidsagenda Medisch Specialistische zorg. Verbinden, Verbeteren, Borgen.
- NVZ. (2010). Invitational Conference. Spreiding en concentraties ziekenhuisfuncties. Opgehaald van https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/_library/480
- NVZ. (2017, 06 26). €75 miljoen voor substitutie. Opgehaald van Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ): <https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/actueel/huidig-artikel/3442-eur75-miljoen-voor-substitutie>
- NVZ. (z.d.). Bekostiging ziekenhuiszorg. Opgehaald van Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ): <https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/bekostiging-ziekenhuiszorg>

- NVZ, NFU, ZKN, ZN, Ministerie van VWS. (2011, 07 05). Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012 - 2015 tussen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid. Opgehaald van Rijksoverheid: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/besluiten/2011/07/05/bestuurlijk-hoofdlijnenakkoord-2012-2015>
- NZa. (2012). Advies Substitutie - Huisartsenzorg en ziekenhuiszorg op de juiste plek.
- NZa. (2012, 03 29). Zorg op de juiste plek en substitutie. Kenmerk: 12D0011118.
- NZa. (2013-2016). Garantieregeling kapitaallasten - BR/ CU-2142. Opgehaald van https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21426_22/1/
- NZa. (2017). Regeling innovatie voor kleinschalige experimenten. Opgehaald van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0039062/2017-01-03>
- NZa. (2018). Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018 - BR/REG-18122. Opgehaald van https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21739_22/
- Panteia en SEOR. (2013). Frictiekosten transitie jeugdzorg - Een onderzoek naar frictiekosten e nbudgetconsequenties in diverse scenario's. Zoetermeer: Stuurgroep Stelselherziening Jeugd.
- Rekenkamer. (2016). Zorgakkoorden - Uitgavenbeheersing in de zorg deel 4. Opgehaald van <https://www.rekenkamer.nl/publicaties/rapporten/2016/12/06/zorgakkoorden>
- Rijksoverheid. (2009). Antwoorden op de vragen van de commissie VWS over de Begroting VWS 2009. Kamerstuk 31700XVI. Opgehaald van <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/kamerstukken/2008/10/27/antwoorden-op-vragen-over-de-begroting-vws-2009>
- Rijksoverheid. (2017, 06 08). Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2018 ondertekend. Opgehaald van <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2017/06/08/hoofdlijnenakkoord-medisch-specialistische-zorg-2018-ondertekend>
- Rijksoverheid. (2018, 06 08). Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2018 ondertekend.
- Schippers (VWS), M. (2011, 10 14). Kamerbrief zorg en ondersteuning in de buurt. Opgehaald van Rijksoverheid: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2011/10/14/kamerbrief-zorg-en-ondersteuning-in-de-buurt>
- Skipr redactie. (2011, 01 31). IGZ handhaaft kwaliteitsnormen per 2012. Opgehaald van Skipr: <https://www.skipr.nl/actueel/id6677-igz-handhaaft-kwaliteitsnormen-per-2012.html>
- Staatssecretaris OCW. (2016-2019). Frictiekostenregeling regionale publieke media-instellingen 2016-2019. Opgehaald van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0039292/2017-03-09>
- Staatssecretaris VWS en Staatssecretaris V&J. (2018-heden). Beleidsregels subsidieverstrekking bijzondere transitiekosten Jeugdwet. Opgehaald van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0035391/2018-01-01>
- Transitie Autoriteit Jeugd. (2014). Handleiding prognosemodel personele frictiekosten (wachtgeld). Ministerie van VWS.
- Transitiebureau Jeugd. (2013). Handreiking beperking frictiekosten: denkrichtingen voor afspraken om frictiekosten te beperken . Transitiebureau Jeugd (VWS, VenJ en VNG).
- V&VN. (2015, 09 03). Verpleegkundig specialist krijgt graad Master of Science (MSc) . Opgehaald van <https://www.venvn.nl/Berichten/ID/588580/Verpleegkundig-specialist-krijgt-graad-Master-of-Science-MSc>
- ValueCare. (2018 , 02 (laatst bewerkt) 21). Onderlinge dienstverlening gekoppeld aan subtraject (N0496). Opgehaald van [https://www.normenkaderzorg.nl/index.php/Onderlinge_dienstverlening_gekoppeld_aan_subtraject_\(N0496\)](https://www.normenkaderzorg.nl/index.php/Onderlinge_dienstverlening_gekoppeld_aan_subtraject_(N0496))
- WTZi artikel 17. (sd). Opgehaald van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0018906/2017-07-01>
- ZOJP. (2018). Substitutie is belangrijk voor de kwaliteit en betaalbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg. Opgehaald van Zorg op de juist plek: <http://www.zorgopdejuisteplek.nl/>
- Zuiderent-Jerak T, K. T. (2012). De relatie tussen volume en kwaliteit van zorg: tijd voor een brede benadering. Utrecht/ Nijmegen/Rotterdam: Consortium Onderzoek Kwaliteit van Zorg.
- Zd staat voor zonder datum.

Bijlage 3. Geïnterviewde partijen

De partijen/personen die wij voor dit onderzoek geïnterviewd hebben zijn:

- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Zilveren Kruis
- VGZ
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)
- Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Federatie Medisch Specialisten (FMS) (twee keer)
- InEen
- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
- Actiz
- Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG)
- Isala ziekenhuis
- Medisch Centrum Leeuwarden (MCL)
- Laurentius ziekenhuis
- Stichting RIVAS zorggroep
- St. Maartenskliniek
- Bergman clinics
- Keizer Kliniek
- Huisartsen Gelderse Vallei - Ede
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
- Marco Walhout, Lid NBA-commissie Coziek
- Michel van Schaik, Rabobank.



Berenschot

Berenschot is een onafhankelijk organisatieadviesbureau met 350 medewerkers wereldwijd. Al 80 jaar verrassen wij onze opdrachtgevers in de publieke sector en het bedrijfsleven met slimme en nieuwe inzichten. We verwerven ze en maken ze toepasbaar. Dit door innovatie te koppelen aan creativiteit. Steeds opnieuw. Klanten kiezen voor Berenschot omdat onze adviezen hen op een voorsprong zetten.

Ons bureau zit vol inspirerende en eigenwijze individuen die allen dezelfde passie delen: organiseren. Ingewikkelde vraagstukken omzetten in werkbare constructies. Door ons brede werkerrein en onze brede expertise kunnen opdrachtgevers ons inschakelen voor uiteenlopende opdrachten. En zijn we in staat om met multidisciplinaire teams alle aspecten van een vraagstuk aan te pakken.

Berenschot Groep B.V.

Europalaan 40, 3526 KS Utrecht

Postbus 8039, 3503 RA Utrecht

030 2 916 916

www.berenschot.nl

[in /berenschot](https://www.linkedin.com/company/berenschot)