

Rapportage

Next level gezondheidszorg: Hoe de zorg efficiënter en beter kan

Dr. Jan-Peter Heida

Jori Hoendervanger, MSc.

SiRM – Strategies in Regulated Markets B.V.
Nieuwe Uitleg 24
2514 BR Den Haag

Den Haag, november 2016

Contactpersoon:	Jan-Peter Heida
E-mail:	jp.heida@sirm.nl
Telefoonnummer:	06-41362359

Inhoud

1	Inleiding.....	5
1.1	Drie soorten schotten	7
1.2	Schotten op vijf niveaus	8
1.3	Kanteling.....	11
1.4	Acties om de kanteling mogelijk te maken	12
1.5	Potentie van ontschotting van zorg	13
1.6	Leeswijzer.....	17
2	Schotten tussen zorg en overige economische activiteit.....	20
2.1	Financieel.....	22
2.1.1	Uitgaven aan zorg niet (expliciet) verbonden met besparingen in andere domeinen.....	22
2.2	Regulering.....	24
2.2.1	BTW problematiek maakt het lastig voor zorgaanbieders om te outsourcen	24
2.2.2	Bij beoordeling van geneesmiddelen wordt de impact op arbeid marginaal meegewogen	25
2.3	Praktijk.....	26
2.3.1	Ontschotting - Verbinding van zorgverzekering met overige verzekeringen	26
3	Schotten tussen verschillende delen van de zorg.....	28
3.1	Financieel.....	29
3.1.1	Er zijn budgettaire kaders per type zorg	29
3.1.2	Ontschotting – een deel van de AWBZ is overgeheveld naar de Zvw, Wmo en Jeugdwet.....	31
3.1.3	Herschotting – de thuiszorg is opnieuw ingericht.....	34
3.2	Regulering.....	36
3.2.1	Zorg wordt door verschillende partijen ingekocht.....	36
3.3	Praktijk.....	39
3.3.1	Ook het Ministerie van VWS is niet langs patiëntengroepen, maar langs zorgaanbieders georganiseerd.....	39
3.3.2	GGZ deels in de Zvw, deels in Wlz, deels in de Wmo	41
3.3.3	Ontschotting - Samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraars.....	41
4	Schotten binnen de Zorgverzekeringswet.....	44
4.1	Financieel.....	46
4.1.1	Er zijn vier bestuurlijke Hoofdlijnakkoorden om de groei van uitgaven te beteugelen.....	47
4.1.2	Er zijn zeven macrobeheersingsinstrumenten.....	49
4.1.3	Er zijn vier verschillende risicovereveningsmodellen	54
4.2	Regulering.....	57
4.2.1	Definitie van zorgproducten gaat soms substitutie tegen	57
4.2.2	Het systeem voor toelating van intra- en extramuraal geneesmiddelen verschilt	61

4.2.3	De Mededingingswet belemmert samenwerking in de eerste lijn.....	64
4.2.4	Beperkte vergoeding POH-GGZ zorgt voor onnodige verwijzingen.....	66
4.2.5	Ontsotting - Overheveling dure geneesmiddelen.....	67
4.2.6	Ontsotting- medicijn box in het Medisch Spectrum Twente.....	68
4.3	Praktijk.....	69
4.3.1	Door scheiding van inkoop van farmacie en GGZ is inzet van geneesmiddelen mogelijk niet optimaal.....	69
4.3.2	Inkoop door zorgverzekeraars (nog) voornamelijk georganiseerd naar zorgaanbod.....	69
4.3.3	Ontsotting – Met proeftuinen wordt geëxperimenteerd met ontsotting	77
4.3.4	Ontsotting – Voorbeelden van samenwerking over schotten heen.....	79
5	Schotten tussen ziekenhuizen.....	86
5.1	Financieel.....	87
5.1.1	Omzetplafond ziekenhuizen bemoeilijkt aanname nieuwe patiënten.....	87
5.2	Ontsotting – Beschikbaarheidsbijdrage voor STZ-ziekenhuizen in ZonMW TopZorgprogramma.....	88
5.3	Praktijk.....	89
5.3.1	Weesgeneesmiddelen worden vrijwel alleen voorgeschreven bij UMC's.....	89
5.3.2	Overdracht van patiëntengegevens is lastig vanwege verschillende systemen	91
5.3.3	Ontsotting - Radboud Universitair Centrum voor Oncologie	93
6	Schotten binnen ziekenhuizen.....	95
6.1	Financieel.....	96
6.1.1	De inkomsten van het ziekenhuis komen uit meerdere segmenten.....	96
6.1.2	Ontsotting- Schot door ziekenhuis- en honorariumcomponent is verdwenen	97
6.2	Regulering.....	99
6.2.1	De Raad van Bestuur en het Medisch Specialistisch Bedrijf zijn geen integraal geheel	99
6.2.2	De opleiding van medisch specialisten is voornamelijk monodisciplinair.	102
6.3	Praktijk.....	104
6.3.1	Culturele verschillen tussen medisch specialisten, apothekers en huisartsen belemmeren samenwerking.....	104
6.3.2	Weinig interdisciplinair onderzoek door monodisciplinaire afdelingen, tijdschriften en subsidieverstrekkers	106
7	Conclusie	108
8	“Kanteling” van het zorgstelsel.....	109
8.1	Kanteling.....	109
8.2	Acties om de kanteling mogelijk te maken	110
8.2.1	Hanteer het perspectief van de patiënt.....	113
8.2.2	Werk aan een cultuur van samenwerken in de zorg.....	113
8.2.3	Verbeter de transparantie van kwaliteit	114

8.2.4	Werk aan onderling vertrouwen in het onderhandelingsproces	115
8.2.5	Haal zo veel mogelijk reguleringsbarrières weg.	115
8.2.6	Maak het verschuiven van budgetten makkelijker.	116
8.2.7	Stimuleer integrale zorginkoop	116
8.2.8	Maak realistische inschattingen van benodigde middelen.....	117
9	Potentie van ontschotting van zorg.....	119
9.1	Herallocatie van zorg	120
9.1.1	Teledermatologisch consult.....	123
9.1.2	Anderhalvelijns oogzorg.....	124
9.2	Nieuwe situatie	125
9.2.1	Resultaten per diagnose.....	126
9.2.2	Resultaten per aanbieder	127
9.3	Groei	128
9.4	Scenario's.....	131
9.4.1	Slechts de helft van de ingeschatte substitutie haalbaar	131
9.4.2	Best practices in plaats van het gemiddelde.....	131
10	Bijlage	133
10.1	Afkortingen.....	133
10.2	Lijst met geïnterviewden	135
10.3	Voorbeelden van convenanten gemeentes en zorgverzekeraars	135
10.4	Proeftuinen	143
10.5	Modules Achmea	153
10.6	Huidige situatie Kosten van Ziekten model	155
10.7	Clustering diagnosegroepen.....	158
10.8	Verhouding makkelijke/ moeilijke DBC's opendisdata	161
10.9	Inkoopdocumenten Zorgverzekeraars	162
10.10	Overzicht pilots ontschotte zorg.....	166

Noot

Dit is het volledige rapport 'Next level gezondheidszorg: Hoe de zorg efficiënter en beter kan'. Op www.sirm.nl/schotten-in-de-zorg/ is tevens een beknopte samenvatting van dit rapport beschikbaar.

1 Inleiding

De Nederlandse curatieve zorg scoort internationaal gezien goed. Toch merken we in de dagelijkse praktijk dat we tegen grenzen aanlopen.

De zorg is nog steeds voornamelijk georganiseerd vanuit het perspectief van zorgaanbieders en zorgprofessionals in plaats van patiënten. Dat is zorgaanbieders en zorgprofessionals en ook zorgverzekeraars zeker niet altijd te verwijten. De zorg kent vele ‘schotten’ die samenwerking belemmeren.

In opdracht van de Vereniging innovatieve geneesmiddelen Nederland en de farmaceutische commissie van de Amerikaanse kamer van koophandel (AmCham), met betrokkenheid van VNO-NCW, MKB-NL en hun leden, deed SiRM in het voorjaar en zomer van 2015 onderzoek naar deze ‘schotten’ in de zorg. Op basis van vijftien gesprekken en eigen projectervaringen, geven we hier een overzicht van schotten in de zorg en mogelijke oplossingen. Onze opdrachtgever was uiteraard geïnteresseerd in de impact van schotten op geneesmiddelen, maar gaf ons een brede opdracht om de curatieve zorg op ‘schotten’ door te lichten. We hebben tussenresultaten van dit onderzoek besproken met een aantal bestuurders in de zorg, ambtenaren van VWS en het Ministerie van Financiën en een groep van gezondheidseconomen.

We merkten dat vrijwel allen die we hierover spraken, onderschrijven dat de ‘schotten’ in de zorg een belangrijk thema zijn. Het is een van de belangrijkste barrières om de transitie van aanbodgerichte zorg naar werkelijk patiëntgerichte zorg te maken. Schotten kunnen nuttig zijn, ze brengen stabiliteit. Echter, na verloop van tijd kunnen de schotten zorgen voor een te starre situatie.

We hebben drie soorten schotten gevonden die alle drie op vijf niveaus terugkomen.

- De drie soorten zijn:
 - financiële schotten
 - reguleringschotten en
 - praktische schotten.

- Die schotten komen voor:
 - tussen zorg en overige economische activiteit
 - tussen verschillende delen van de zorg
 - tussen sectoren binnen de curatieve zorg
 - tussen zorgaanbieders binnen een bepaalde sector en
 - binnen zorgaanbieders.

In dit document hebben we schotten in de zorg beschreven voor de 5 x 3 combinaties van deze indeling. Deze indeling is niet 'keihard'; voorbeelden of observaties passen soms in meerdere categorieën. Wij hebben dan de meest voor de hand liggende gekozen. Dit onderzoek betreft een gestructureerde inventarisatie van enkele schotten, en geen compleet overzicht. In dit onderzoek ligt de focus op schotten in de ZVW. Er zijn echter ook schotten binnen andere sectoren in de zorg, zoals in de jeugdzorg of de Wmo. Tevens kunnen er lessen geleerd worden uit de ontschotting in de GGZ.

Het risico van onze aanpak is dat het leidt tot een negatieve toonzetting. Enerzijds is dat ook de bedoeling. We observeren dat het huidige stelsel op onderdelen vastloopt en proberen de discussie daarover te structureren. Anderzijds moeten we niet vergeten dat er – ondanks de schotten – toch veel wordt samengewerkt. Het wegnemen van schotten kan die samenwerking belonen en bevorderen dat er meer wordt samengewerkt en dat goede voorbeelden worden overgenomen. We hebben ook mooie voorbeelden gevonden van 'ontschotte' zorg, bijvoorbeeld in de proeftuinen. Meestal is daarbij het doorbreken van de praktische barrières, die vaak te maken hebben met cultuur van de zorgverlening, een eerste stap.

Om daadwerkelijk patiëntgericht te gaan werken, is een 'kanteling' van de zorg nodig. Simpelweg gezegd:

Van de huidige aanbodgerichte zorg naar werkelijk patiëntgerichte zorg.

Om de barrières voor patiëntgerichte zorg weg te halen, is een majeure transitie nodig. We concluderen dat acht concrete acties kunnen helpen bij die transitie. Die acties moeten we nu in gang zetten om de transitie naar patiëntgerichte zorg mogelijk te

maken. Dat verdienen zowel de patiënten als de professionals en organisaties die meer patiëntgericht willen werken.

1.1 Drie soorten schotten

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn geconfronteerd met drie soorten schotten (Figuur 1):

1. Financieel: De uitgaven van zorgaanbieders en zorgverzekeraars worden bepaald binnen verschillende wettelijke kaders. Er worden budgettaire kaders zorg vastgesteld voor drie soorten zorg, de risicoverevening kent vier separate modellen en er zijn zeven macrobeheersingsinstrumenten. De Minister en vier sectoren hebben hoofdlijnenakkoorden afgesloten om de kosten te beheersen. Zorg voor de meeste patiëntengroepen wordt uit één of meerdere van deze budgetten betaald. Dit is verwarrend en substitutie tussen de afgesproken kaders, bijvoorbeeld van ziekenhuis naar eerstelijns zorg, blijkt moeilijk te zijn.
2. Regulering: Regulering en toezicht van de zorg zijn georganiseerd naar soort zorg en soort verzekering. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten specifiek verantwoorden waaraan ze hun geld uitgeven. Bovendien zijn er strakke regels uit welke onderdelen een zorgproduct bestaat. Hierdoor gaat veel tijd verloren aan administratieve lasten. Bovendien belemmeren de regels het optimaal inrichten van de zorg in de keten.
3. Praktijk: Ook als de financiële en reguleringsbarrières samenwerking lastig maken maar niet verhinderen, blijkt samenwerking in de praktijk toch lastig te zijn. Oude regulering is voor een deel gestold in organisatiestructuren, werkgewoontes en denkpatronen. Het kost tijd om dat te veranderen. Bovendien zijn er culturele barrières tussen categorieën zorgaanbieders die samenwerking ten behoeve van de patiënt bemoeilijken. Deze ‘culturele schotten’ zijn er zowel voor organisaties als voor professionals.

Financieel	Regulering	Praktijk
<ul style="list-style-type: none">• Uitgaven van zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn opgedeeld• Budgettair Kader Zorg per soort zorg• Separate modellen risicoverevening• Macrobeheersingsinstrumenten	<ul style="list-style-type: none">• Regulering en toezicht georganiseerd naar soort zorg• Regulering en toezicht georganiseerd naar soort verzekering• Specifieke verantwoording van zorgverzekeraars en zorgaanbieders over uitgegeven geld	<ul style="list-style-type: none">• Oude regulering deels vertaald in organisatiestructuur• Culturele barrières tussen categorieën zorgaanbieders

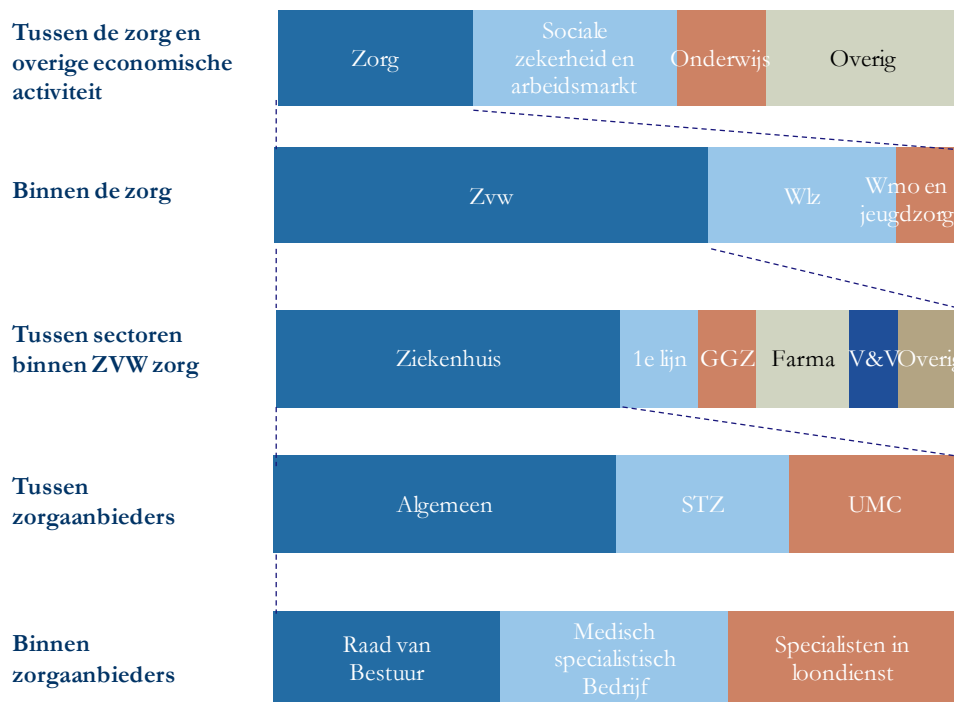
Figuur 1 Verschillende soorten schotten

1.2 Schotten op vijf niveaus

Er zijn schotten in de zorg op vijf niveaus. Wij hebben die ingedeeld naar abstractieniveau, van landelijk tot concreet binnen een instelling (Figuur 2):

1. Schotten tussen de zorg en overige economische activiteit. Zoals bijvoorbeeld tussen zorg en onderwijs en tussen zorg en arbeidsmarkt. Uitgaven in de zorg zijn niet expliciet verbonden met besparingen in andere domeinen, terwijl investeren in de zorg kan leiden tot baten elders in de maatschappij. Door dit niet te adresseren, geven we mogelijk te weinig uit aan specifieke zorg die besparingen elders kan helpen realiseren.
2. Schotten tussen verschillende delen van de zorg, zoals zorg die betaald wordt uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Substitutie tussen deze wettelijke kaders is lastig. Bovendien wordt die zorg door verschillende partijen ingekocht, respectievelijk door vier grote en vijf kleine zorgverzekeraars, zorgkantoren in 32 zorgkantoorregio's en bijna 400 gemeenten die vaak samenwerken. Deze schotten kunnen belemmeren dat de patiënt of cliënt daar wordt geholpen waar dat het meest toepasselijk is. Zo kan bijvoorbeeld een inspanning in het sociale domein helpen om kosten aan zorg uit de Zvw of Wmo te voorkomen.

3. Schotten tussen sectoren binnen de Zvw; zoals ziekenhuizen, eerstelijns zorg, hulpmiddelen en farmaceutische zorg. Door bijvoorbeeld de scheiding van inkoop farmacie en GGZ is de inzet van geneesmiddelen mogelijk niet optimaal. Nieuwe depotmedicatie is bijvoorbeeld duurder dan de (reguliere) orale antipsychotica. Doordat de baten voornamelijk in een andere sector vallen, namelijk de GGZ door minder opnames, hebben zorginkopers geen prikkel deze middelen voor te schrijven. De zorginkoper farmacie wordt namelijk afgerekend op de farmaciekosten en niet op de baten in de GGZ.
4. Schotten tussen zorgaanbieders in een bepaalde sector. Schotten tussen zorgaanbieders belemmeren vooral de overdracht van patiënten. Hierdoor is het lastiger om een deel van de behandeling in het ene en een ander deel in het andere ziekenhuis plaats te laten vinden. Dit komt bijvoorbeeld doordat ziekenhuizen ieder een eigen elektronisch patiëntendossier hebben, waardoor de informatieoverdracht moeilijk gaat. Of doordat ziekenhuizen ieder met een eigen aanneemsom werken. Daardoor kan het overdragen van patiënten tot financiële problemen voor het ontvangende ziekenhuis leiden.
5. Schotten binnen zorgaanbieders. Ondanks de toename in multidisciplinair werken in ziekenhuizen, zijn de organisaties vaak nog gericht op de medisch specialismen in plaats van rond patiëntengroepen. Bovendien is het ziekenhuis organisatorisch opgedeeld in een Raad van Bestuur en het Medisch Specialistisch Bedrijf, met ieder eigen financiële belangen. Daarnaast belemmeren culturele verschillen tussen medisch specialisten, apothekers en paramedici de samenwerking. Patiënten komen terecht bij verschillende zorgverleners. Vertrouwen en kennis in de professionaliteit van de zorgverleners zijn cruciaal voor een samenwerkingsverband om te slagen en de beste zorg voor de patiënt te kunnen leveren.



Figuur 2 Schotten in de zorg op vijf niveaus

De drie soorten schotten die werken op vijf niveaus, maken de zorg erg complex. In de zorg is men niet naïef en realiseert men zich dat er methodes nodig zijn om de budgetten te verdelen en de groei aan uitgaven te beheersen. Echter, het huidige systeem is wel erg complex. We vinden voor al de 15 combinaties van soorten en niveaus van schotten voorbeelden. Door deze vele schotten, raakt het perspectief van de patiënt vaak ondergesneeuwd. Er gaat nu veel managementaandacht en tijd uit naar de financiële consequenties van de schotten. De focus in dit onderzoek ligt op de schotten in de Zvw. Echter, alle niveaus zijn ook van toepassing voor schotten binnen de GGZ en Wmo.

De voorbeelden van ‘ontschotte’ zorg, worden vaak niet of langzaam verder verspreid vanwege de financiële consequenties van de schotten. Bijvoorbeeld het Radboud Universitair centrum voor Oncologie waar patiënten per oncologische aandoening specifieke zorgketens heeft ingericht met elk een medisch specialist als keteneigenaar en het project heropnames COPD, waar onder andere door het toewijzen van een persoonlijke coach die de zorg tussen de verschillende lijnen coördineert het aantal heropnames tracht te verminderen.

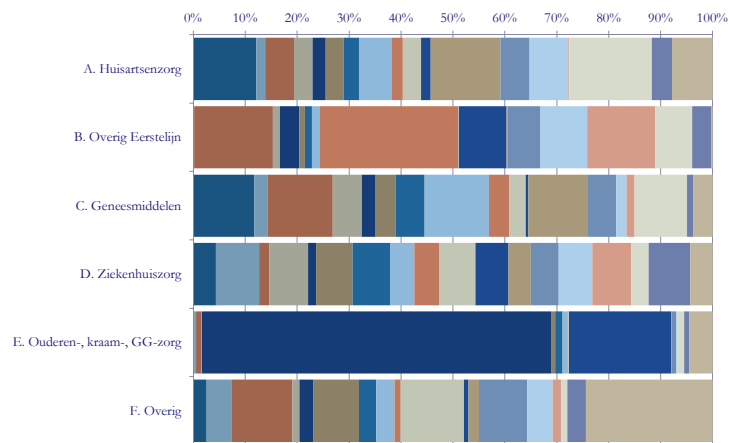
1.3 Kanteling

De zorg is klaar voor een ‘kanteling’. Van financieren, inkopen en organiseren per type zorgaanbieder naar financieren, inkopen en organiseren per type patiënt. Kortom:

Van de huidige aanbodgerichte zorg naar werkelijk patiëntgerichte zorg.

Nu zijn er grofweg zes types aanbieders met ieder hun eigen (deel) budgettair kader en een budgethouder zorginkoop bij de zorgverzekeraar. Een budgethouder voor een bepaald ziekenhuis moet veel verschillende soorten zorg inkopen. Bundeling van de ruim 110 diagnoses die het RIVM onderscheidt, leidt tot ongeveer 18 diagnoseclusters. Zijn collega koopt zorg voor (deels) dezelfde clusters in bij andere zorgverleners, bijvoorbeeld farmaceutische zorg of huisartsenzorg (Figuur 3).

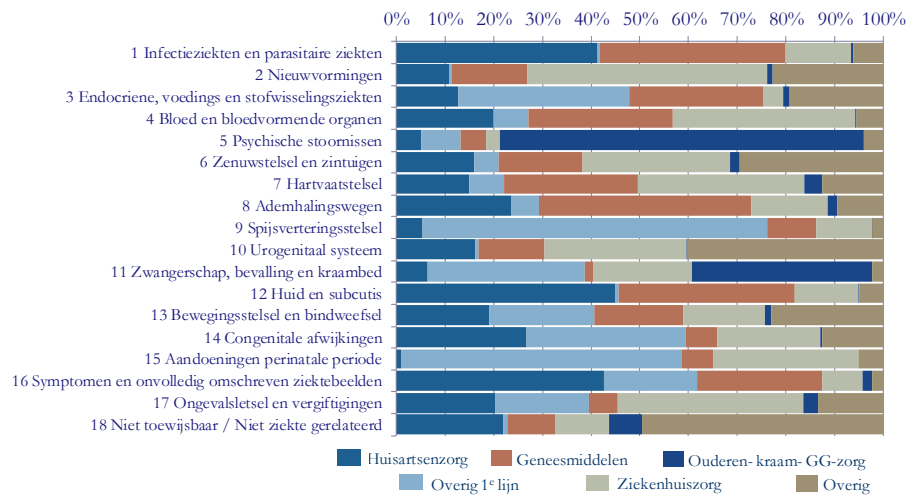
Bij kanteling naar budgethouders per cluster van aandoeningen, wordt de zorginkoop vereenvoudigd. Zorginkoper en zorgaanbieder hebben dan een mandaat om zelf budget over de keten te alloceren zodat de zorg daar wordt geleverd waar dat het meest effectief is (Figuur 4). Door gezamenlijk de zorg per cluster in te kopen, zijn er meer mogelijkheden om de kosten laag te houden.



18 Diagnoses: Infectieziekten en parasitaire ziekten, Nieuwvormingen, Endocriene, voedings en stofwisselingsziekten, Bloed en bloedvormende organen, Psychische stoornissen, Zenuwstelsel en zintuigen, Hartvaatstelsel, Ademhalingswegen, Spijsverteringsstelsel, Urogenitaal systeem, Zwangerschap, bevalling en kraambed, Huid en subcutis, Bewegingsstelsel en bindweefsel, Congenitale afwijkingen, Aandoeningen perinatale periode, Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden, Ongevalseit en vergifgingen, Niet toewijsbaar / Niet ziekte gerelateerd

Bron: SiRM analyse obv Kosten van Ziekten RIVM (2011)

Figuur 3 Per categorie zorgaanbieder worden veel soorten zorg ingekocht



Bron: SIRM analyse obv Kosten van Ziekten RIVM (2011)

Figuur 4 Kanteling naar inkoop en organisatie per type zorg, leidt tot overzichtelijkere inrichting

1.4 Acties om de kanteling mogelijk te maken

De 'kanteling' is geen eenvoudige operatie. Een cynicus zou zeggen dat oude schotten vervangen door nieuwe schotten. De zorg moet nu eenmaal betaald worden, dus er zullen altijd schotten zijn. Ook die nieuwe schotten zullen de nodige problemen met zich mee brengen. Echter, door de 'herschotting' vanuit het perspectief van de patiënt te organiseren, verwachten we dat de zorg verbetert.

Er zijn acties nodig om deze kanteling mogelijk te maken. We focussen daarbij op acties voor de schotten van de niveaus binnen zorgaanbieders, tussen zorgaanbieders en tussen sectoren binnen de Zorgverzekeringswet (Figuur 5). Al deze acties zijn gericht op het versterken van vertrouwen tussen de verschillende partijen in de zorg.

Financieel	Regulering	Praktijk
<ul style="list-style-type: none">• Maak het verschuiven van budgetten makkelijker.• Maak realistische inschattingen van benodigde middelen.	<ul style="list-style-type: none">• Haal zo veel mogelijk redundante reguleringsbarrières weg.• Stimuleer integrale zorginkoop	<ul style="list-style-type: none">• Stimuleer patiëntgericht ondernemerschap• Werk aan een cultuur van samenwerken in de zorg.• Verbeter de transparantie van kwaliteit over de gehele keten• Werk aan onderling vertrouwen in het onderhandelingsproces

Figuur 5 Acties voor het kantelen van de zorg

Op basis van de interviews en discussies hebben we acht actiethema's geformuleerd. Die thema's hebben we voorzien van enkele concrete voorbeeldacties die nu moeten worden ingezet voor impact op korte, middellange en lange termijn. Er is geen magische truck om de problemen van schotten in de zorg op te lossen. Vandaar dat meerdere partijen acties in moeten zetten. Per actie geven we aan welke partij het meest aan zet is, en welke andere partijen er bij betrokken zijn. Dat doen we voor VWS, NZa, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en zorgprofessionals.

Praktische schotten:

1. Stimuleer patiëntgericht ondernemerschap. De leidraad van de zorg moet zijn -wat is nodig om de patiënt goed te behandelen en/of verzorgen. Het moet mogelijk zijn dat ondernemende zorgaanbieders hierop inspringen. De overheid kan dit stimuleren door de bekostiging meer te richten op het behaalde resultaat in plaats van op specifieke verrichtingen. Daarnaast moet de uitwisseling van patiëntgegevens makkelijker worden. Dit kan bijvoorbeeld door een landelijke standaard voor uitwisseling van gegevens vast te stellen.
2. Werk aan een cultuur van samenwerken in de zorg. Maak samenwerken een onderdeel van de cultuur en opleiding van behandelaren en verzorgenden. Als mensen kunnen en willen samenwerken in het belang van de patiënt, zullen ze ook manieren vinden om overige barrières te slechten. Samenwerken zou expliciet opgenomen moeten worden in richtlijnen en het curriculum in de opleiding.

Uit de zorgmonitor van TNS NIPO blijkt dat ‘het niet centraal staan van de patiënt’ en ‘slechte samenwerking tussen zorgprofessionals’ herkend wordt als probleem waar iets aan gedaan moet worden. Volgens patiënten moet de overheid (incl. NZa) zorgen dat de samenwerking tussen zorgverleners verbetert. Zorgprofessionals vinden dat ze zelf hiervoor verantwoordelijk zijn.¹

3. Verbeter de transparantie van kwaliteit over de gehele keten. Patiënten moeten beter zicht krijgen op de kwaliteit van zorg bij verschillende zorgverleners. Nu zijn indicatoren nog vaak gericht op een bepaalde aanbieder, en is er geen geïntegreerd beeld van zorg over de keten. Ook om goed samen te werken, is het nodig dat behandelaars de rest van de keten goed kennen en er samen verantwoordelijkheid voor nemen.
4. Werk aan onderling vertrouwen in het onderhandelingsproces. Zorg dat er een veilige omgeving voor inkopen komt, zodat zorgverzekeraars en zorgaanbieders gezamenlijk kunnen komen tot het beste resultaat. Voor goede onderhandelingen is er onderling vertrouwen en een bereidheid om iets in te leveren (belang) nodig.

Schotten door regulering

5. Haal zo veel mogelijk reguleringsbarrières weg. Veel regulering gaat uit van wantrouwen, bijvoorbeeld dat een arts of verpleegkundige niet via een beeldverbinding of eHealth applicatie zorg kan leveren, maar lijfelijk aanwezig moet zijn. Dit belemmert adoptie van nieuwe technologie. Ontwerp niet alle regulering zodat 99% van de zaken die eventueel fout gaan, worden afgevangen met veel regels. Maar ga uit van goede wil van de professionals en managers in de zorg. Wees niet naïef en zoek waar misbruik van regels gemaakt wordt. De mogelijkheden hiervoor worden met big data technieken steeds beter.
6. Stimuleer integrale zorginkoop. Met integrale zorg komen de prikkels op de juiste plek, bij de juiste partijen te liggen. Het is dan voor alle partijen van belang om zinnige en zuinige zorg te leveren. Daarnaast stimuleert het innovatie. Partijen worden gestimuleerd om met nieuwe innovaties nóg zinnigere en zuinigere zorg te leveren. Het is wel zaak dat er goede afspraken gemaakt

¹ Zorgmonitor 2015/2016: Staan er schotten in de weg van patiëntgerichtheid? TNS Nipo 2016

worden over eventuele opbrengsten. Als partijen niet zelf in deze winst delen, vervalt de prikkel om te innoveren.

Schotten door financiering

7. Maak het verschuiven van budgetten makkelijker. Als budgetten makkelijker tussen de verschillende budgettaire kaders kunnen verschuiven, wordt optimalisatie van de keten beter mogelijk. Formeel kan al veel, maar de cultuur is nog steeds één van schotten per sector. Dat wordt onder andere in stand gehouden door macrobeheersingsinstrumenten. Om dit tegen te gaan zou bijvoorbeeld substitutie hierin verwerkt moeten worden met mogelijke bijstelling als meer wordt gesubstitueerd dan verwacht.
8. Maak realistische inschattingen van benodigde middelen. Als er dan toch financiële beheersingsinstrumenten worden ingezet, gebruik daarvoor dan realistische inschattingen van de ontwikkeling van zorgkosten zodat ook innovatie, bijvoorbeeld door nieuwe medicijnen die op de markt komen, kan worden bekostigd. Spreek bijvoorbeeld een systeem af om de budgetten aan te passen en maak in een eventueel hoofdlijnenakkoord een realistisch verschil in groeipercentages tussen eerste en tweede lijn.

1.5 Potentie van ontschotting van zorg

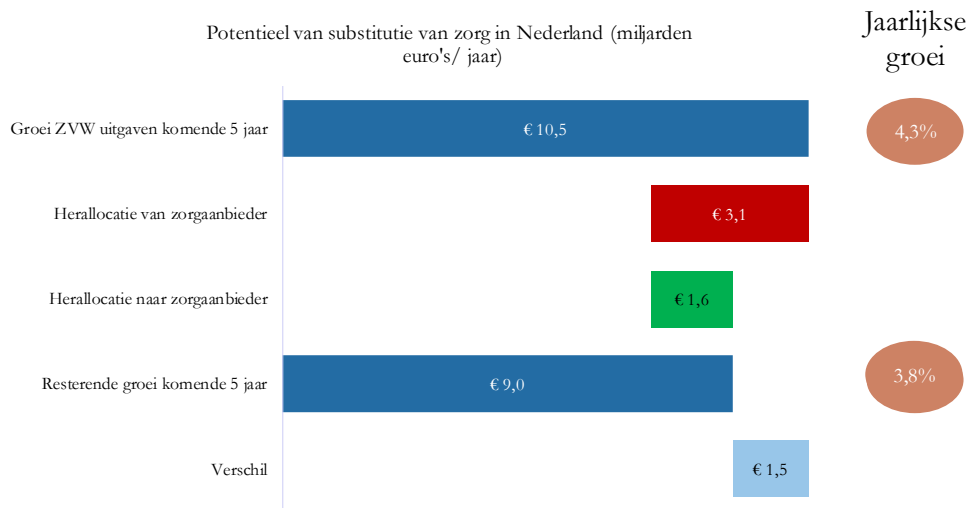
Bij ongewijzigd beleid nemen volgens de Rijksbegroting en het CPB de kosten voor de zorg in het kader van de Zvw de komende vijf jaar toe met €10,5 miljard (gemiddeld +4,3% per jaar)² ³. Een mogelijkheid om deze groei in Zvw uitgaven te beperken, is door ontschotting van zorg. Ontschotting van zorg kan ervoor zorgen dat zorg eerder dáár in de keten geleverd wordt, waar dat het meest efficiënt en effectief is.

Er zijn in Nederland en in het buitenland veel inspirerende voorbeelden van geslaagde substitutie waardoor de patiënt betere zorg krijgt en de zorg efficiënter geleverd wordt. Door de resultaten van ruim 60 lokale pilots en onderzoeken te extrapoleren naar heel Nederland berekenen we de mogelijke potentie van herallocatie van zorg die onder de Zvw valt. Wellicht kunnen ook onder de Wmo en Wlz efficiëntieverbeteringen gehaald worden, die vielen buiten dit onderzoek. De stijging in zorgkosten kan zo worden

² Rijksbegroting 2015 & 2016

³ Een raming van de zorguitgaven 2018-2012, CPB achtergronddocument 30 maart 2016

beperkt met € 1,5 miljard. De uitgaven aan zorg groeien dan de komende vijf jaar 0,6% per jaar minder (; Figuur 6).



Figuur 6 Potentieel van substitutie van zorg in Nederland

Budget kan voornamelijk van 2e lijns aanbieders (MSZ en GGZ) naar 1e lijns aanbieders (huisartsen en eerstelijnscentra) overgeheveld worden. Veel pilots en onderzoeken spelen ook in op de mogelijkheden van zelfmanagement (onder andere door inzet van e-health).

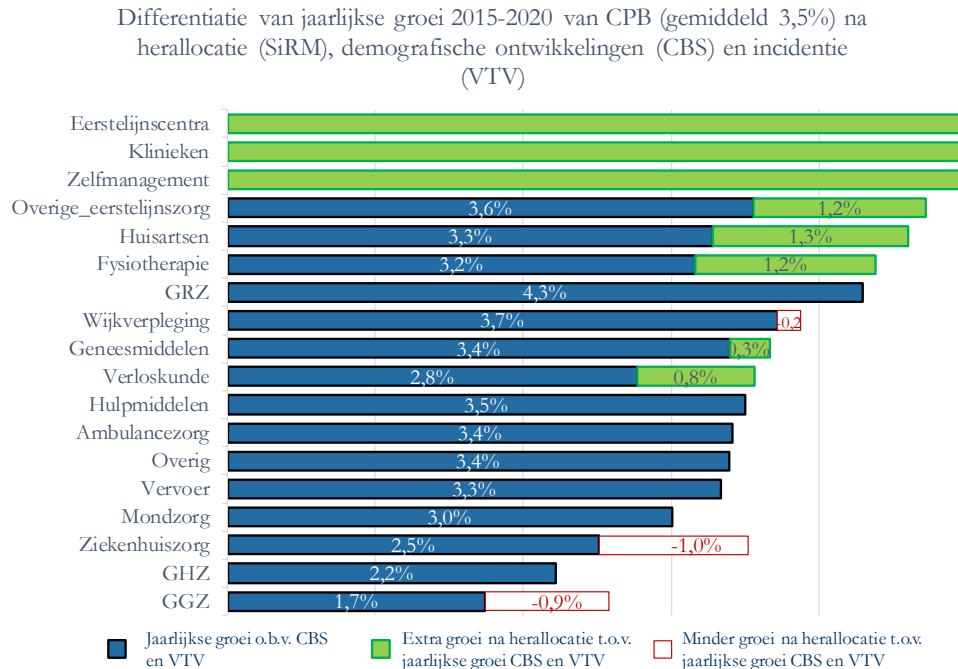
Uit de afsprakenmonitor 2016 blijkt dat er reeds voor € 99,8 miljoen aan substitutieafspraken zijn gemaakt over afname van kosten in de medisch specialistische zorg en geestelijke gezondheidszorg. Een groot deel van deze zorg wordt overgeheveld naar huisartsen en multidisciplinaire zorg (€ 94,8 miljoen).⁴

Herallocatie van zorg houdt in dat de sectoren met een verschillend tempo zullen moeten groeien. Naast de groei op basis van prevalentie en leeftijd (Nederland vergrijst, dus er zal steeds meer zorg voor ouderen nodig zijn)⁵, zullen sectoren waar veel zorg heen verschuift harder moeten groeien dan sectoren waar zorg weggaat. De grootste groei wordt verwacht bij de nieuwe categorieën (eerstelijns centra, klinieken en zelfmanagement). Daarnaast wordt een grote groei verwacht voor overige

⁴ Rapportage afsprakenmonitor 2016, KPMG juli 2016

⁵ Op basis van de demografische ontwikkelingen van CBS en de prevalentie van 25 chronische ziekten in de Volksgezondheid Toekomstverkenning (VTV) van het RIVM (Trendscenario van de prevalentie van ziekten, 2011-2030)

eerstelijnszorg (4,8%) en huisartsenzorg (4,6%). Ziekenhuiszorg en GGZ zullen juist minder hard moeten groeien, respectievelijk met 2,5% en 1,7% (Figuur 7).⁶



Figuur 7 Jaarlijkse groei na herallocatie van zorg

Het betreft hier een eerste inschatting van de potentie van substitutie van zorg in Nederland. Er zijn nog veel lopende initiatieven waar nog geen resultaten over gepubliceerd zijn. Zo worden bijvoorbeeld de resultaten van de proeftuinen pas gepubliceerd in 2018. De potentie van ontschotting is dus waarschijnlijk nog groter.

1.6 Leeswijzer

In dit document behandelen we de vijf niveaus van schotten in hoofdstukken 2 t/m 6. Deze hoofdstukken hebben ieder steeds drie paragrafen voor de soorten schotten. In de paragrafen geven we voorbeelden van schotten en de gevolgen daarvan. We geven daarnaast ook voorbeelden van ‘ontschotting’. In hoofdstuk 7 trekken we de conclusie dat de schotten patiëntgerichte zorg belemmeren en dat een ‘kanteling’ nodig is. In hoofdstuk 8 bespreken we de acties die een dergelijke kanteling en ‘ontschotting’

⁶ Er is ook een kleine vermindering in groei bij Wijkverpleging te zien. Er wordt echter een extra groei verwacht door verschuiving van het Wlz budget naar de wijkverpleging

mogelijk maken. Als laatste komt in hoofdstuk 9 de potentiële winst van ontschotting aan bod.

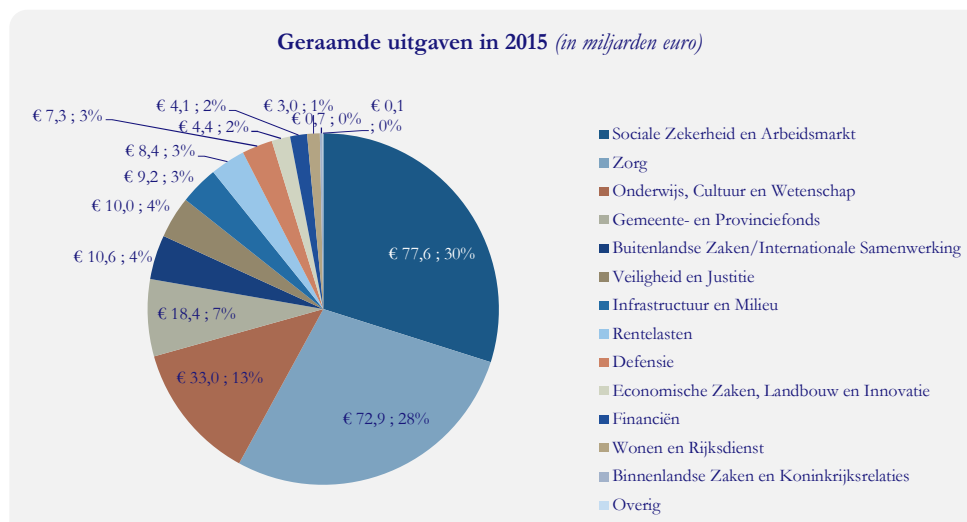
	Financieel	Regulering	Praktijk
Economie (H2)	<ul style="list-style-type: none"> • Uitgaven zorg niet (expliciet) verbonden met besparingen in andere domeinen • 	<ul style="list-style-type: none"> • BTW problematiek maakt het lastig voor zorgaanbieders om te outsourcen • Bij beoordeling van geneesmiddelen wordt de impact op arbeid marginaal meegewogen 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ontschotting – Verbinding van zorgverzekering met overige verzekering</i> •
Zorg (H3)	<ul style="list-style-type: none"> • Er zijn Budgettaire Kaders Zorg per type aanbieder • <i>Ontschotting - Een deel van de AWBZ is overgeheveld naar de Zvw, Wmo en Jeugdwet</i> • <i>Herschotting - De thuiszorg is opnieuw ingericht</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Zorg wordt door verschillende partijen ingekocht • • 	<ul style="list-style-type: none"> • Ook het Ministerie van VWS is niet langs patiëntengroepen, maar langs zorgaanbieders georganiseerd • GGZ deels in de Zvw, deels in de Wlz, deels in de Wmo • <i>Ontschotting - Samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar</i>
Zvw (H4)	<ul style="list-style-type: none"> • Er zijn vier bestuurlijke Hoofdlijnakkoorden om de groei van uitgaven te beteugelen • Er zijn zeven macrobeheersingsinstrumenten • Er zijn vier verschillende risicovereveningsmodellen 	<ul style="list-style-type: none"> • Definitie van zorgproducten gaat soms substitutie tegen • Het systeem van toelating voor intra- en extramurale geneesmiddelen verschilt • Mededingingswet belemmert samenwerking in de eerste lijn 	<ul style="list-style-type: none"> • Door scheiding van inkoop van farmacie en GGZ is inzet geneesmiddelen mogelijk niet optimaal • Inkoop door zorgverzekeraars (nog) voornamelijk georganiseerd naar zorgaanbod • <i>Ontschotting – Medicijn box in Medisch Spectrum Twente</i> • <i>Ontschotting – Med proeftuinen wordt</i>

Next level gezondheidszorg: Hoe de zorg efficiënter en beter kan

	Financieel	Regulering	Praktijk
	<ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none"> • Beperkte vergoeding POH-GGZ zorgt voor onnodige verwijzingen • <i>Ontschotting - Overheveling van dure geneesmiddelen</i> 	<p><i>geëxperimenteerd met ontschotting</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ontschotting – Voorbeelden van samenwerking over schotten heen</i>
Tussen ziekenhuizen (H5)	<ul style="list-style-type: none"> • Omzetplafond ziekenhuizen bemoeilijkt aanname nieuwe patiënten • <i>Ontschotting – Bijzondere financiering van STZ-ziekenhuizen als alternatief voor de academische component in ZonMW TopZorgprogramma</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • • 	<ul style="list-style-type: none"> • Weesgeneesmiddelen worden vrijwel alleen voorgeschreven bij UMCs • Overdracht van patiëntgegevens is lastig vanwege verschillende systemen • <i>Ontschotting – Radboud Universitair Centrum voor Oncologie</i>
Binnen ziekenhuizen (H6)	<ul style="list-style-type: none"> • De inkomsten van het ziekenhuis komen uit meerdere segmenten • <i>Ontschotting - Schot door ziekenhuis- en honorarium-component is verdwenen</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • De Raad van Bestuur en het Medisch Specialistische Bedrijf zijn geen integraal geheel • De opleiding van medisch specialisten is voornamelijk monodisciplinair 	<ul style="list-style-type: none"> • Culturele verschillen tussen medisch specialisten, apothekers en huisartsen belemmeren samenwerking • Weinig interdisciplinair onderzoek door monodisciplinaire afdelingen, tijdschriften en subsidieverstrekkers

2 Schotten tussen zorg en overige economische activiteit

Er zijn schotten tussen zorg en overige economische activiteit. Jaarlijks worden de geplande overheidsuitgaven bekend gemaakt in de miljoenennota. In 2015 zijn de overheidsuitgaven van Nederland € 260 miljard. Dit geld wordt verdeeld over verschillende posten in de begroting. Binnen de 14 posten van de gehele economie gaat er 28% van de uitgaven van Nederland naar Zorg (Figuur 8).⁷ Samen met de post Sociale Zekerheid en Arbeidsmarkt wordt er bijna 60% van de geraamde uitgaven verdeeld. De overige 40% gaat onder andere naar de post Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (13%) en het Gemeente- en Provinciefonds (7%).



Figuur 8 Geraamde uitgaven Nederland in 2015, in miljarden euro

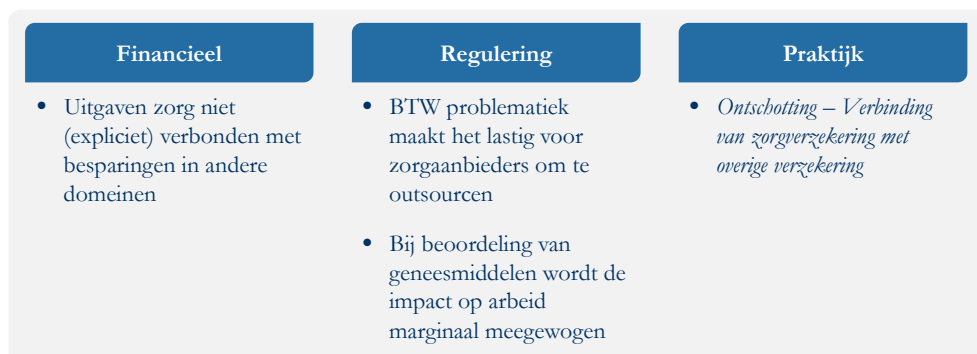
Voor de drie categorieën van schotten tussen zorg en overige economische activiteit vonden we de volgende voorbeelden (Figuur 9):

1. Financieel. De begroting van VWS is niet (expliciet) gekoppeld aan de begroting van overige ministeries. Investeren in de zorg kan leiden tot baten elders in de maatschappij. Er is bijvoorbeeld geen overheveling van middelen van Sociale Zaken vanwege een doelstelling om met betere depressiezorg arbeidsverzuim en – ongeschiktheid te voorkomen. Het is ook lastig omdat te realiseren. Wel zou er voor dergelijke situaties gewerkt kunnen worden met een Maatschappelijke Kosten Baten Analyse (MKBA).

⁷Miljoenennota 2015

2. Regulering. Er zijn meerdere reguleringsaspecten die uitwisseling tussen zorg en de rest van de economie verstoren. Omdat zorg vrijgesteld is van BTW, is het duur om niet-zorgaanbieders, bijvoorbeeld voor gastvrijheid of schoonmaak, in te huren. Hierdoor kan het zijn dat externe partijen mogelijk wel efficiënter diensten kunnen leveren, maar door de BTW heffing, de uiteindelijke kosten voor het ziekenhuis toch hoger zijn. Een ander voorbeeld betreft de toelating van geneesmiddelen. Daarbij wordt de impact op de arbeidsmarkt slechts gedeeltelijk meegewogen. Hierdoor komen geneesmiddelen die een welvaart verhogend effect zouden hebben, mogelijk niet in het pakket.
3. Praktijk. Ook binnen verzekeraars die ook arbeidsongeschiktheid- en verzuimverzekeringen aanbieden, wordt de koppeling met zorg weinig gemaakt. Dit terwijl hier bij de introductie van het stelsel juist veel van werd verwacht. Hierdoor blijven waarschijnlijk kansen liggen om te investeren in preventie of extra snelle re-integratie.

Als gevolg van de schotten tussen zorg en de overige economische activiteit, wordt wellicht te weinig aan specifieke zorg uitgegeven die kan leiden tot baten elders in de maatschappij zoals de arbeidsmarkt. Uitgaven aan dergelijke zorg verlagen het aandeel van het BBP dat we uitgeven aan zorg. Immers, de teller (uitgaven aan zorg) stijgt minder dan de noemer (productie) doordat mensen meer werken. Door het aparte BTW regime voor de zorg, wordt efficiënt werken in de zorg bemoeilijkt.



Figuur 9 Schotten binnen de gehele economie

2.1 Financieel

2.1.1 Uitgaven aan zorg niet (expliciet) verbonden met besparingen in andere domeinen

In de Rijksbegroting van VWS treffen we geen overhevelingen aan vanuit een andere sector. Bijvoorbeeld een investering in zorg om te kunnen besparen op uitgaven aan Sociale Zaken. Een behandeling van een patiënt – en dus uitgaven in de zorgsector - kan naast baten in het zorgdomein, ook leiden tot baten in andere sectoren, zoals het sociale domein. Marc Pomp heeft dit beschreven aan de hand van zes casussen⁸. Uit kosten-baten analyse komt naar voren dat door zes veelvoorkomende ziekten (reuma, diabetes type 2, borstkanker, multiple sclerose, beroerte en migraine) te behandelen met innovatieve geneesmiddelen, jaarlijks tussen de € 0,6 en € 1,6 miljard kan worden bespaard. Dit zijn naast uitgespaarde zorgkosten door een tijdige behandeling ook uitgespaarde kosten voor de maatschappij. Door een goede behandeling kunnen mensen sneller aan het werk, melden zich minder snel ziek, liggen minder lang in het ziekenhuis of hebben minder mantelzorg nodig.

Empirisch bewijs toont aan dat:

- Biologicals leiden tot minder ziekteverzuim bij reuma.
- Middelen die insuline vervangen of aanvullen verhogen de arbeidsparticipatie en leiden tot minder ziekteverzuim bij mensen met diabetes type 2.
- De overlevingskans van patiënten met borstkanker de afgelopen jaren sterk is gestegen. Deze patiënten gaan vaak binnen een jaar na diagnose weer aan het werk.
- Biologicals de kans op een terugval hebben verminderd bij multiple sclerose.
- De kans op een beroerte is gedaald door bloeddrukverlagers, waardoor er minder chronische zorgverlening nodig is.

⁸ Arbeidsbaten en uitgespaarde zorgkosten door innovatieve geneesmiddelen: zes casestudies. Marc Pomp, 2015.

- Behandeling met Triptanen zorgen voor minder arbeidsverzuim bij migraineaanvallen.

Andere onderzoeken tonen aan dat:

- Gezondere mannen van 55 jaar en ouder hebben een hogere kans om 3 jaar later nog aan het werk te zijn in vergelijking met ongezonde mannen. Bij een leeftijd van 55 jaar heeft een gezonde werknemer 90% kans om na drie jaar nog aan het werk te zijn, bij ongezonde werknemers is dit 80%. Op 64-jarige leeftijd werkt 45% van de gezonde mannen tegenover 27% van de ongezonde mannen.⁹
- Gezondheidsinterventies bij laag geboortegewicht leiden tot betere onderwijsresultaten op latere leeftijd.^{10,11}
- Het hebben van een depressie als adolescent kan later leiden tot verminderd succes op de arbeidsmarkt. Als deze depressie voorkomt of behandeld wordt, betekent dit een positief effect op latere arbeidsmarkteffecten.¹²
- Het hebben van ADHD op jonge leeftijd kan leiden tot slechtere arbeidsuitkomsten en criminaliteit.¹³ Behandeling van ADHD op jonge leeftijd met geneesmiddelen kan leiden tot een verlaging van criminaliteit.¹⁴ Het is waarschijnlijk dat behandeling ook tot een verbetering in arbeidsuitkomsten leidt. Overigens is er discussie over de causale interpretatie van het verband tussen ADHD en criminaliteit.

Gevolgen

Investeren in zorg kan leiden tot baten elders in de maatschappij. Door dit niet expliciet te adresseren, geven we mogelijk te weinig uit aan specifieke zorg die besparingen elders

⁹ Wouterse, B. (2013). Economic consequences of healthy aging Alblasterdam: Haveka

¹⁰ Bharadwaj P, Loken KV, Neilson C. Early life health interventions and academic achievement. *The American Economic Review*, 2013;103(5):1862-1891.

¹¹ Chay KY, Guryan J, Mazumder B. Birth cohort and the black-white achievement gap: the roles of access and health soon after birth. *The National Bureau of Economic Research Working Paper no. 15078*, 2009.

¹² Fletcher J. Adolescent depression and adult labor market outcomes. *The Southern Economic Journal*, 2012;80(1):26-49.

¹³ Fletcher J. The effects of childhood ADHD on adult labor market outcomes. *The National Bureau of Economic Research Working Paper no. 18689*, 2013.

¹⁴ Lichtenstein et al. (2012). Medication for attention deficit-hyperactivity disorder and criminality, *English Journal of Medicine*, 367(21), 2006-14.

kan helpen realiseren. Dit wordt onder andere in stand gehouden doordat zorgverzekeraars alleen afgerekend worden op kosten en baten binnen de zorg, en niet op kosten en baten buiten de zorg. Een investering waar geen directe zorgbaten tegenover staat, zal minder snel geïmplementeerd worden door een zorgverzekeraar.

Wellicht kan in relevante gevallen een uitgave aan zorg worden beoordeeld met een Maatschappelijke Kosten Baten Analyse (MKBA). Het CPB adviseert om MKBA's breder toe te passen bij het maken van beleid¹⁵. Het RIVM heeft een aanzet gegeven over het toepassen van MKBAs in de zorg¹⁶.

2.2 Regulering

2.2.1 BTW problematiek maakt het lastig voor zorgaanbieders om te outsourcen

Medische handelingen die gericht zijn op de gezondheidskundige verzorging van individuele mensen zijn vrijgesteld van BTW. Deze vrijstelling geldt voor vrijwel alle zorgaanbieders¹⁷. Als bijvoorbeeld een ziekenhuis diensten extern inkoopt, moet zij hierover echter wel BTW betalen. Deze BTW kan niet terug gevorderd worden bij de belastingdienst. Hierdoor kan het zijn dat externe partijen mogelijk wel efficiënter diensten kunnen leveren, maar door de BTW heffing, de uiteindelijke kosten voor het ziekenhuis toch hoger zijn. Hierdoor kan er geen optimale afweging gemaakt worden tussen het zelf uit voeren of uitbesteden, waardoor mogelijke efficiëntievoordelen niet behaald worden.

Een mogelijke doorbreking van dit schot zou kunnen door de invoer van een BTW-compensatiefonds (BCF). In Nederland bestaat al een BCF waaruit gemeenten en provincies grotendeels worden gecompenseerd voor de door hun betaalde btw. Het doel van het BCF is om gemeenten en provincies zelf een evenwichtige afweging te laten maken tussen welke taken ze zelf doen en welke taken ze uitbesteden. Hierdoor

¹⁵ “Algemene leidraad voor maatschappelijke kosten-batenanalyses”, CPB en PBL, juni 2013

¹⁶ “Op weg naar maatschappelijke kosten-baten analyses voor preventie en zorg”, RIVM, april 2014

¹⁷ Dit geldt voor artsen, paramedici, psychologen en pedagogen, tandartsen en tandtechnici, arbodiensten, ambulancevervoer, verzorging en verpleging in instellingen, maatschappelijke ondersteuning en langdurige zorg, zorgboerderijen, menselijke organen, menselijk bloed en moedermelk. Zie http://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/zakelijk/btw/tarieven_en_vrijstellingen/vrijstellingen/gezondheidszorg/vrijstelling_in_de_gezondheidszorg

kunnen gemeente en provincies beter gebruik maken van de mogelijke efficiencyvoordelen bij uitbesteding. Sinds 2015 heeft het BCF een plafond van ongeveer € 2,8 miljard.¹⁸

Gevolgen

Door zorg anders te behandelen dan andere bedrijvigheid, wordt de zorg minder efficiënt georganiseerd dan mogelijk is. Immers, uitbesteden moet minstens 21% goedkoper zijn. Door efficiënter te organiseren, kan meer zorg worden geleverd voor hetzelfde geld. Bovendien wordt door het opheffen van de btw problematiek, het ondernemerschap in de zorg gestimuleerd.

2.2.2 Bij beoordeling van geneesmiddelen wordt de impact op arbeid marginaal meegewogen

De beoordeling van het Zorginstituut Nederland (ZIN) bepaalt mede wat er wel en niet in het basispakket van de zorgverzekering zit. Het ZIN beoordeelt aan de hand van een kosten-baten analyse of toevoeging van een behandeling of geneesmiddel toegevoegde waarde heeft.¹⁹ In deze kosten-baten analyse moeten ook kosten die buiten de zorg optreden worden meegenomen, zoals zogenaamde productiviteitskosten van ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid of overlijden. Wanneer een werknemer ziek wordt, leidt dit immers tot meer kosten dan enkel medische kosten. Zo hebben er in Nederland bijvoorbeeld meer dan een kwart miljoen mensen tussen de 18 en 65 jaar diabetes, waarvan naar schatting de helft arbeidsongeschikt is.²⁰ Goede gezondheidszorg, die helpt bij de preventie of behandeling van diabetes, kan mogelijk de economische schade van arbeidsongeschiktheid beperken.

Het ZIN bepaalt deze arbeid gerelateerde kosten door middel van de frictiekostenmethode. De frictiekostenmethode gaat er vanuit dat de kosten van productiviteitsverliezen afhankelijk zijn van de periode die een werkgever nodig heeft om een zieke werknemer te vervangen. De periode duurt maximaal 160 dagen. Na deze periode zijn er geen productiviteitskosten meer. Hier wordt dus geen rekening

¹⁸ Rijksbegroting 2015, Vaststelling begroting van het gemeentefonds voor het jaar 2015.

¹⁹ Het advies van ZIN is echter niet altijd leidend. Zo adviseerde ZIN in 2012 om 3 middelen voor de ziektes van Pompe en Fabry niet meer te vergoeden vanuit het basispakket. Echter, de minister van VWS heeft toentertijd toch besloten deze middelen in het basispakket toe te laten.

²⁰ Klink, Ab e.a., 2011, Diabetes Care in the Netherlands, Booz&Co, Amsterdam

gehouden met mensen die mogelijk arbeidsongeschikt raken. In Nederland wordt iemand arbeidsongeschikt verklaard na minimaal 2 jaar werkverzuim.²¹

Het gebruik van deze frictiekostenmethode kan een grote impact hebben op een kosten-baten analyse.²² Zo bedragen de maatschappelijke kosten, in de vorm van arbeidsparticipatie, van reuma ongeveer € 8500,- per jaar wanneer het volledige arbeidseffect wordt meegerekend. Wanneer de frictiekostenmethode wordt toegepast bedraagt dit slechts ongeveer € 1500,- per jaar.²³ In een kosten-baten analyse voor een middel dat reumapatiënten weer gezond genoeg maakt om deel te nemen aan de arbeidsmarkt, kan een verschil van € 6000,- per jaar doorslaggevend zijn voor de beoordeling van het ZiN.

Gevolgen

Uitgaven aan zorg kunnen leiden tot baten elders in de maatschappij. Bij de toetsing of geneesmiddelen worden toegelaten tot het pakket, worden deze baten mogelijk te laag ingeschat. Hierdoor komen geneesmiddelen die een welvaart verhogend effect zouden hebben, mogelijk niet in het pakket. Dit kan ook gelden voor sommige behandelingen, bijvoorbeeld vroege detectie van depressie of burn outs om werkkuitval te voorkomen.

2.3 Praktijk

2.3.1 Ontschotting - Verbinding van zorgverzekering met overige verzekeringen

Een mogelijkheid tot het doorbreken van schotten is er bij de concerns waar zorgverzekeraars toe kunnen behoren.

De meeste zorgverzekeraars in Nederland zijn onderlinge waarborgmaatschappijen waarvan leden de enige aandeelhouders zijn. Uitzondering hierop zijn Achmea en ASR. De vereniging Achmea heeft 65% van de aandelen in handen, 29% van de aandelen is

²¹ <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/wia/vraag-en-antwoord/wia-bepaling-mate-van-arbeidsongeschiktheid.html>

²² <http://www.mejudice.nl/artikelen/detail/beoordeling-basispakket-zorgverzekering-onvolledig>

²³ Boonen, A. en W. Mau, 2009, The economic burden of disease: comparison between rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis, Clin Exp Rheumatol, 27 (Suppl. 55), S112-S117.

in handen van de Rabobank. ASR is voor 100% in handen van NL Financial Investments (NLFI).

Vaak hebben zorgverzekeraars, naast zorgverzekeringen voor particulieren, ook verzekeringen voor bedrijven. Dit kan gaan om een collectieve zorgverzekering voor alle werknemers, of om een ziekteverzuimverzekering. Bijna alle zorgverzekeraars bieden zo'n verzuimverzekering aan, waarbij werkgevers verzekerd zijn voor het uitvallen van een werknemer. Het blijkt echter geen speerpunt te zijn van zorgverzekeraars. Dit terwijl er veel van werd verwacht bij de introductie van de Zorgverzekeringswet in 2006.

Optimalisatie tussen zorg en arbeid komt dus soms binnen verzekeringsconcerns tot stand. Echter, dit is geen grote markt en er wordt niet sterk op ingezet. Daardoor blijven waarschijnlijk kansen liggen om te investeren in preventie of extra snelle re-integratie. In de huidige situatie wordt er voornamelijk onderhandeld over de prijs, in plaats van in te zetten op mogelijkheden tot vermindering van bijvoorbeeld ziekteverzuim.

3 Schotten tussen verschillende delen van de zorg

Ook binnen de zorg zijn schotten (Figuur 10):

1. Financieel. Er zijn aparte wetten met bijbehorende budgettaire kaders voor de verschillende types zorgaanbieder. Zo kennen we zorg op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet. Substitutie tussen deze wettelijke kaders is lastig. Van te voren is al uitgerekend hoeveel geld er naar welk type zorg gaat. Iedere sector heeft hierdoor een prikkel om zorg naar andere sectoren te verplaatsen, zodat het uit een ander budget gefinancierd wordt. Voorbeelden van ontschotting (of 'herschotting') zijn de overheveling van delen van de AWBZ naar zorg op basis van de Wmo, Zvw en Jeugdwet. Inzet van thuiszorg, eerstelijns zorg en ziekenhuiszorg wordt nu vanuit dezelfde wet (Zvw) betaald. Hierdoor is het overigens voor aanbieders van thuiszorg wel ingewikkeld geworden.
2. Regulering. Soms maakt regulering samenwerking lastig. Bijvoorbeeld omdat de langdurige zorg wordt ingekocht door een regionale monopolist (het Zorgkantoor), terwijl de curatieve zorg wordt ingekocht door concurrerende zorgverzekeraars. Deze partijen hebben er belang bij dat de kosten bij een andere partij komen te liggen. Dit resulteert in strakke budgettering van ieder onderdeel waardoor de huidige verhoudingen in uitgaven 'bevroren' worden en substitutie en innovatie moeilijk tot stand komt.
3. Praktijk. De schotten blijken ook doorgevoerd te zijn in de organisatie van het Ministerie van VWS langs types aanbieders in plaats van patiëntengroepen. Dit kan afdeling overstijgende projecten bemoeilijken. Daarnaast wordt de GGZ bekostigd vanuit én de Zvw én de Wlz én de Wmo, waardoor de zorgkosten niet altijd vanuit het perspectief van de verzekerde als geheel worden bekeken. Er wordt wel geëxperimenteerd met ontschotting. Zoals in de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Deze samenwerking speelt vaak in op preventie, zelfredzaamheid, eigen regie en een integraal zorgaanbod.

De schotten tussen verschillende onderdelen van de zorg, kunnen belemmeren dat de patiënt of cliënt daar wordt geholpen waar dat het meest toepasselijk is. Zo kan

bijvoorbeeld een inspanning in het sociale domein helpen om kosten aan zorg uit de zorgverzekeringwet of wet langdurige zorg te voorkomen.

Financieel	Regulering	Praktijk
<ul style="list-style-type: none">• Er zijn Budgettaire Kaders Zorg per type aanbieder• <i>Ontsotting - Een deel van de AWBZ is overgeheveld naar de Zvw, Wmo en Jeugdwet</i>• <i>Herschotting - De thuiszorg is opnieuw ingericht</i>	<ul style="list-style-type: none">• Zorg wordt door verschillende partijen ingekocht	<ul style="list-style-type: none">• Ook het Ministerie van VWS is niet langs patiëntengroepen, maar langs zorgaanbieders georganiseerd• GGZ deels in de Zvw, deels in de Wlz, deels in de Wmo• <i>Ontsotting - Samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar</i>

Figuur 10 Schotten binnen de zorg

3.1 Financieel

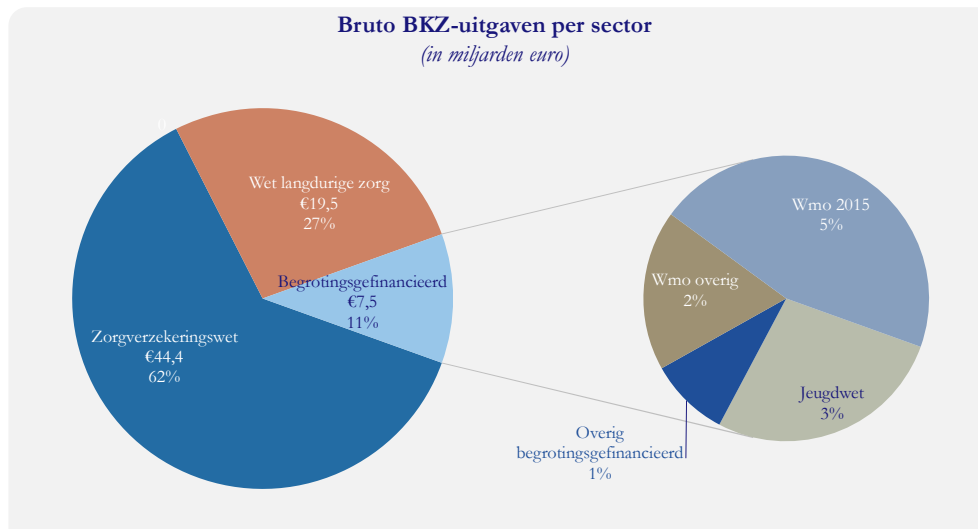
3.1.1 Er zijn budgettaire kaders per type zorg

Naast de schotten tussen zorg en overige delen van de economie, zijn er ook schotten binnen de zorg. Iedere wet op basis waarvan de zorg wordt bekostigd, kent een eigen budget; de budgettaire kaders zorg (BKZ). Deze budgetten worden vaak ook binnen het kader van één wet verder verdeeld (zie volgende hoofdstuk).

In het BKZ worden de budgetten per deelsector van de zorg bepaald (Figuur 11). Het grootste deel (62%) van het BKZ bestaat uit de Zvw²⁴. De rest van het budget gaat naar de Wlz (27%), en de post begrotingsgefinancierd die bestaat uit de Wmo (7%), de Jeugdwet (3%) en overige begrotingsgefinancierde zorg²⁵ (1%).

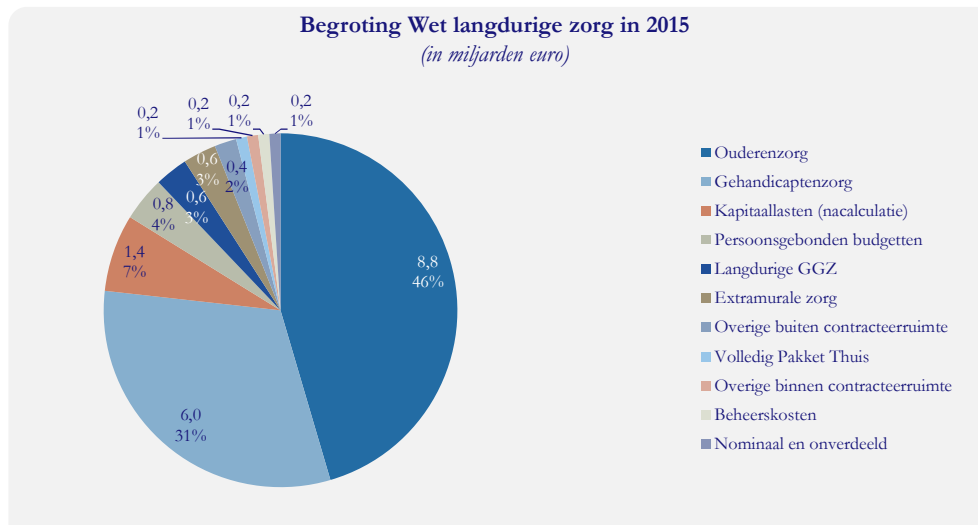
²⁴ Begroting 2015, Ministerie van VWS 2015

²⁵ Onder begrotingsgefinancierde zorg valt de subsidieregeling overgang integrale tarieven MSZ, zorgopleidingen, Wtcg, subsidieregelingen abortusklinieken, zorg Caribisch Nederland en loon- en prijsbijstellingen



Figuur 11 Bruto BKZ-uitgaven per sector in 2015

De Wlz bestaat voor bijna de helft uit ouderenzorg. Daarnaast bestaat de Wlz voor ruim een kwart uit gehandicaptenzorg (Figuur 12).



Figuur 12 Begroting Wet langdurige zorg in 2015, in miljarden euro

€ 7,5 miljard euro is begroot voor begrotingsgefinancierde zorg. Hieronder vallen de Wmo en de Jeugdwet, die beiden worden gefinancierd door de gemeente. Gemeenten kunnen zelf invulling geven aan het ontschotte deelfonds sociale domein, ze hebben binnen de wettelijke kaders beleids- en bestedingsruime. Binnen de begrotingsgefinancierde zorg is dus geen extra schot aanwezig. De begroting is slechts

een indicatie van hoe het budget besteed zou kunnen worden. Vaak zullen gemeentes de afzonderlijke onderdelen van het gemeentefonds als kader aanhouden, alhoewel die beleidsruimte dus wel aanwezig is. In totaal wordt er bijna € 5,0 miljard begroot voor Wmo.

Onder de begrotingsgefinancierde zorg valt ook de nieuwe Jeugdwet. De Jeugdwet bestaat in de begroting van 2015 uit een AWBZ-deel jeugdwet en een Zvw-deel jeugdwet met een totaal van ruim € 2,0 miljard.

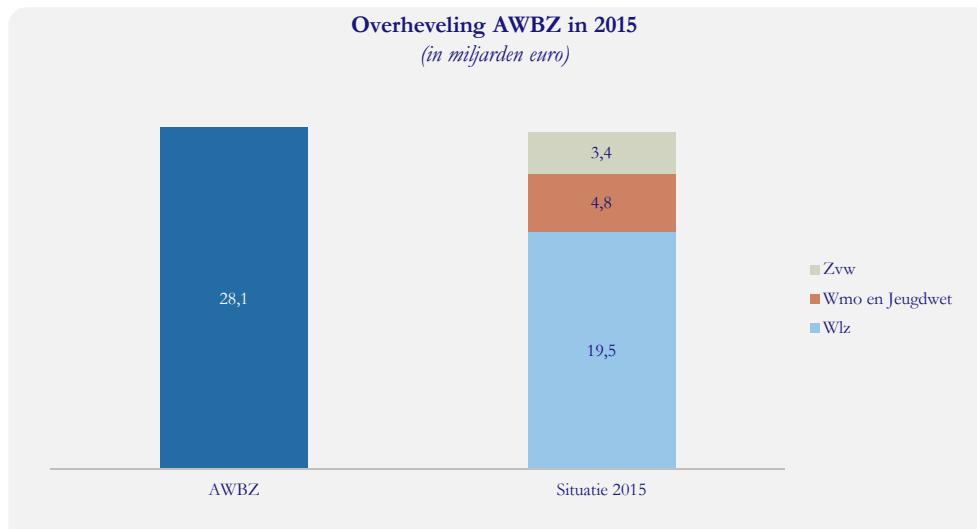
Gevolgen

Door het BKZ worden stevige schotten geplaatst tussen de verschillende sectoren zorg. Van te voren is al uitgerekend hoeveel geld er naar welk type zorg gaat. Iedere sector heeft een prikkel om (niet begrote) zorg naar de andere sector te verplaatsen. Maatschappelijk gezien moeten zorgverzekeraars met gemeentes samenwerken om, door inzet in het sociale domein, kosten aan zorg te voorkomen (zie ook paragraaf Ontschotting - Samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraars^{3.3.3}). Echter, gemeenten hebben juist een prikkel om minder uit te geven aan het sociale domein.

3.1.2 Ontschotting – een deel van de AWBZ is overgeheveld naar de Zvw, Wmo en Jeugdwet

Er zijn ook voorbeelden waar juist schotten zijn weggenomen binnen de zorg. Zo heeft er in 2015 een ontschotting plaatsgevonden door de decentralisatie van de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ). In 2014 werd er € 28 miljard voor de AWBZ begroot. Het grootste deel van dit budget, € 20 miljard, is opgegaan in de nieuwe Wlz²⁶. De rest van het budget is overgeheveld naar de Wmo, Jeugdwet en Zvw (Figuur 13). Door een doelmatigheidskorting en een transitieregeling hervorming langdurige zorg valt het totaal aan kosten voor voormalig AWBZ-zorg lager uit in 2015.

²⁶ Begroting 2014, Ministerie van VWS 2014; begroting 2015, Ministerie van VWS, 2015.



Figuur 13 Overheveling AWBZ in 2015, in miljarden euro

De Wlz is in 2015 ingegaan en neemt het grootste deel van de zorg van de AWBZ over. De Wlz is er voor mensen die de hele dag zeer intensieve en zware zorg nodig hebben, dit kan zijn thuis of in een instelling. Het gaat hier voornamelijk om chronisch zieken, gehandicapten en ouderen. De Wlz beoogt zorg dichterbij de patiënten, zodat deze langer (zelfstandig) thuis kunnen blijven wonen.

Een kleiner deel van de AWBZ is overgeheveld naar de Zvw. Het gaat hier om 3 soorten zorg:

1. Extramurale verpleging en verzorging (wijkverpleging).
2. De behandeling van doven en blinden.
3. De eerste 3 jaar van een langdurige GGZ-opname. Na 3 jaar gaan deze personen naar de Wlz toe.

Een laatste deel van de AWBZ wordt overgeheveld naar het gemeentebudget (Wmo). Het betreft minder zware en intensieve zorg. Hieronder vallen bijvoorbeeld de hulp aan burgers om zelfstandigheid te bevorderen, kortdurend verblijf (maximaal 3 dagen per week) in een instelling, dak- en thuislozenopvang en 5% van de verzorging thuis^{27,28}. De

²⁷ 95% van de persoonlijke verzorging valt onder de Zvw, 5% onder de Wmo. De 5% zijn patiënten met persoonlijke verzorging met een indicatie op basis van de grondslagen psychiatrische aandoening of beperking, verstandelijke of zintuiglijke handicap.

²⁸ Informatiekaart Afbakening Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 en wijkverpleging Zorgverzekeringswet, Ministerie van VWS december 2014

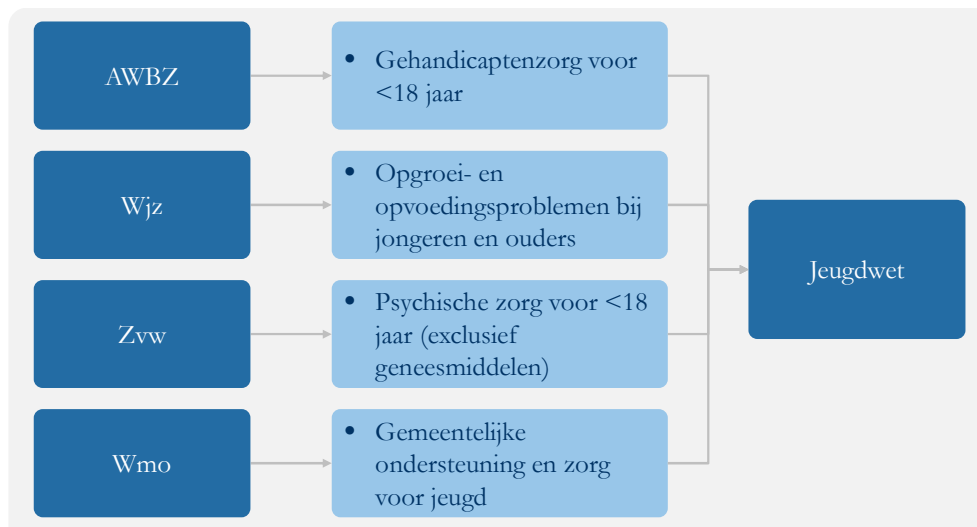
gehandicaptenzorg voor personen jonger dan 18 jaar valt onder de nieuwe Jeugdwet (Figuur 14).



Figuur 14 Overheveling van de AWBZ naar de Wlz, Zvw, Wmo en Jeugdwet

De Jeugdwet is in 2015 ingegaan en vervangt de vroegere Wet op jeugdzorg (Wjz). De nieuwe Jeugdwet beoogt gecentraliseerde zorg voor jongeren (ontschotting).

De Wjz was verantwoordelijk voor opgroei- en opvoedingsproblemen bij jongeren en ouders. Onder de Jeugdwet valt nu ook de psychische zorg voor personen jonger dan 18 jaar. In 2014 werd deze zorg bekostigd vanuit de Zvw. De kosten van geneesmiddelen voor deze doelgroep vallen nog wel onder de Zvw. Vanuit de Wmo is de gemeentelijke ondersteuning en zorg voor jeugd overgeheveld naar de Jeugdwet (Figuur 15).



Figuur 15 Verschillende soorten zorg zijn opgegaan in de Jeugdwet

De AWBZ en de Jeugdzorg zijn voorbeelden waarbij er ontschotting plaats heeft gevonden binnen het wettelijk kader. Bij de AWBZ is er ook weer een schot toegevoegd, door de nieuwe Wlz. Bij de Jeugdwet zijn de verschillende soorten zorg die onder de verschillende wetten samengevoegd, waardoor nu alle zorg voor de jeugd onder één wet valt. De geneesmiddelenkosten vallen nog wel onder de Zvw.

3.1.3 Herschotting – de thuiszorg is opnieuw ingericht

Thuiszorg is de zorg die hulp of ondersteuning die aan huis geleverd wordt, wanneer de omgeving van de patiënt dit niet meer kan bieden. Voorheen werd thuiszorg voor het grootste deel bekostigd uit de AWBZ, alleen huishoudelijke hulp viel onder de Wmo. Na de overheveling van de AWBZ in 2015 wordt thuiszorg bekostigd uit drie wetten, de Zvw, Wmo en Wlz (Figuur 16)²⁹. Doel van deze overheveling was dat de thuissituatie het uitgangspunt voor het leveren van zorg zou moeten zijn. Het moet mogelijk zijn voor ouderen om langer zelfstandig thuis te blijven wonen met eigen regie over de zorg. Door goede wijkzorg wordt persoonlijke zorg verbonden met wonen, werken en mobiliteit.

²⁹ Begroting 2015, Ministerie van VWS 2015

Er wordt hierdoor een groter beroep gedaan op mantelzorgers. Dit leidt tot een besparing in zorgkosten, doordat er minder ouderen instellingen en zorgthuizen.³⁰

De verschillende onderdelen van thuiszorg worden nu bekostigd door:

- De Zvw:
 - Wijkverpleging (verpleging en verzorging thuis).

- De Wmo:
 - Huishoudelijke hulp.
 - Dagbesteding.
 - Begeleiding in omgang met computers en andere apparaten.
 - Begeleiding bij het omgaan met mogelijke beperkingen.
 - Persoonlijke verzorging thuis^{31, 32}

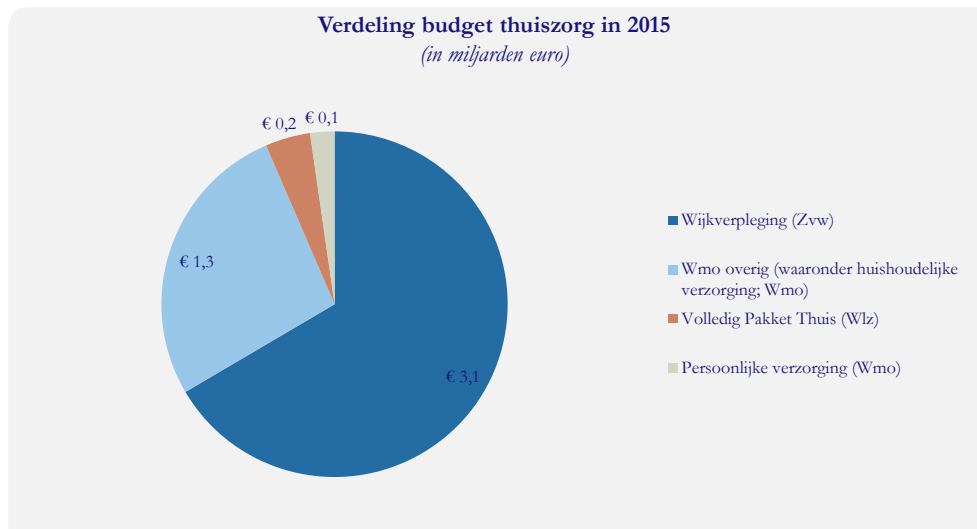
- De Wlz:
 - Intensieve en langdurige zorg (24 uur, 7 dagen per week).

Daarnaast valt een deel van de thuiszorg onder het Persoonsgeboden Budget (PGB) uit het Gemeentefonds. Het PGB kan echter ook aan andere zaken dan thuiszorg besteed worden.

³⁰ Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2010.

³¹ 95% van de persoonlijke verzorging valt onder de Zvw, 5% onder de Wmo. De 5% zijn patiënten met persoonlijke verzorging met een indicatie op basis van de grondslagen psychiatrische aandoening of beperking, verstandelijke of zintuiglijke handicap.

³² Informatiekaart Afbakening Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 en wijkverpleging Zorgverzekeringswet, Ministerie van VWS december 2014



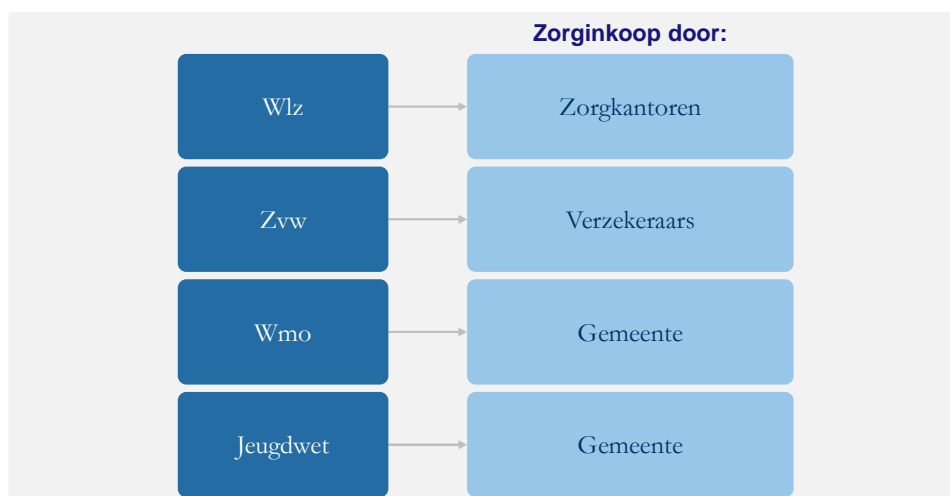
* Exclusief het Persoonsgebonden Budget (PGB). Een deel van dit geld kan namelijk ook buiten de thuiszorg besteed worden

Figuur 16 Verdeling budget thuiszorg in 2015, exclusief het PGB

3.2 Regulering

3.2.1 Zorg wordt door verschillende partijen ingekocht.

De schotten tussen de verschillende zorgwetten worden versterkt doordat verschillende partijen de zorg inkopen. Zo zijn zorgkantoren verantwoordelijk voor de inkoop van de zorg die onder de Wlz valt en zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de zorg die onder de Zvw valt. Gemeentes zijn verantwoordelijk voor de inkoop van zorg die onder de Wmo en de Jeugdwet valt (Figuur 17).



Figuur 17 Zorginkoop wordt door verschillende partijen gedaan

Partijen zijn niet verplicht om alle zorgaanbieders een contract aan te bieden. Wel zijn ze verantwoordelijk voor het borgen van de continuïteit van zorg.

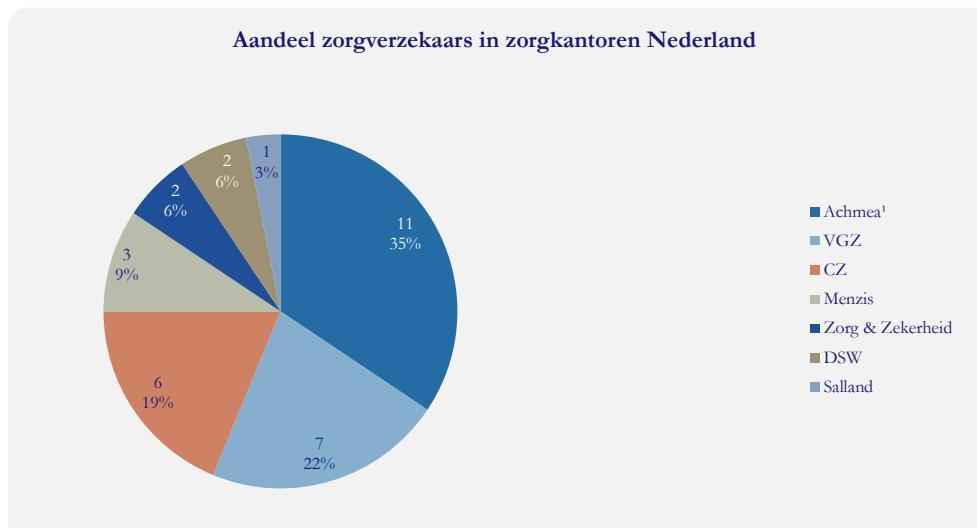
Om de juiste zorg op de juiste plek te leveren, moeten de verschillende zorginkopers goed samen werken met elkaar. Een voorbeeld is de zorginkoop bij thuiszorg, deze wordt gedaan door de zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten. Inkoop van langdurige zorg kent regionaal monopolie, van curatieve zorg juist concurrentie

Een ander schot wordt veroorzaakt door de manier waarop de langdurige zorg in Nederland gecontracteerd wordt. Per regio in Nederland is een zorgverzekeraar als concessiehouder aangewezen, die daarmee verantwoordelijk is voor de juiste uitvoering van de Wlz in die regio. De zorgverzekeraar sluit als zorgkantoor contracten af met zorginstellingen over zorg die valt onder Wlz. De taken van een zorgkantoor zijn onder andere:

- Contracteren van de Wlz in de regio.
- Voorlichting over de Wlz geven aan de inwoners in de regio.
- Uitvoeren van de subsidieregelingen, zoals het persoonsgebonden budget (PGB).
- Overleg faciliteren met zorgverleners, patiënten en instellingen in de regio.

Nederland is verdeeld in 32 zorgkantorregio's (Figuur 18).³³

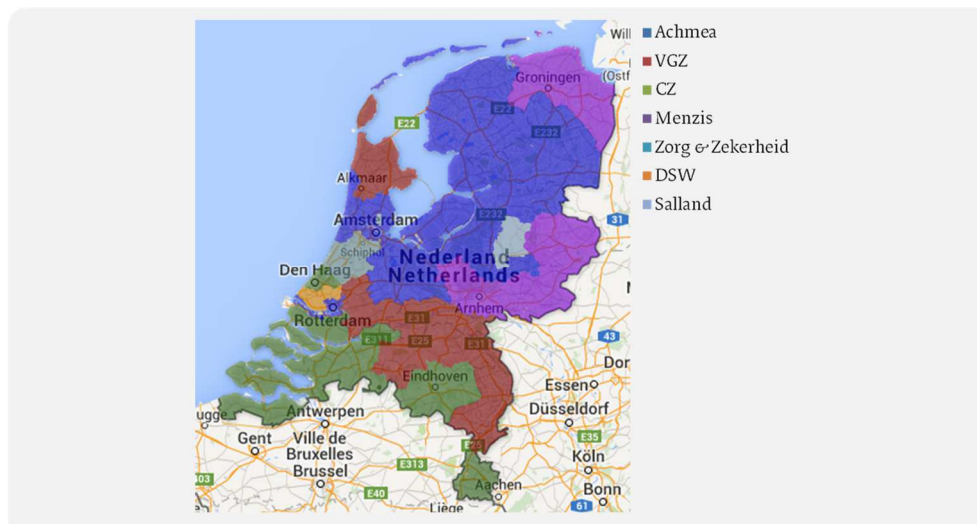
³³ Besluit aanwijzing zorgkantoren, geldig op 14-04-2015



¹ Onder Achmea valt ook het Zorgkantoor Friesland (onderdeel van zorgverzekering De Friesland)

Figuur 18 Aandeel zorgverzekers in zorgkantoren in Nederland in 2015

Zorgverzekers zijn concessiehouder in regio's waar ze marktleider zijn (Figuur 19). De concessiehouder heeft een monopolie in de desbetreffende regio. De concessiehouder bepaalt welke zorg bij welke instelling in die regio gecontracteerd wordt. Een verzekerde hoeft niet bij de desbetreffende zorgverzekeraar verzekerd te zijn om zorg te krijgen.



Figuur 19 Verdeling concessiehouders zorgkantoren in Nederland

Gevolgen

Nederland geeft relatief veel uit aan langdurige zorg. Er wordt geprobeerd om de uitgaven aan langdurige zorg (door zorgkantoren) te dempen door uitgaven te verplaatsen naar het sociale domein (door gemeenten) en wijkverpleging (door zorgverzekeraars). Al deze partijen hebben er echter belang bij dat de kosten bij een andere partij komen te liggen. Dit resulteert in strakke budgettering van ieder onderdeel waardoor de huidige verhoudingen in uitgaven ‘bevroren’ worden en substitutie en innovatie moeilijk tot stand komt.

3.3 Praktijk

3.3.1 Ook het Ministerie van VWS is niet langs patiëntengroepen, maar langs zorgaanbieders georganiseerd

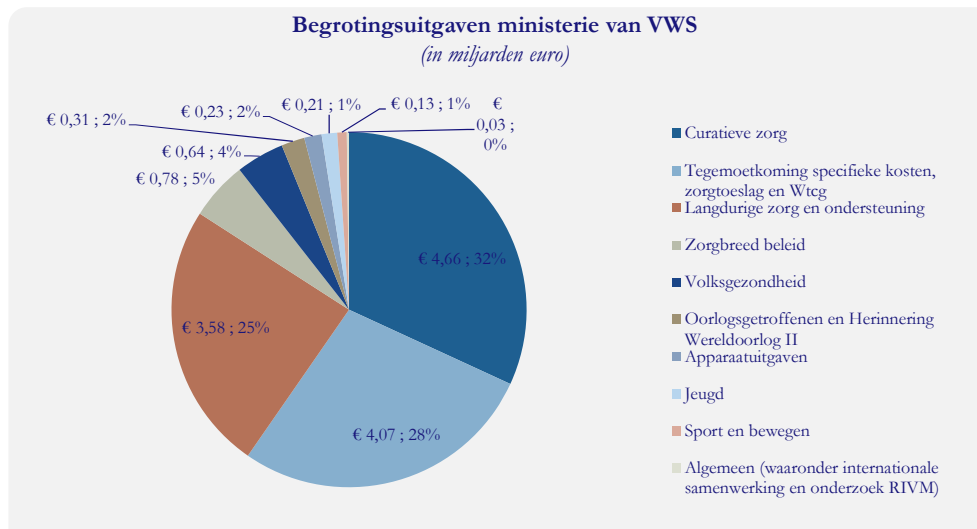
De schotten vinden we terug in de structuur van het ministerie van VWS. De hoofdstructuur van het ministerie van VWS bestaat uit de volgende dienstonderdelen³⁴:

- Algemene leiding
- Het directoraat-generaal Curatieve Zorg.
- Het directoraat-generaal Langdurige Zorg.
- Het directoraat-generaal Volksgezondheid.
- De stafdirecties.

Naast het BKZ heeft het ministerie ook een aparte begroting (Figuur 20). De VWS-begroting bevat onder andere uitgaven voor preventie, internationale samenwerking en sport. Ook uitgaven om het zorgstelsel goed te laten functioneren, maar die niet direct zijn te relateren aan de zorgverlening, komen rechtstreeks ten laste van de begroting.³⁵

³⁴ Organisatiebesluit VWS 2012, geldend op 20-01-2015

³⁵ Begroting 2015; Voorstel van wet Ministerie van VWS 2015



Figuur 20 Begrotingsuitgaven van het ministerie van VWS in 2015

Sommige onderwerpen zijn te breed om door één DG behandeld te worden. Een voorbeeld hiervan is te zien bij de Macro-economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt, verantwoordelijk voor de lange termijn strategie van VWS. Deze directie kijkt naar een goede aansluiting tussen opleidingen en arbeidsmarkt, het behoud van personeel in de sector, goede beroepenstructuur en het verbeteren van de arbeidsproductiviteit. Zo wordt er samen met de DG Volksgezondheid gekeken of er voldoende mensen worden opgeleid voor de zorg. Met de directie Curatieve Zorg naar de ontwikkeling van e-health en het eigen risico van verzekerden. Ook de directie Zorgverzekeringen is een DG overstijgende directie. De directie gaat namelijk zowel over de curatieve zorg als de langdurige zorg. Verder werken de verschillende directies vooral voor de beleidsdossiers van de DG waartoe ze behoren.

Gevolgen

Ook de overheid is dus ingericht naar zorgaanbieders in plaats van naar groepen van patiënten. Net zoals in iedere grote organisatie, kan de structuur van de organisatie afdeling overstijgende projecten bemoeilijken. Bovendien is er een risico dat door organisatie naar type zorgaanbieder, de belangen van de beroepsgroep beter vertegenwoordigd worden dan de belangen van patiënten. Simpelweg gesteld; op het ministerie is een aanspreekpunt ziekenhuizen; er is geen aanspreekpunt cardiologische zorg.

3.3.2 GGZ deels in de Zvw, deels in Wlz, deels in de Wmo

Alle geestelijke gezondheidszorg (GGZ) die gericht is op genezing valt onder de Zorgverzekeringswet, de basisverzekering. Er is één uitzondering: verblijf in een ggz-instelling valt alleen het eerste drie jaar onder de Zorgverzekeringswet. Is een langer verblijf nodig, dan valt dit onder de Wet Langdurige Zorg (Wlz). De gemeenten regelen onder andere het beschermd wonen voor mensen met een psychiatrische diagnose. Zorgverzekeraars zijn veelal georganiseerd naar sectoren, bijvoorbeeld huisartsenzorg, farmacie, GGZ, MSZ et cetera. De zorgkosten worden dus niet altijd vanuit het perspectief van de verzekerde als geheel bekeken. Investerings in de ene sector kunnen echter leiden tot baten in een andere sector.

Zo kan investeren in preventie door de huisarts, mogelijk leiden tot het eerste signaleren van psychische problemen. De huisarts heeft een goed bereik, ook onder lage SES en weet ook wat er lokaal te doen is aan leefstijlactiviteiten. De preventie is erop gericht om ernstige psychische problemen te voorkomen of tijdig op te sporen en te behandelen. Dit kan bijvoorbeeld met behulp van e-health. Een patiënt met psychische ziekte die in een vroeg stadium voorkomen of behandeld is, hoeft mogelijk niet doorverwezen te worden voor een (duurdere) behandeling in het ziekenhuis.

3.3.3 Ontschotting - Samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraars

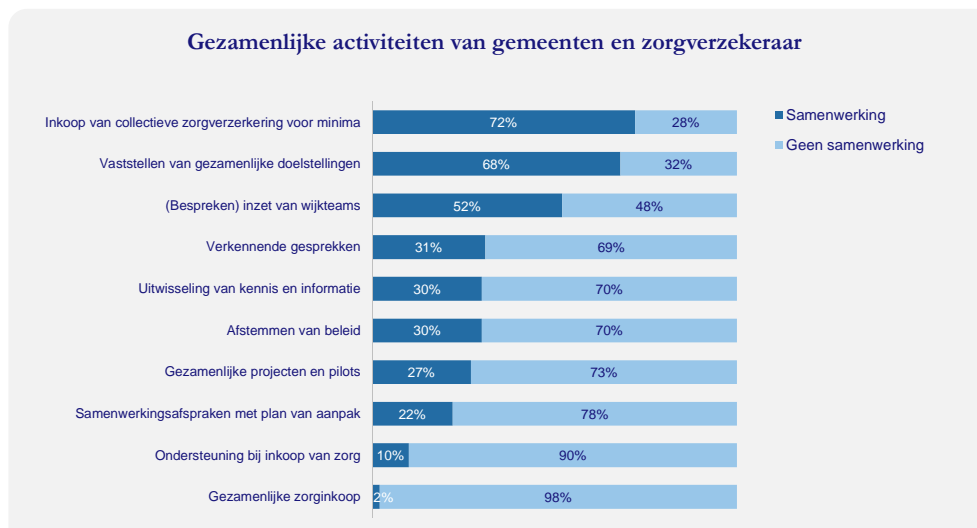
Er zijn meerdere voorbeelden waar zorgverzekeraars met gemeenten afspraken hebben gemaakt om goede basiszorg dicht bij de patiënt te organiseren, om zo de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden. De partijen moeten hiervoor een omslag maken van zorg en ziekte naar gedrag en gezondheid.³⁶ Dit vraagt veel meer van de zelfredzaamheid en eigen regie van de burger.

Door een goede samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten kan er een juiste aansluiting van de verschillende zorgvormen en voorzieningen bereikt worden. Dit is des te meer nodig na de decentralisatie van de AWBZ naar de Zvw, Wlz, Wmo en

³⁶ Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2010.

Jeugdzorg. De samenwerkingsverbanden richten zich vooral op zorg. De koppeling met onderwijs, veiligheid en werk wordt nog nauwelijks gemaakt.

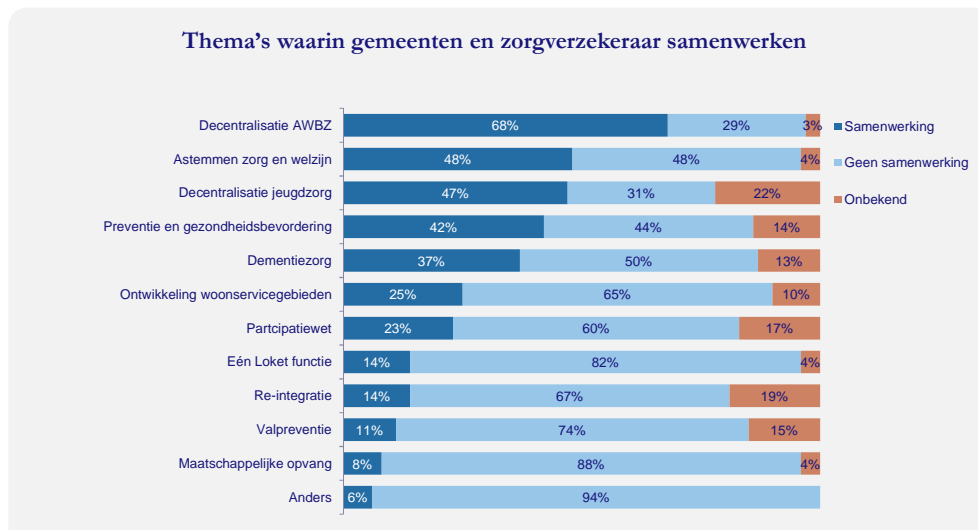
Steeds meer gemeenten werken samen met zorgverzekeraars. 89% van de gemeenten heeft contact met één of meerdere zorgverzekeraars.³⁷ Gemeenten en zorgverzekeraars werken het meeste samen in de inkoop van collectieve zorgverzekeringen voor minima. Het gaat hier om zorgverzekeringen voor kwetsbare groepen. Daarnaast stemmen gemeenten en zorgverzekeraars vaak hun doelstellingen af, om zo te komen tot een verbetering van de doelmatigheid van zorg en ondersteuning (Figuur 21). Voor zorgverzekeraars kan samenwerking leiden tot meer zichtbaarheid in de regio. Ook kunnen er kosten bespaard worden door betere inzet op preventie en vroeg signalering.



Figuur 21 Percentage gemeenten (n=177) dat gezamenlijke activiteiten onderneemt met een zorgverzekeraar. Meerdere antwoorden zijn mogelijk

Gemeenten en zorgverzekeraars werken het meeste samen op het gebied van decentralisatie van de AWBZ en Jeugdzorg en om de zorg en welzijn goed met elkaar af te stemmen (Figuur 22).

³⁷ Quicksan, Samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars, Panteia 2013.



Figuur 22 Thema's waarin gemeente (n=158) en zorgverzekeraars samenwerken

De grote vier zorgverzekeraars hebben met veel gemeenten in hun werkgebied afspraken over samenwerking. Vaak werken zorgverzekeraars het meest intensief samen met gemeenten die in hun werkgebied liggen. Kleinere gemeenten worden vaak gestimuleerd om deel te nemen in grotere regionale verbanden.

De samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten spelen vaak in op preventie, zelfredzaamheid en eigen regie en een integraal zorgaanbod (Figuur 23). In de bijlage worden de convenanten verder besproken.

Samenwerking op het gebied van	Achmea / Utrecht	CZ / Parkstad	Menzis / Enschede	VGZ / Nijmegen
Participatie	✓		✓	
Preventie	✓	✓	✓	✓
Zorg dichtbij / inzet wijkteams	✓	✓		✓
Transitie & decentralisatie	✓			✓
Zelfredzaamheid en eigen regie	✓	✓	✓	✓
Delen van informatie	✓			✓
Versterken van kwetsbare groepen		✓	✓	
Samenwerking met overige belanghebbende		✓	✓	
Integraal zorgaanbod	✓	✓	✓	✓

Figuur 23 Samenwerking op verschillende gebieden bij voorbeelden van convenanten tussen de zorgverzekeraars en gemeenten.

4 Schotten binnen de Zorgverzekeringswet

Hierboven schetsten we schotten tussen zorg en overige economische activiteit, en schotten tussen uitgaven op basis van de verschillende zorgwetten.. Ook een niveau dieper, binnen de Zvw, zijn schotten te vinden. Het gaat voornamelijk om schotten tussen verschillende types zorgaanbieders (Figuur 24).

1. Financieel. Het is nogal verwarrend hoe de financiële kaders voor de Zvw zorg zijn georganiseerd. Er zijn vier bestuurlijke hoofdakkoorden waarin afspraken zijn gemaakt met hoeveel procent de totale uitgaven aan zorg jaarlijks mogen groeien. Er zijn zeven macrobeheersingsinstrumenten waarmee de Minister van VWS kan ingrijpen bij de zorgaanbieders. Daarnaast zijn er vier verschillende risicovereveningsmodellen die een belangrijk deel van de inkomsten van zorgverzekeraars bepalen.
2. Regulering. Ziekenhuizen zijn gehouden aan de definitie van bepaalde zorgproducten. Die stelt de NZa vast op basis van de Wmg. Deze structuur belemmert het ontschotten van de zorg doordat zorgproducten alleen gedeclareerd kunnen worden als er een bepaalde specifieke handeling in voorkomt. Hierdoor kan een consult door middel van een beeldverbinding bijvoorbeeld niet gedeclareerd worden. De toelating van medicijnen hangt er van af of ze extra- of intramuraal worden verstrekt. Hierdoor wordt de inzet van medicijnen buiten het ziekenhuis mogelijk belemmerd. Een voorbeeld van ontschotting is de overheveling van dure geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget. Hierdoor kan de arts mogelijk een betere afweging maken tussen een operatieve behandeling of een behandeling met medicatie. Ook zorgt een beperkte vergoeding van de POH-GGZ voor onnodige verwijzingen. Ook patiënten die geen zwaardere zorg nodig hebben, maar wel meer consulten dan gemiddeld worden doorverwezen.

Praktijk. Door scheiding van inkoop van farmacie en GGZ is de inzet van geneesmiddelen mogelijk niet optimaal, zoals bijvoorbeeld bij de nieuwe depotmedicatie bij schizofreniepatiënten. De nieuwe medicatie is duurder dan de (reguliere) orale antipsychotica, maar verbetert de therapietrouw sterk. Daardoor de baten echter voornamelijk in een andere sector, namelijk de GGZ,

vallen, hebben zorginkopers geen prikkel om deze middelen voor te schrijven. De zorginkoper farmacie wordt namelijk afgerekend op de farmaciekosten en niet op de baten in de GGZ. Ook blijkt dat zorgverzekeraars de zorginkoop nog voornamelijk langs de lijnen van het zorgaanbod organiseren, al zijn er initiatieven om dat te doorbreken. Voorbeelden van de vier grote zorgverzekeraars zijn:

- Regionale regie bij specialisatie van ziekenhuizen (CZ).
- Voorbereiden van ziekenhuizen op forse overheveling van budget naar de eerstelijns zorg (Menzis).
- Inkoop op basis van modules rond bepaalde patiënten (Achmea).
- Inkoop in kavels per type aandoening (VGZ).

Overigens doen zich bij deze initiatieven ook problemen voor die gepaard gaan met ontschotting. Het is bijvoorbeeld lastig om de budgetten goed te corrigeren voor de kruissubsidies uit het verleden.

Culturele verschillen tussen verschillende beroepsgroepen kan samenwerking belemmeren. Zo is de filosofie van werken van een huisarts heel anders dan van een medisch specialist.

Ondanks de schotten, zijn er mooie voorbeelden van samenwerking in de zorgketen. Die komen vaak tot stand doordat een gedreven iemand de culturele barrières weet te slechten, en een manier vindt om de zorg gefinancierd te krijgen. Risico is wel dat het daarbij vaak om projectfinanciering gaat en dat de initiatieven sterk gebonden zijn aan een gedreven leider

Financieel	Regulering	Praktijk
<ul style="list-style-type: none"> • Er zijn vier bestuurlijke Hoofdlijnakkoorden om de groei van uitgaven te beteugelen • Er zijn zeven macrobeheersings-instrumenten • Er zijn vier verschillende risicovereveningsmodellen 	<ul style="list-style-type: none"> • Definitie van zorgproducten gaat soms substitutie tegen • Het systeem van toelating voor intra- en extramurale geneesmiddelen verschilt • Mededingingswet belemmert samenwerking in de eerste lijn • Beperkte vergoeding POH-GGZ zorgt voor onnodige verwijzingen • <i>Ontschatting - Overbeveling van dure geneesmiddelen</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Inkoop door zorgverzekeraars (nog) voornamelijk georganiseerd naar zorgaanbod • Door scheiding van inkoop van farmacie en GGZ is inzet geneesmiddelen mogelijk niet optimaal • Dubbele zorgkosten door cultureel verschil medisch specialisten en huisartsen • <i>Ontschatting – Met proeftuinen wordt geëxperimenteerd met ontschatting</i> • <i>Ontschatting- Medicijn box in het Medisch Spectrum Twente</i> • <i>Ontschatting – Voorbeelden van samenwerking over schotten heen</i>

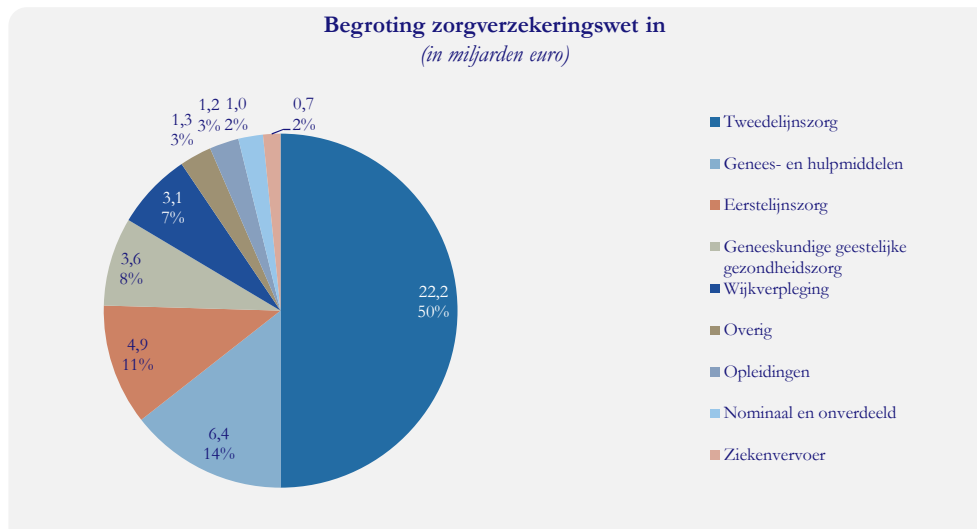
Figuur 24 Schotten binnen de Zvw

De schotten binnen de Zvw zouden in principe op te lossen moeten zijn. Immers, zorgverzekeraars mogen budget overhevelen van het ene naar het andere budgettaire kader. Samen met de zorgaanbieders kunnen zij het gebrek aan patiëntgerichtheid van het bekostigingssysteem (gedeeltelijk) repareren. Echter, het blijkt in de praktijk lastig om dat te organiseren.

Het systeem van financiering en regulering is erg complex. Dat leidt tot onnodige administratieve lasten, belemmert innovatie waar meerdere ketenpartijen bij nodig zijn en schrikt nieuwe toetreders af.

4.1 Financieel

In 2015 is er €44,4 miljard begroot voor de Zvw. Deze begroting bestaat voor de helft uit tweedelijnszorg (Figuur 25). Daarnaast wordt een kwart van het budget besteed aan genees- en hulpmiddelen en eerstelijnszorg.



Figuur 25 Begroting zorgverzekeringswet, in miljarden euro

4.1.1 Er zijn vier bestuurlijke Hoofdlijnakkoorden om de groei van uitgaven te beteugelen

In 2011 heeft het ministerie van VWS met betrokken veldpartijen hoofdlijnakkoorden gesloten. De doelstelling van deze akkoorden is om volumegroei te beperken en de beheersbaarheid en inhoudelijke verbetering van het zorgstelsel in Nederland te waarborgen. Kwaliteit van zorg speelt een nadrukkelijke rol in de onderhandelingen.

Er zijn vier akkoorden:³⁸

- Medisch specialistische zorg (ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra en medisch specialisten).
- Eerstelijnszorg.
- Geestelijke gezondheidszorg.
- Verpleging en Verzorging.

De eerste drie akkoorden werden voor het eerst gesloten voor de periode van 2012 tot 2015 voor de sectoren. In 2013 zijn de akkoorden hernieuwd voor de periode 2014 tot

³⁸ Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015 medisch specialistische zorg, huisartsenzorg en geestelijke gezondheidszorg

2017 en is ook een akkoord aangaande de transitie van Verpleging en Verzorging (V&V) afgesloten³⁹.

De volumegroei van de medisch specialistische zorg en geestelijke gezondheidszorg mag oplopen tot maximaal 1,0% per jaar (exclusief loon- en prijsbijstelling). Voor de eerste lijn wordt deze groei tot maximaal 2,5% beperkt (1,0% demografische groei plus 1,5% groei ten behoeve van gewenste substitutie, vernieuwing en het belonen van uitkomsten). De beperking van de volumegroei wordt onder meer gehaald door het terugdringen van ongewenste praktijkvariatie, door het beperken van de toegang tot de zorgaanpakken op basis van medische noodzaak en kwaliteit van leven, door (de)concentratie van zorg en door gewenste substitutie naar de eerste lijn.

De akkoorden zijn door verschillende partijen gesloten (Figuur 26). Het ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) zijn betrokken bij alle akkoorden. De landelijke vereniging voor georganiseerde eerste lijn (nu InEen) is betrokken bij het hoofdlijnenakkoord GGZ en bij het onderhandelingsresultaat van de eerstelijns zorg. De Verpleegkundigen & Verzorgende Nederland zijn betrokken bij het GGZ en V&V akkoord. De Nederlandse Patiënten Consumenten bij het V&V en MSZ akkoord. De rest van de deelnemende partijen zijn slechts betrokken bij één akkoord.



¹ Deelgenomen aan Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 t/m 2017

² Deelgenomen aan Onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017

Figuur 26 Deelnemende partijen Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoorden

³⁹ Onderhandelingsresultaten 2014 t/m 2017 medisch specialistische zorg, huisartsenzorg, geestelijke gezondheidszorg en transitie verpleging en verzorging

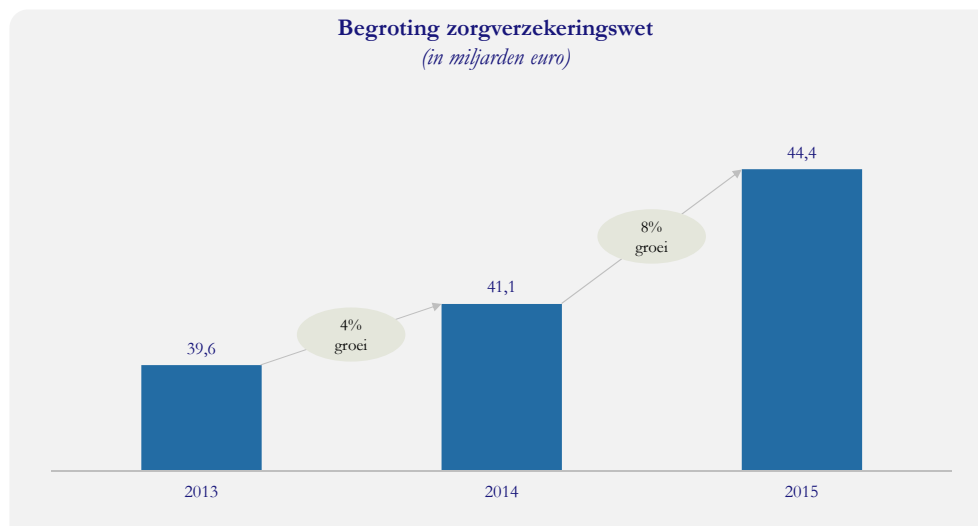
In januari 2015 is het hoofdlijnenakkoord GGZ opgezegd door de minister van VWS nadat de GGZ partijen zich hebben uitgesproken tegen het selectief contracteren, onderdeel van het akkoord.⁴⁰

Gevolgen

De bestuurlijke hoofdakkoorden beperken de groei in zorguitgaven. Dit heeft positieve kanten; het houdt de zorg betaalbaar. Echter, het blijkt ook te leiden tot knelpunten omdat sommige delen van de zorg sneller groeien dan andere delen van de zorg. Een voorbeeld daarvan zijn de uitgaven aan dure oncologische geneesmiddelen zoals onlangs gesignaleerd door het KWF. Besparingen op andere onderdelen binnen het hoofdlijnenakkoord blijken niet voldoende om de groei aan uitgaven aan medicijnen te compenseren.

4.1.2 Er zijn zeven macrobeheersingsinstrumenten

Om de uitgavengroei te kunnen beperken is het macrobeheersingsinstrument (MBI) geïntroduceerd. Met het MBI kunnen mogelijke overschrijdingen van het BKZ terug gevorderd worden in de vorm van een achteraf opgelegde omzetheffing. In 2013 was de uitgavengroei van de Zvw 1% en in 2014 8% (Figuur 27).⁴¹



Figuur 27 Begroting zorgverzekeringswet in 2013 tot 2015, in miljarden euro

⁴⁰ <http://www.zorgvisie.nl/Financien/Nieuws/2015/1/Schippers-Ggz-zegt-hoofdlijnenakkoord-op-1689159W/>

⁴¹ Rijksbegroting 2015

Het MBI bestaat uit een landelijke omzetgrens voor zeven verschillende macrodeelbudgetten. Hieruit worden omzetgrenzen per instelling afgeleid. Als blijkt dat het omzetplafond is overschreden, dienen de zorgaanbieders die onder deze beleidsregel vallen hun aandeel in de overschrijding terug te storten in het Zorgverzekeringsfonds.

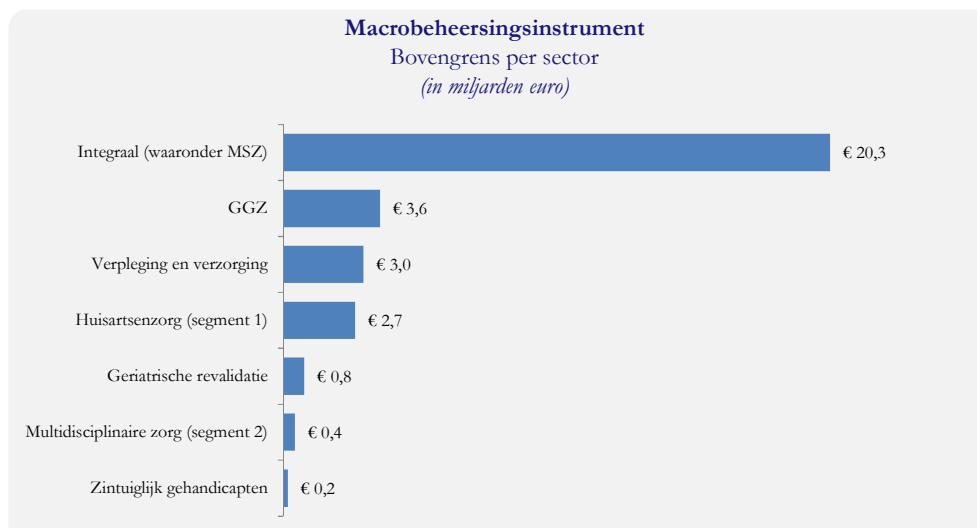
Voor 2015 zijn zeven macro-omzetplafonds vastgesteld⁴³:

1. “Integraal”, waaronder vallen:
 - Medisch specialistische zorg (inclusief de honoraria van vrijgevestigde medisch specialisten⁴²)
 - Audiologische zorg
 - Zorg in het kader van erfelijkheidsadvisering
 - Mondzorg zoals kaakchirurgen die bieden
 - Trombosezorg
 - Laboratoria (niet huisartsenlaboratorium zijnde)
 - Solisten (waartoe ook kaakchirurgen kunnen behoren).
2. Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.
3. Verpleging en Verzorging.
4. Huisartsenzorg (segment 1).
5. Geriatrische revalidatie.
6. Multidisciplinaire zorg (segment 2).
7. Zintuiglijk gehandicapten.

Het grootste aandeel in de macro-omzetplafonds is voor het integraal macrobeheersingsmodel (Figuur 28).⁴³

⁴² Voor 2015 was er een apart beheersmodel voor de honoraria van vrijgevestigde medisch specialisten (beleidsregel BR/CU-2106). Deze is echter onder het macrobeheersingsinstrument Integraal komen te vallen door beleidsregel BR/CU-2127.

⁴³ Bron: Beschikking landelijk MBI-omzetplafond 2015 macrobeheersingsinstrument verpleging en verzorging, huisartsenzorg, multidisciplinaire zorg, GGZ, Zintuiglijk gehandicapten, Geriatrische Revalidatie en Integraal. NZa, 2014.



Figuur 28 Overzicht van de bovengrenzen van het beschikbare macrobedrag in 2015 per sector, in miljarden euro

De zorgverzekeraar informeert de NZa per AGB-code⁴⁴ uiterlijk voor 1 september van jaar t+2 over het totaal van de gerealiseerde omzet over het jaar t⁴³. Als blijkt dat de bovengrens is overschreden, draagt de NZa de zorgaanbieder op een percentage van de door haar in jaar t behaalde omzet in jaar t+2 terug te betalen. Dit percentage wordt vastgesteld op basis van de verhouding tussen de hoogte van de overschrijding van de bovengrens en de macro-omzetgrens:

$$\text{Individuele bovengrens (jaar t)} = \text{Individuele omzet (jaar t)} \times \frac{\text{Landelijke omzet (jaar t)} - \text{overschrijding (jaar t)}}{\text{Landelijke omzet (jaar t)}}$$

Als bijvoorbeeld de overschrijding van het macrobudget € 100 miljoen bedraagt en een zorgaanbieder een marktaandeel van 5% heeft, dan wordt bij de aanbieder € 5 miljoen teruggevorderd.

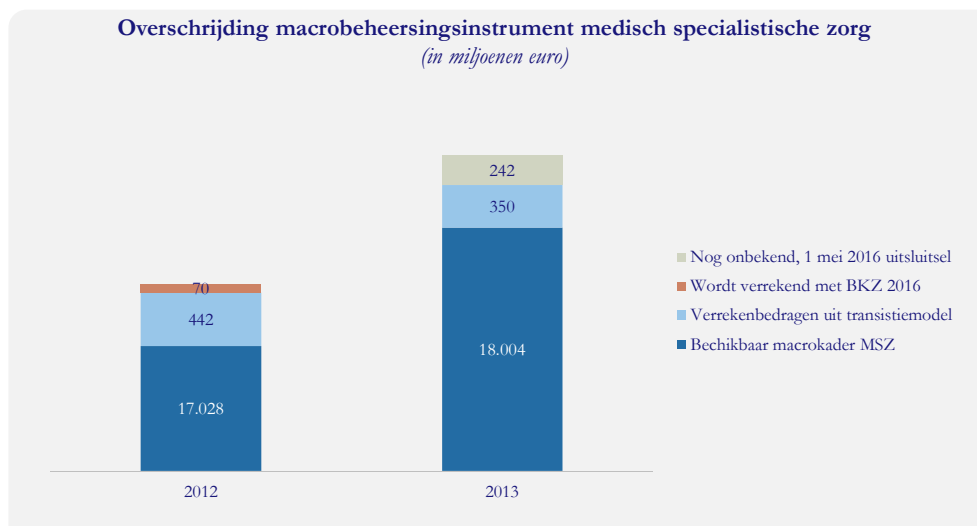
Er is sprake van een ex-ante omzetplafond voor de verschillende deelsectoren. Wordt dit omzetplafond overschreden, dan worden alle zorgaanbieders uit de deelsector gekort.

Tot op heden is het MBI nog niet toegepast. In 2012 was er een overschrijding van het beschikbare macrobedrag voor de medisch specialistische zorg (nu onderdeel van het

⁴⁴ Een Algemeen GegevensBeheer (AGB)-code is een landelijke code waarmee de zorgaanbieder kan worden herkend. De database wordt beheerd door Vektis

integrale macrobeheersingsmodel) van € 512 miljoen en in 2013 van € 592 miljoen in 2013 (Figuur 29). Na overleg met de partijen van het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord heeft minister Schippers van VWS besloten om in plaats van het MBI in te zetten, deze overschrijding te corrigeren voor de verrekenbedragen uit het transitie­model. Dit transitie­model is de vangnetregeling voor de overgang van budget­financiering naar prestatie­bekostiging en bedraagt € 442 miljoen in 2012 en € 350 miljoen in 2013⁴⁵. Voor 2012 resteert hierdoor nog een bedrag van € 70 miljoen, dit wordt eenmalig in mindering gebracht op het beschikbare macrokader in 2016. Een korting op het macrokader heeft als voordeel dat zorgverleners rekening kunnen houden met de hoeveelheid zorg die ze leveren, in plaats van dat ze achteraf gekort worden op de winst.

Voor 2013 resteert een bedrag van € 242 miljoen. In het voorjaar van 2016 besluit de minister hoe het resterende bedrag wordt verrekend.



Figuur 29 Overschrijding van het macrobeheersingsinstrument medisch specialistische zorg in 2012 en 2013, in miljoenen euro

Gevolgen

Indien de bovengrens niet is overschreden, wordt de omzetgrens per instelling gelijkgesteld aan de gerealiseerde omzet. Dit houdt in dat het overschot van het beschikbare macrobedrag niet wordt uitgekeerd aan de zorgaanbieders. Dit heeft als nadeel dat het tot een prikkel tot overbehandeling kan leiden teneinde het budget te

⁴⁵ Rapportage NZa van 5 maart 2015 (kenmerk: 0117724/0166251)

vullen. Als echter de bovengrens dreigt overschreden te worden, kan dit leiden tot een prikkel tot onderbehandeling en wachttijden. De declaraties gaan dan immers naar het volgende jaar, waardoor mogelijk een overschrijding wordt vermeden (Figuur 30).



Figuur 30 Het MBI kan leiden tot prikkels in behandeling van zorgaanbieders

Substitutie kan resulteren in een overschrijding van een deelbudget. Als door substitutie bijvoorbeeld activiteiten van de tweede lijn naar de huisartsenzorg worden overgeheveld, bestaat het risico dat de bovengrens bij de huisartsenzorg wordt overschreden. Daarom zal voor inzetten van het MBI de oorzaak van overschrijding worden onderzocht. Op deze manier wordt de prikkel tot substitutie niet weggenomen.

Een ander nadeel is de ongedifferentieerde (generieke) toepassing van het MBI. Alle zorgaanbieder worden naar rato gekort. Zorgaanbieders die zich netjes aan de contractafspraken houden, krijgen een boete bij overschrijding van het MBI. In de praktijk lijkt het niet haalbaar om een gedifferentieerd MBI in te voeren, waarbij alleen de aanwijsbare veroorzaker de rekening betaalt.

Een gedifferentieerd MBI kan resulteren in een substantiële korting voor een deel van zorgaanbieders. Dit leidt tot hoge risico's voor met name kleine en nieuwe zorgaanbieders.⁴⁶

Het MBI is dus de ultieme stok achter de deur om volumestijging in de zorg tegen te gaan. Wel worden door het MBI zorgaanbieders ontmoedigd om de zorg anders te organiseren en tussen de macrodeelbedragen te schuiven. Bij overschrijding bij één

⁴⁶ Commissiebrief inzake SO Invoering integrale bekostiging specialistische zorg, 24 maart 2014

deelbedrag wordt dit niet verrekend met een mogelijke overschrijding bij een ander deelbedrag⁴⁷. Hiermee worden de stevige schotten tussen de verschillende disciplines in de zorg in stand gehouden.

Misschien nog wel het belangrijkste aspect van het MBI is de onzekerheid. Dat belemmert initiatieven om de zorg te optimaliseren. Men weet immers niet of de investeringen wel worden terugverdiend.

4.1.3 Er zijn vier verschillende risicovereveningsmodellen

Met de invoering van de Zvw in 2006 is een schot ontstaan tussen verschillende soorten zorg, zoals somatische en GGZ zorg. Voor 2006 werd het wettelijk stelsel van de gezondheidszorg door de overheid uitgevoerd, na 2006 werd dit door particuliere zorgverzekeraars gedaan. Om te voorkomen dat deze zorgverzekeraars aan risicoselectie doen en premieverschillen vanwege verschillen in leeftijd, geslacht en gezondheid invoeren, is het risicovereveningssysteem ingevoerd. Jaarlijks ontvangen de zorgverzekeraars een vereveningsbijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds, berekend door het Zorginstituut. De hoogte van de bijdrage is afhankelijk van de verzekerdenpopulatie (bijvoorbeeld van leeftijd, diagnose, gebruik van bepaalde geneesmiddelen, enz.). Dit staat los van de premie die verzekerden zelf aan de verzekeraar betalen.

Op basis van de kenmerken uit de risicoverevening wordt het Macro-Prestatiebedrag (MPB) vastgesteld. De exacte wijze van verdeling publiceert het ministerie van VWS jaarlijks voorafgaand aan het vereveningsjaar in de ministeriële Regeling risicoverevening. Het MPB bestaat uit de totale geraamde kosten voor Zvw zorg. Het MPB wordt onderverdeeld in verschillende modellen. In 2015 bestaan er 2 modellen in de risicoverevening:

1. Somatisch model. In het somatische model worden de deelbedragen ‘variabele kosten van medisch-specialistische zorg’ en de ‘kosten van overige prestaties’ verevend. Hieronder vallen ook de extramurale farmaciekosten.

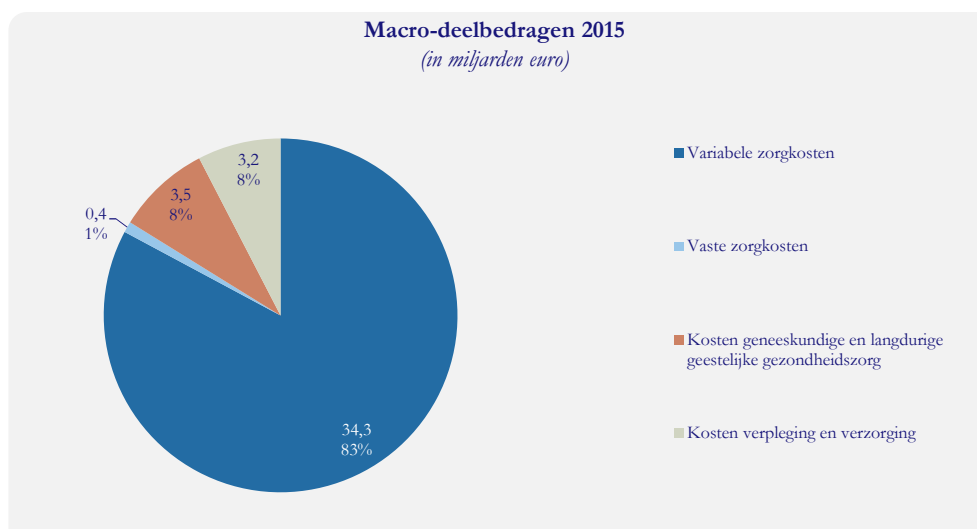
⁴⁷ Dit gaat niet op bij een mogelijke overschrijding in het eerstelijnsbudget, aangezien voor zaken als substitutie coulanter met het MBI wordt omgegaan om deze ontwikkelingen niet te remmen.

2. GGZ-model. In het GGZ-model worden de 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' voor verzekerden van 18 jaar en ouder verevend.⁴⁸

In 2015 zijn er nog 2 modellen bijgekomen door overheveling naar de Zvw:

3. Verpleging & verzorgingsmodel. In 2015 is de V&V overgeheveld naar de Zvw.⁴⁹ De kosten hiervoor worden vrijwel geheel toegerekend aan het nieuwe deelbedrag V&V. Alleen de kosten voor een eerstelijnsverblijf worden toegerekend aan de vaste kosten.
4. Langdurige GGZ-model. De langdurige op behandeling gerichte intramurale GGZ is in 2015 overgehield van de AWBZ naar de Zvw.⁵⁰

Het macro-prestatiebedrag voor het jaar 2015 bedraagt € 41 miljard⁵¹. Dit bedrag is opgebouwd uit vier macrodeelbedragen (Figuur 31).



Figuur 31 Opbouw macro-deelbedragen in 2015 in miljarden euro

Deze macro-deelbedragen zijn weer onderverdeeld in de verschillende macroprestatiebedragen (Figuur 32).⁵² In de figuur zijn de variabele zorgkosten opgesplitst in het totaal somatische zorg en totaal overige prestaties. Een deel van het

⁴⁸ De GGZ-kosten van verzekerden onder de achttien jaar zijn in 2015 overgeheveld naar de gemeenten en vallen dus niet meer onder de vaste zorgkosten.

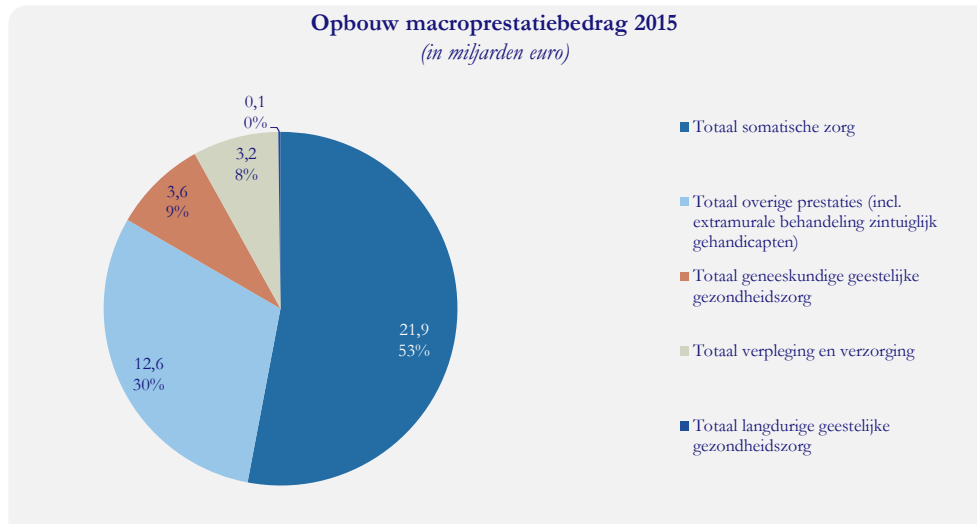
⁴⁹ Bekostiging wijkverpleging in de Zorgverzekeringswet, NZa, november 2013.

⁵⁰ Overheveling langdurige GGZ naar de Zvw, NZa, augustus 2013.

⁵¹ Regeling risicoverevening 201, geldend op 18-05-2015.

⁵² Bepaling macro-deelbedragen 2015, Ministerie van VWS september 2014.

macroprestatiebedrag voor GGZ en V&V is terug te vinden in het macro-deelbedrag van de vaste zorgkosten. Hierdoor komen de cijfers niet precies overeen.



Figuur 32 Opbouw van het macroprestatiebedrag in 2015, in miljarden euro

Door de toevoeging van twee extra modellen zijn er twee nieuwe schotten ontstaan. De vergoeding voor de zorgverzekeraars komt nu uit vier verschillende vereveningsmodellen. De ex-post compensatie van verpleging en verzorging tot 2017 vormt een van de redenen voor een apart model voor dit type zorg. De verwachting is dat dan de verpleging en verzorging opgenomen wordt in het somatische model.⁵³

De introductie van nieuwe geneesmiddelen kan door het risicovereveningssysteem leiden tot een ongelijk speelveld voor farmaceuten. De risicoverevening voorspelt de kosten van een patiënt door middel van bepaalde vereveningskenmerken, zoals de leeftijd en geslacht, het gebruik van bepaalde medicatie of een bepaald DBC-zorgproduct.⁵⁴ In het model 2015 zijn er 25 groepen, de Farmacie Kostengroepen (FKG), die bestaan uit meerdere geneesmiddelen. Met behulp van deze groepen worden alle zorgkosten voor deze patiënt voorspeld. Over het algemeen geldt hoe duurder het geneesmiddel, hoe hoger de vereveningsbijdrage. De onderzoeksgegevens voor de risicoverevening lopen echter drie jaar achter. Hierdoor zijn er voor nieuwe geneesmiddelen nog geen gegevens beschikbaar en kunnen ze niet in een FKG terecht

⁵³ Risicovereveningsmodel 2015, Ministerie van VWS, juni 2014

⁵⁴ De volgende kenmerken worden voor een patiënt in kaart gebracht: leeftijd en geslacht, Sociaal Economische Status, Aard van Inkomen, Regio, Eenpersoonsadres, Farmaciekostengroepen, Diagnosekostengroepen, Hulpmiddelenkostengroepen, Meerjarig hoge kosten, Generieke Somatische Morbiditeit. Voor meer informatie zie: www.zorginstituutnederland.nl.

komen. Dit is bijvoorbeeld gebeurt bij de overheveling van de TNF-alfaremmers. In 2013 en 2014 zaten deze niet meer in een FKG, waardoor de zorgverzekeraar niet goed gecompenseerd werden voor mensen die deze geneesmiddelen gebruikten. Als een geneesmiddel niet in een FKG zit, maar een concurrerend middel wel, heeft de zorgverzekeraar een prikkel om ervoor te zorgen dat het middel met een FKG wordt voorgeschreven in plaats van het (nieuwe) middel zonder FKG.

Gevolgen

Doordat gewerkt wordt met vier verschillende risicovereveningsmodellen, wordt samenhang tussen de verschillende soorten zorg mogelijk niet goed meegenomen. Dit kan weer gevolgen hebben voor zorgverzekeraars om de zorgketen te optimaliseren. De zorgverzekeraar heeft mogelijk een (directe) negatieve prikkel voor het substitueren van zorg van de tweede naar de eerste lijn.

Voor patiënten die bijvoorbeeld in het ziekenhuis behandeld worden voor atriumfibrilleren, diepveneuze trombose of hartfalen krijgt een zorgverzekeraar mogelijk een extra vergoeding uit de risicoverevening. Deze extra vergoeding komt te vervallen wanneer de patiënt niet doorverwezen wordt naar het ziekenhuis.

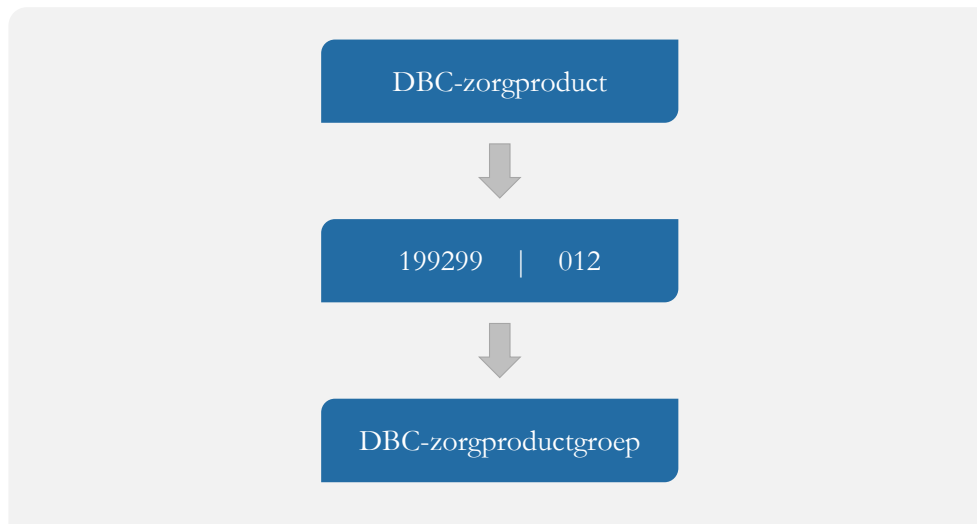
Door de vertraging in gegevens kan een prikkel ontstaan om nieuwe (dure) geneesmiddelen niet voor te schrijven. Dit kan de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen en innovaties onaantrekkelijk maken voor farmaceuten.

4.2 Regulering

4.2.1 Definitie van zorgproducten gaat soms substitutie tegen

Ziekenhuiszorg wordt gefinancierd door middel van diagnose behandelcombinaties (DBC)-zorgproducten. Een DBC-zorgproduct is de totale ziekenhuis behandeling, vanaf de diagnose tot een eventuele behandeling. Alle zorgactiviteiten die bij een bepaalde zorgvraag horen, leiden tot één tarief die het ziekenhuis in rekening brengt (bij de zorgverzekeraar). In het tarief zitten ook de algemene kosten van het ziekenhuis, zoals bijvoorbeeld voor ondersteunend personeel, vastgoed en hulpmiddelen. Een DBC mag maximaal 120 dagen open blijven staan.

De prestatiecode van een DBC-zorgproduct is opgebouwd uit een DBC-zorgproductgroep (eerste 6 posities) en een code voor het specifieke DBC-zorgproduct binnen een DBC-zorgproductgroep (laatste 3 posities; Figuur 33).



Figuur 33 Opbouw van een DBC-zorgproductcode

Een DBC-zorgproductgroep bestaat uit een clustering van DBC-zorgproducten (Figuur 34). Deze clustering is op basis van medische kenmerken zoals bijvoorbeeld de ICD-10⁵⁵ diagnose of een Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV)-indicatie. De ICD-10 heeft 22 hoofdstukken die verschillende soorten zorg beschrijven, zoals Nieuwvormingen of Ziekten van ademhalingsstelsel. Onder deze hoofdstukken hangen weer verschillende diagnosegroepen, zoals bij Nieuwvormingen Maligne neoplasmata en Neoplasmata in situ. In totaal zijn zo ongeveer 4.400 DBC-zorgproducten gedefinieerd.⁵⁶

Het DBC-zorgproduct bestaat uit alle handelingen die gemiddeld nodig zijn om bij een patiënt een bepaalde diagnose te stellen en te behandelen. Dit gemiddelde is weer gebaseerd op data van het DBC-Informatiesysteem (DIS), waar alle verrichte behandelingen in Nederland zijn verzameld. Een zorgproduct kan alleen gedeclareerd worden als bepaalde specifieke handelingen er in voorkomen. Als een arts een nieuwe methode voor een (deel van) een behandeling ontwikkelt, moet dus eerst een nieuw zorgproduct worden aangevraagd. Zo is het nu in sommige gevallen niet mogelijk om

⁵⁵ Tiende editie van de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

⁵⁶ www.NZa.nl

een consult op de spreekkamer te vervangen door een consult via een beeldverbinding omdat het zorgproduct dan niet gedeclareerd mag worden.

Ook wordt een telefonisch overleg met een collega niet vergoed. Alleen wanneer artsen elkaar spreken in een MDO kan hier een vergoeding tegenover staan.

DBC-zorgproductgroep		
DBC-zorgproduct A	DBC-zorgproduct B	DBC-zorgproduct C
DBC-zorgactiviteit 1	DBC-zorgactiviteit 1	DBC-zorgactiviteit 3
DBC-zorgactiviteit 2	DBC-zorgactiviteit 4	DBC-zorgactiviteit 4
DBC-zorgactiviteit 3	DBC-zorgactiviteit 5	DBC-zorgactiviteit 6

Figuur 34 Opbouw van een DBC-zorgproductgroep

De NZa bepaalt welke DBC-zorgproducten een ziekenhuis mag declareren. De NZa hanteert twee soorten tarieven:

- Vrije tarieven (het B-segment). Voor de vrije tarieven stelt de NZa geen bedrag aan vast. Wel bepaalt de NZa welke prestaties in rekening gebracht mogen worden. Hiervoor is een prestatiebeschrijvingslijst opgesteld.
- Vaste tarieven (het A-segment). Voor de vaste tarieven stelt de NZa het maximale tarief vast. Zorgaanbieders mogen maximaal dit tarief declareren. Ook hiervoor heeft de NZa een prestatiebeschrijvingslijst vastgesteld.

Naast DBC-zorgproducten zijn er overige zorgproducten die apart gedeclareerd kunnen worden met zogenaamde 'add-ons'. Het gaat hier om speciale vormen van zorg, zoals de intensive care, of om dure geneesmiddelen.

Inzet van (dure) geneesmiddelen kan sterk variëren per patiënt. Om financiële risico's voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars te beperken worden deze apart gedeclareerd onder een aparte titel (add-on). Een geneesmiddel kan in aanmerking komen voor een add-on declaratietitel als er een grote variatie in toedieningsdosis is, niet alle patiënten het middel gebruiken of een concurrerend middel wel een add-on declaratietitel heeft.

Zorgaanbieders en verzekeraars kunnen een verzoek voor een add-on indienen, als zij vinden dat het niet mogelijk is om een bepaald geneesmiddel uit het tarief van een DBC-zorgproduct te bekostigen.^{57,58}

Alleen een hoofdbehandelaar kan een DBC openen. De hoofdbehandelaar is een BIG (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) geregistreerde zorgverlener die de diagnose bij de patiënt stelt en onder wiens verantwoordelijkheid de behandeling plaatsvindt⁵⁹. Onder deze verantwoordelijkheid vallen ook de handelingen van andere zorgverleners die de patiënt in het DBC-traject behandelen.⁶⁰ In het ziekenhuis is dit meestal de medisch specialist. Het is echter niet altijd noodzakelijk dat deze alle medische handeling moet verrichten. Om ruimte te maken voor substitutie mogen daarom sinds 2015 ook de physician assistant en de verpleegkundig specialist DBC's openen. De DBC blijft wel onder de verantwoordelijkheid van de behandeld medisch specialist.⁶¹

Gevolgen

Doordat een DBC-zorgproduct alleen geopend kan worden door de hoofdbehandelaar kan substitutie tegengegaan worden. Een patiënt moet altijd door een BIG-geregistreerde arts, een physician assistant of een verpleegkundig specialist gezien worden. Omdat er bepaalde specifieke verrichtingen nodig zijn om een zorgproduct te kunnen declareren, wordt innovatie belemmerd. Bijvoorbeeld bij de vervanging van een consult op de spreekkamer met een beeldverbinding. Regulering kan dus belemmeren dat nieuwe technologieën en eHealth worden geïntroduceerd. Dit terwijl er juist veel van verwacht wordt, bijvoorbeeld voor het verplaatsen van ziekenhuiszorg naar de thuissetting⁶².

⁵⁷ Reglement adviescommissie add-on Geneesmiddelen, november 2014

⁵⁸ Beleidsregel BR/CU-2136. Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg, Nza, 2015

⁵⁹ Beroepen geregistreerd in het BIG-register: Apotheker, Arts, Fysiotherapeut, Gezondheidszorg psycholoog, Psychotherapeut, Tandarts, Verloskundige en Verpleegkundige (Onder bepaalde voorwaarden)

⁶⁰ <http://www.dbcspelregels.nl/>

⁶¹ Kamerbrief over vervolg kabinetsreactie advies NZA taakherschikking, ministerie van VWS, 22-04-2013.

⁶² Zie bijvoorbeeld "No place like home", Gupta Strategists, juli 2016

4.2.2 Het systeem voor toelating van intra- en extramurale geneesmiddelen verschilt

Er zit een schot tussen de toelating van intramurale en extramurale geneesmiddelen in het basispakket. Intramurale geneesmiddelen vallen onder de open omschrijving van de Zvw en stromen automatisch in het pakket in. Voor toetreding tot het pakket moeten de geneesmiddelen voldoen aan het toetsingscriterium van de stand van de wetenschap en praktijk. Echter, extramurale geneesmiddelen vallen niet onder de open omschrijving van de Zvw en stromen niet automatisch in.

Het BKZ vergoedt de zorg die in het basispakket valt. Jaarlijks wordt dit door de minister van VWS bepaald. Het Zorginstituut Nederland (ZIN) adviseert de minister over de inhoud van het basispakket en over wijzigingen in de wet- en regelgeving. Het ZIN is een onafhankelijk overheidsorgaan. Zorg die buiten het basispakket valt, zoals de anticonceptiepil voor vrouwen van boven de 21, moeten mensen zelf betalen.

4.2.2.1 Intramurale geneesmiddelen

De inhoud van het basispakket staat open omschreven in de Zvw om te zorgen dat de inhoud van het pakket blijft aansluiten bij de ontwikkelingen in het veld. In de wet staan een aantal criteria waaraan zorg moet voldoen om vergoed te worden. Er is dus geen vaste lijst met behandelingen. Bij de advisering over de inhoud van het basispakket houdt ZIN rekening met de noodzakelijkheid, effectiviteit, betaalbaarheid en uitvoerbaarheid.⁶³

Doordat de wet niet vastligt, kunnen nieuwe, innovatieve behandelingen automatisch in het basispakket komen. Verouderde behandelingen kunnen automatisch het basispakket verlaten. Echter, dit laat wel ruimte over voor interpretatie van welke zorg wel of niet vergoed moet worden vanuit het basispakket. Het is in eerste instantie aan de zorgverzekeraar om te toetsen of gedeclareerde zorg daadwerkelijk binnen de Zvw valt en dus vergoed mag worden. Bij onduidelijkheid is het de rol van ZIN om helderheid te verschaffen. Het ZIN toetst de zorgvorm aan de wettelijke criteria met als

⁶³ Van goede zorg verzekerd, Hoe Zorginstituut Nederland adviseert over de inhoud van het basispakket. Zorginstituut Nederland, mei 2015

resultaat een standpunt, waarin de zorgvorm expliciet wordt aangemerkt als wel of niet te vergoeden uit het basispakket.

Een belangrijk toetsingscriterium is de stand van de wetenschap en praktijk. Met behulp van systematisch literatuuronderzoek wordt beoordeeld of er wetenschappelijk bewijs is voor de effectiviteit van de behandeling. Daarnaast wordt ook de deskundigheid en ervaringen van zorgverleners en patiënten geraadpleegd. Zo maakt ZIN gebruik van bestaande richtlijnen en sluit zich daar zo veel mogelijk bij aan. Ook bespreekt ZIN met wetenschappelijke verenigingen van zorgverleners en patiëntenorganisaties wat zij zien als de belangrijkste uitkomsten van de behandeling voor de patiënt.

Wanneer een behandeling minimaal evenveel waarde heeft voor patiënten als de bestaande standaardbehandeling, kan deze behandeling opgenomen worden in het basispakket. Deze duiding wordt gedaan door de wetenschappelijke adviesraad (WAR), met onafhankelijke, externe deskundigen. De WAR heeft aparte subcommissies voor geneesmiddelen, langdurige zorg, geneeskundige zorg en Farmacotherapeutisch Kompas.

Het ZIN kan ook besluiten om een behandeling of middel voorwaardelijk toe te laten. Dit is het geval wanneer het bewijs voor effectiviteit pas op lange termijn wordt verwacht, maar wel veelbelovend lijkt. Het middel wordt dan tijdelijk vergoed en na vier jaar opnieuw beoordeeld

De aanleiding voor een advies kan een verzoek van de minister zijn of een eigen doorlichting van het pakket, maar kan ook op basis van een vraag van een zorgverzekeraar, zorgaanbieder of fabrikant gesteld worden (Figuur 35).



Figuur 35 Duiding door het Zorginstituut Nederland

Vanaf 2016 is er een nieuw schot bijgekomen voor de toestroom van dure geneesmiddelen in het pakket. Nieuwe dure geneesmiddelen stromen niet meer automatisch in het pakket, maar gaan via een zogenaamde ‘sluis’. De behandeling wordt dan aangemerkt worden als ‘niet-verzekerde zorg’. Na plaatsing in de sluis zal een beoordeling van het middel worden gedaan door ZIN. Wanneer deze beoordeling is uitgevoerd, er waarborgen zijn voor gepast gebruik en succesvolle prijsonderhandelingen zijn geweest, kan het middel alsnog toegelaten worden tot het pakket. In de tijd dat het geneesmiddel in de sluis is opgenomen, is het wel gewoon beschikbaar voor artsen om voor te schrijven aan patiënten. De geneesmiddelenfabrikant stelt dan op eigen rekening het middel beschikbaar. Immunotherapeuticum nivolumab voor longkanker is het eerste middel dat op deze manier beoordeeld wordt.⁶⁴

4.2.2.2 Extramurale geneesmiddelen

Extramurale geneesmiddelen worden vergoed onder het geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS). In het GVS staat een opsomming welke middelen vergoed worden. Het ZIN beoordeelt middelen die al zijn toegelaten op de Nederlandse of Europese markt, veilig zijn bevonden en door de fabrikant zijn onderzocht en geregistreerd. Voor de Nederlandse markt wordt de vergunning voor het geneesmiddel verleend door het Nederlandse College ter Beoordeling van geneesmiddelen (CBG), in Europa wordt dit gedaan door de European Medicines Evaluation Agency (EMA). De middelen worden beoordeeld aan de hand van effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid (Figuur 36).

In het GVS worden middelen ingedeeld in drie bijlagen:

1.
 - A. Het middel wordt ondergebracht in een cluster met andere middelen met dezelfde werking.
 - B. Het middel wordt ondergebracht bij middelen die niet onderling te vergelijken zijn.

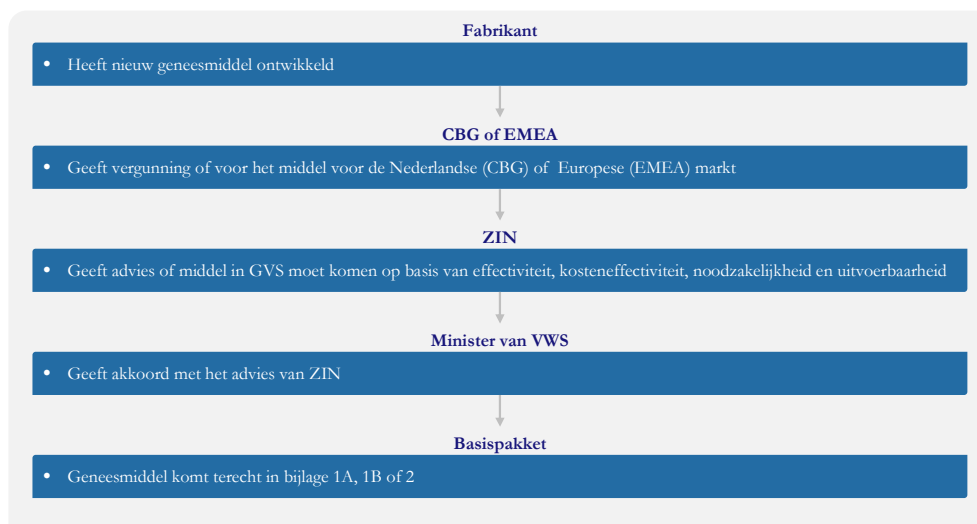
⁶⁴ Kamerbrief over sluis voor intramurale geneesmiddelen. Ministerie van VWS, juli 2015.

2. Middelen die alleen vergoed mogen worden als de verzekerde aan bepaalde voorwaarden voldoet. Bijvoorbeeld als andere behandelingen niet succesvol zijn gebleken.

Een middel dat in bijlage 1A of 1B staat kan ook voorkomen in bijlage 2.

Gevolgen

Door de automatische instroom van nieuwe dure geneesmiddelen in het intramurale budget kan er een probleem ontstaan met de bekostiging. Er wordt immers geen onderscheid gemaakt tussen goedkopere of duurdere behandelingen. Ook dure geneesmiddelen stromen automatisch in en hebben patiënten aanspraak hierop. Dit kan leiden tot een tekort in het ziekenhuisbudget, wat mogelijk ten koste gaat van andere behandelingen.



Figuur 36 Stappenplan toelating geneesmiddel in het GVS

4.2.3 De Mededingingswet belemmert samenwerking in de eerste lijn

De Autoriteit Consument en Markt (ACM) handhaaft op grond van de Mededingingswet het kartelverbod in Nederland. Het kartelverbod is een verbod op misbruik van economische machtsposities. Daarnaast houdt de ACM toezicht op fusies en overnames.

De Mededingingswet is niet specifiek voor de zorg, maar geldt in alle sectoren met concurrentiewerking. Voor de zorg gelden wel enkele specifieke aanscherpingen van de

wet. Zo gelden voor het melden van concentraties lagere omzetrempels dan in andere sectoren, waardoor de ACM eerder toekomt aan het toetsen van fusies, overnames en de oprichting van gezamenlijke ondernemingen door zorgaanbieders.

Vanuit de eerstelijnszorg is al langer commentaar op de Mededingingswet in de zorg. De wet wordt gezien als een belemmering in de contractering en optimalisering van de zorg in de buurt.

In de contractering lopen huisartsen ertegen aan dat ze niet collectief mogen onderhandelen met de zorgverzekeraars, aangezien dit als kartelvorming wordt gezien door de ACM. Echter, zorgverzekeraars willen ook niet met elke individuele huisarts in onderhandeling gaan. Hierdoor wordt er vaak een standaard contract afgegeven, waar de huisarts weinig inspraak over de inhoud in heeft.

Huisartsen mogen niet collectief een aangeboden (standaard)contract boycotten. Daarnaast mogen huisartsen mogen geen onderlinge afspraken maken over tarieven of over de toetreding van een nieuwe huisarts in een werkgebied. Hierdoor is er volgens huisartsen soms sprake van suboptimale zorg in de buurt.⁶⁵

Als bijvoorbeeld in een regio meerdere huisartsen samen werken aan een innovatief project, mogen zij niet gezamenlijk met de zorgverzekeraar om tafel zitten voor de onderhandelingen van de financiering. Volgens de Mededingingswet is er dan namelijk sprake van concentratie. De huisartsen moeten individueel het gesprek aangaan en mogen onderling geen gegevens delen over de mogelijke vergoeding door de zorgverzekeraar.

In september 2015 heeft de ACM ruimere mogelijkheden voor samenwerking van zorgaanbieders geformuleerd. Met deze uitgangspunten wil de ACM de grote terughoudendheid van zorgaanbieders om samen te werken in de eerste lijn wegnemen. Zolang alle partijen (zorgaanbieders, patiënten en zorgverzekeraars) er gezamenlijk uitkomen, houdt de ACM afstand.⁶⁶ Uit de monitor op de uitgangspunten blijkt dat zorgaanbieders minder koudwaterrees hebben voor samenwerking. De huidige toezicht van de ACM lijkt vooral een drempel te vormen bij de

⁶⁵ Richtsnoeren voor de zorgsector, ACM 2010

⁶⁶ Uitgangspunten toezicht ACM op zorgaanbieders in de eerste lijn. ACM, 2015

samenwerkingsinitiatieven van zorgaanbieders die gericht zijn op versterken van de onderhandelingspositie, niet bij de zorginhoudelijke samenwerkingsinitiatieven⁶⁷

Gevolgen

De consequenties van de Mededingingswet – of deze nu reëel of gepercipieerd zijn – belemmeren zorgaanbieders in de eerste lijn om samen te werken. Dit terwijl schaal en organisatievermogen nodig is om de uit de tweede lijn te substitueren zorg, te kunnen leveren. De patiënt zou mogelijk meer in de eerste lijn kunnen worden geholpen als zorgaanbieders wordt toegestaan om samen te werken, dan wel als het voor hen zeker is dat dit mag.

4.2.4 Beperkte vergoeding POH-GGZ zorgt voor onnodige verwijzingen

Er is een reguleringschot in de behandeling van lichte psychische klachten bij de huisarts. Een patiënt met lichte psychische klachten wordt bij de huisarts vaak door de praktijkondersteuner (POH-GGZ) behandeld. Er is echter een maximum aan inzet van de POH-GGZ. Een normpraktijk mag maximaal 1 FTE POH-GGZ inzetten.⁶⁸ Dit komt neer op ongeveer 5 POH-GGZ consulten voor patiënten met lichte psychiatrische klachten.⁶⁹ Na deze 5 consulten wordt de patiënt doorverwezen binnen de basis GGZ (naar de eerstelijns psycholoog) of naar de gespecialiseerde GGZ. Een patiënt wordt doorverwezen ongeacht de zwaarte van zijn of haar psychische klachten. Een patiënt met lichtere klachten, maar die niet voldoende geholpen is na 5 sessies, wordt dus ook doorverwezen.

Gevolgen

Door de beperkte vergoeding van de POH-GGZ worden patiënten onnodig doorverwezen. Bij het opheffen van het maximum aan POH-GGZ inzet, zouden mogelijk onnodige doorverwijzingen voorkomen kunnen worden.

⁶⁷ Tussenrapportage monitoring 'Uitgangspunten toezicht ACM op zorgaanbieders in de eerste lijn', ACM 2016

⁶⁸ Beleidsregel BR/CU-7144 NZa 2015

⁶⁹ <http://www.psycholoog-en-praktijk.nl/zorgverzekering-ggz/zorgverzekering-en-vergoeding-psycholoog>

4.2.5 Ontschotting - Overheveling dure geneesmiddelen

Een voorbeeld van ontschotting door wetgeving is de overheveling van dure geneesmiddelen van extramurale budgettaire kader (farmacie) naar het intramurale kader (medisch specialistische zorg).

In 2012 zijn de TNF-alfaremmers overgeheveld. In 2013 zijn groeihormonen en enkele orale oncolytica overgeheveld, gevolgd door de fertiliteitshormonen in 2014. In januari 2015 zijn een groot deel van de resterende oncolytica overgeheveld.

Na overheveling wordt het macro ziekenhuiskader opgehoogd met de verwachte uitgaven aan de over te hevelen geneesmiddelen. De ophoging van het macrokader dient niet alleen de kosten van het geneesmiddel, maar ook de bijbehorende kosten te dekken (aflevering, farmaceutische zorg en distributie). Bij de overheveling van de TNF-alfaremmers en fertiliteitshormonen zijn doelmatigheidskortingen van respectievelijk € 50 miljoen⁷⁰ en € 17 miljoen⁷¹ doorgevoerd. Dit houdt in dat aanbieders en/ of zorgverzekeraars een doelmatigheidswinst dienen te behalen als gevolg van onder meer doelmatig geneesmiddelengebruik en gebruik van goedkopere producten. Voor de oncolytica en groeihormonen die per 1 januari 2013 zijn overgeheveld is geen doelmatigheidskorting toegepast.

De helft van de geplande overheveling is nu uitgevoerd.⁷² De vooralsnog geplande overhevelingen zijn uitgesteld tot na de evaluatie in 2015 over de reeds gedane overhevelingen.⁷³

Gevolgen

De overheveling van de dure geneesmiddelen is een voorbeeld van ontschotting. Doordat de geneesmiddelen nu vanuit het ziekenhuisbudget vergoed worden, kan een medisch specialist beter de afweging maken tussen mogelijke invasieve of medicamenteuze behandeling. Het ziekenhuis en de medisch specialist hebben

⁷⁰ Kamerbrief voorhang bekostiging dure geneesmiddelen bij ziekenhuisverplaatste zorg (TNF-alfaremmers), juli 2010.

⁷¹ Handboek overheveling fertiliteitshormonen per 1 januari 2014,

⁷² Gip databank

⁷³ De geplande overhevelingen zijn: Geneesmiddelen tegen bloedarmoede, HIV-middelen, Immunoglobulinen, Hematopoëtische groeifactoren, Middelen tegen MS, Middelen bij PAH, Hepatitis C middelen, Interferonen, Immunosuppressiva, Parenterale antibiotica, Ijzerchelerende middelen en Specialistische middelen bij osteoporose en hyperparathroidie

bovendien een prikkel om geen overbodige kosten te maken. Echter, het KWF signaleerde onlangs dat de budgetten dan wel voldoende mee moeten groeien.

4.2.6 Ontschotting- medicijn box in het Medisch Spectrum Twente

Een voorbeeld van ontschotting is het gebruik van de medicijnbox in het Medisch Spectrum Twente (MST).⁷⁴

Normaal gesproken krijgen patiënten nieuwe medicijnen als ze worden opgenomen in het ziekenhuis. Ziekenhuizen doen hun eigen inkoop en hebben vaak andere merken medicatie dan de eigen apotheek van de patiënt. In het MST mogen patiënten hun eigen medicatie meenemen naar het ziekenhuis. Deze medicatie wordt op de kamer van de patiënt bewaard in een zogeheten medicijnbox. Alleen de patiënt, verpleegkundige en apothekersassistent hebben toegang tot de medicatie.

De medicijnbox zorgt voor continuering van de thuismedicatie. Hierdoor zijn er minder substitutiemomenten, waardoor de kans op overdrachtsfouten bij ontslag van de patiënt verkleind worden. De patiënt blijft immer dezelfde (reeds bekende) medicatie gebruiken.

Vooraf bij ouderen kan het overstappen op nieuwe medicatie in het ziekenhuis leiden tot verwarring. De medicatie ziet er vaak anders uit, waardoor de oudere patiënt niet meer weet wat hij of zij moet nemen. Daarnaast kan overstappen op een ander merk bij chronische patiënten leiden tot disbalans. Deze patiënten slikken vaak al langer eenzelfde middel, waar hun lichaam op ingesteld is.

Voordat de patiënt opgenomen wordt in het ziekenhuis, ontvangt deze een brief met het verzoek de eigen medicatie mee te nemen naar het ziekenhuis. In een medicatieverificatiegesprek beoordeelt een apothekersassistent de kwaliteit van de meegebrachte medicatie, door de houdbaarheid en de fysieke conditie van de medicatie te controleren. Tevens zet de apothekersassistent alle overige benodigde medicatie uit.

⁷⁴ <https://www.medicatieoverdracht.nl/blog/nieuws/patient-neemt-eigen-geneesmiddelen-mee-naar-het-ziekenhuis>

4.3 Praktijk

4.3.1 Door scheiding van inkoop van farmacie en GGZ is inzet van geneesmiddelen mogelijk niet optimaal

Een voorbeeld hiervan is de nieuwe depotmedicatie bij schizofrenie patiënten. Schizofrenie is een meestal chronische psychiatrische aandoening, die wordt gekenmerkt door een afwisselende verslechtering van symptomen (relapse) en herstel (remissie). Voor de lange termijn helpen antipsychotica om een volgende relapse te voorkomen. Wanneer patiënten met schizofrenie goed zijn ingesteld op medicatie wordt de kans op een relapse kleiner. Therapietrouw bij schizofreniepatiënten is echter relatief laag. Bijwerkingen kunnen bijvoorbeeld als vervelend ervaren worden, waardoor patiënten stoppen met het slikken van de medicatie. Om de therapietrouw te verhogen kan er een depotmedicatie gegeven worden. Depotmedicatie wordt in de vorm van een paar weken werkende injectie gegeven. Doordat het gebruik van depotmedicatie de therapietrouw bevordert, vermindert het aantal heropnames, blijft de kwaliteit van leven beter behouden en de mogelijkheid om te functioneren.

Gevolgen

Nieuwe depotmedicatie is duurder dan de (reguliere) orale antipsychotica. Doordat de baten voornamelijk in een andere sector, namelijk de GGZ, vallen, hebben zorginkopers geen prikkel deze middelen voor te schrijven. De zorginkoper farmacie wordt namelijk afgerekend op de farmaciekosten en niet op de baten in de GGZ. Dit is een voorbeeld waarbij efficiënte zorg niet geleverd wordt vanwege de schotten in de zorg.

4.3.2 Dubbele zorgkosten door cultureel verschil medisch specialisten en huisartsen

Er is een cultureel schot tussen de medisch specialist en de huisarts. Huisartsen staan vaak lager op de hiërarchische ladder dan medisch specialisten. Immers, wanneer het over een specifiek probleem gaat, zal de medisch specialist hier altijd meer over weten. Vergeten wordt dat de huisarts juist van alles iets moet weten, om zo de gesprekken met alle andere zorgverleners te kunnen houden. De medisch specialist vertrouwt niet altijd

op de diagnose die door de huisarts is gesteld. Wanneer een patiënt in het ziekenhuis komt, wordt daardoor de intake en diagnose soms opnieuw gedaan.

Gevolgen

Wanneer de intake en het diagnosestellen opnieuw gedaan wordt in het ziekenhuis, kan dit leiden tot dubbele zorgkosten. De medisch specialist moet leren vertrouwen op de kennis en kunde van de huisarts. Wel moet de huisarts door middel van cursussen en opleidingen een hoog kennisniveau kunnen garanderen.

4.3.3 Inkoop door zorgverzekeraars (nog) voornamelijk georganiseerd naar zorgaanbod

De schotten worden in stand gehouden door de manier van inkopen van zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars kopen voornamelijk zorg in per sector (Figuur 37). Dit is ook voor de hand liggend. De regulering en het toezicht is ook georganiseerd naar de schotten. We hebben er toch voor gekozen om dit onderwerp onder ‘cultuur’ te scharen. Zorgverzekeraars hebben meer vrijheid dan ze nu gebruiken om de zorg meer rondom patiëntengroepen te organiseren, regionaal in te kopen of budgetten te verschuiven. En daar wordt dan ook al mee geëxperimenteerd.

achmea	VGZ	CZ	menzis
Zorginkoop eerste lijn	Zorginkoop MSZ		Zorginkoop overig
Huisartsenzorg/ ketenzorg/ geïntegreerde eerstelijnszorg	Ziekenhuiszorg		Curatieve GGZ
Farmaceutische zorg	Geriatrische revalidatiezorg		Wijkverpleging
Mondzorg			Zintuiglijk gehandicaptenzorg
Paramedische zorg			Alternatieve zorg
Hulpmiddelenzorg			Vervoer
Geboortezorg			

Figuur 37 Overzicht van de zorginkoop bij de grote vier zorgverzekeraars (Achmea, CZ, Menzis en VGZ). Deze kan verschillen per specifieke zorgverzekeraar

Bij verdiepende analyse van het inkoopbeleid voor 2016 van de vier grote verzekeraars blijkt dat er weinig overlap tussen de verschillende soorten zorg is. Een vergelijking van het aantal keer dat in een specifiek inkoopdocument verwezen wordt naar een ander soort zorg, laat zien dat Achmea de meeste overlap in zorginkoop heeft, althans in de inkoopdocumenten (Tabel 1).

Menzis heeft een vergelijkbare score, waarna VGZ volgt. CZ scoort iets meer dan de helft van Achmea. De score wordt bepaald door het aantal keer dat een andere discipline wordt genoemd in een inkoopdocument, gecorrigeerd voor het aantal pagina's van het inkoopdocument.⁷⁵

Tabel 1 Aantal keer dat een ander soort zorg wordt genoemd in een inkoopdocument, gecorrigeerd voor het aantal pagina's.

Zorgverzekeraar	Score [aantal keer dat een discipline wordt genoemd in een ander inkoopdocument gecorrigeerd voor het aantal pagina's]
Achmea	11,1
Menzis	10,0
VGZ	7,5
CZ	5,7

De soorten zorg (geclusterd naar vergelijkbaar inkoopdocument) die het meest worden genoemd in andere inkoopdocumenten zijn de huisartsen- en integrale zorg (HIZ) en medisch specialistische zorg (MSZ). De rest van de soorten zorg, zoals GGZ, wijkverpleging of farmaceutische zorg, worden nauwelijks genoemd in andere documenten. Sommige soorten zorg, zoals Geriatrische revalidatie (GRZ), Innovatie en Alternatieve zorg, worden zelfs nooit genoemd in een ander document (Tabel 2) Dit geeft aan hoe weinig overlap er is tussen de zorginkoop van verschillende disciplines bij de zorgverzekeraars. Voor een overzicht per zorgverzekeraar zie de bijlage.

⁷⁵ Disciplines genoemd in bijvoorbeeld de koppen van de tekst, tabellen of figuren zijn buiten beschouwing gelaten.

Tabel 2 Aantal keer dat een soort zorg (geclusterd) wordt genoemd in een ander inkoopdocument, som van alle zorgverzekeraars, gecorrigeerd voor het aantal pagina's.

Soort zorg	Score [aantal keer dat de discipline wordt genoemd in een ander inkoopdocument bij alle zorgverzekeraars, gecorrigeerd voor het aantal pagina's]
Huisartsen en integrale zorg	13,0
MSZ	11,2
GGZ	1,5
Gezond ondernemen	1,3
Paramedische zorg	1,3
Wijkverpleging	1,3
Eerstelijnsdiagnostiek	1,2
Geboortezorg	1,0
Farmaceutische zorg	0,9
Mondzorg	0,2
Zintuiglijk gehandicapten	0,1
Hulpmiddelen en mobiliteit	0,5
GRZ	0,0
Innovatie	0,0
Alternatieve zorg	0,0

Gevolgen

Vanuit het inkoopbeleid van de verzekeraars kunnen we concluderen dat er schotten aanwezig zijn bij de zorginkoop van zorgverzekeraars. In de eerste plaats publiceren de verzekeraars een separaat inkoopdocument naar zorgdiscipline en niet naar type zorg die een patiëntgroep ontvangt. Daarnaast blijkt uit documentanalyse dat er een nauwelijks aanwezige overlap tussen de verschillende inkoopdocumenten is. Dit vormt een indicatie dat de zorginkoopteams nog niet intensief samenwerken.

Binnen zorgverzekeraars is het lastig om de inkoop te harmoniseren. Een budgethouder ziekenhuizen zal liever geen budget weggeven aan zijn collega inkoper eerstelijns zorg of geneesmiddelen. Enkele geïnterviewden wezen er ook op dat de carrière van inkopers vaak begint bij hulpmiddelen en toegroeit naar inkoop van ziekenhuiszorg. De anciënniteit en ervaring van ziekenhuisinkopers en daarmee hun status binnen de organisatie is vaak groter.

We zien gelukkig bij alle vier grote zorgverzekeraars al voorbeelden van nieuwe manieren van zorginkoop.

4.3.3.1 CZ - Regionale regie bij specialisatie van ziekenhuizen

Regioregie staat voor populatiegerichte zorg. Patiënten, zorgverleners, zorgverzekeraars, gemeenten en andere stakeholders werken op regionaal niveau samen om de zorg anders te organiseren. Een nieuwe gestructureerde manier van samenwerken kan leiden tot een gezondere populatie en betere kwaliteit van zorg. Ook de betaalbaarheid van zorg kan beter gewaarborgd worden, bijvoorbeeld door meer zelfmanagement door chronisch zieken.

CZ heeft in Limburg en Brabant vier pilots van regioeregie lopen. Drie van deze pilots zijn benoemd tot landelijke proeftuinen 'Betere zorg met minder kosten' door de minister van VWS. De pilots zijn:

1. 'Mijn Zorg' in de Limburgse regio Oostelijk Zuid-Limburg
2. 'Goed Leven' in Zeeuws Vlaanderen
3. 'Slimmer met zorg proeftuin' in de regio Eindhoven
4. 'Anders beter' in Zuid-Limburg in de Westelijke Mijnstreek (geen landelijke proeftuin).

De vier pilots zijn gebaseerd op co-makership. CZ bepaalt niet wat er gedaan moet worden in een regio, maar begeleidt slechts de initiatieven. Dit gaat door middel van:

- Ontschotting van zorg: gestructureerde en geïntegreerde regionale samenwerking tussen de domeinen in de zorg.
- Ontzorging: structurele inzet van preventieve (zorg)maatregelen en zelfredzaamheid van inwoners in de regio.

Meer informatie over de proeftuinen is te vinden in de bijlage.

4.3.3.2 Menzis – Integrale en regionale benadering bij herinrichting zorglandschap

Menzis zet zich samen met zorgaanbieders in hun kerngebied in voor een herinrichting van het zorglandschap door middel van een meer integrale en regionale benadering.

Door de regionale verschillen mee te nemen, wil Menzis de kwalitatief goede zorg, toegankelijk en betaalbaar houden.

De visie van Menzis is dat substitutie van zorg op regionaal niveau moet plaatsvinden, omdat elke regio een eigen situatie kent. Volgens Menzis betekent substitutie van zorg: een herstructurering van het zorgaanbod met een stevige basis van preventie, zelfmanagement en e-health; een brede, wijkgerichte, goed georganiseerde basis van geïntegreerde eerstelijnszorg en een aanbod van specialistische zorg waar nodig (MSZ, GGZ, langdurige zorg).

Menzis heeft hiervoor 3 trajecten opgezet:

- NOG Beter Noordoost-Groningen (regio Noord-Nederland)
- Nóg Beter in de Achterhoek (regio Oost-Nederland)
- Regionale zorgagenda (regio Midden-Nederland)

Het traject NOG Beter is gestart na het sluiten van twee locaties van de Ommelander Ziekenhuis Groep (OZG). Hierdoor zouden inwoners in Noordoost-Groningen verder moeten reizen voor ziekenhuiszorg. Met het traject NOG Beter heeft Menzis onderzocht of en hoe de ziekenhuiszorg op een andere manier kan worden ingericht. De nieuwe inrichting moet ertoe leiden dat inwoners de zorg dichterbij huis kunnen ontvangen en alleen wanneer het nodig is naar het ziekenhuis hoeven te reizen.

Het traject Nóg Beter in de Achterhoek is in samenwerking met Huisartsenzorg Oost-Achterhoek en Streekziekenhuis Koningin Beatrix (SKB) gestart. Met dit project willen de partijen inspelen op de demografische ontwikkeling (krimp en vergrijzing) in de regio.

In Midden-Nederland heeft Menzis samen met betrokken partijen in de regio's Arnhem e.o., Gelderse Vallei en Rivierenland een gezamenlijke visie en aanpak voor de regio ontwikkelt. Deze visie uit zich onder andere in een regionale zorgagenda 2018. Samen willen de partijen op basis van een goede regioanalyse de dialoog voeren met de betrokken stakeholders. Dit zou moeten leiden tot een breed gedragen regio-aanpak met een duidelijke prioritering.

4.3.3.3 Achmea – Inkoop in modules

Achmea heeft acht zorgmodules ontwikkeld waar zorg overkoepeld over verschillende soorten zorg wordt ingekocht. (Figuur 38). Deze zorgmodules bestaan uit afgebakende onderwerpen over een specifieke zorgvraag of cliëntenpopulatie. Eén zorgmodule kan hierdoor betrekking hebben tot meerdere zorgdisciplines, zoals medisch specialistische zorg of paramedische zorg.

Achmea selecteert bijvoorbeeld in de module Zorg in de wijk één voorkeursaanbieder in een wijk voor het leveren van wijkverpleging. Hiervoor krijgt deze aanbieder een wijkbudget. In principe wordt een driejarig contract afgesloten, waardoor de aanbieder zich kan ontwikkelen tot wijkregisseur, goede afspraken kan maken met andere zorgaanbieders en de gemeente.

In de module geboortezorg koopt Achmea zorg in met prestatie inkoop. Zorgaanbieders kunnen zelf de prestaties en kwaliteit van zorg definiëren. Zorgaanbieders in een verloskundige samenwerkingsverband (VSV) die goed samenwerken en de kwaliteit aantoonbaar verbeteren, worden beloond met een driejarig contract. Ook worden IVF centra die twee jaar op rij bovengemiddelde succesratio's hebben, beloond met een vrij volume (voor uitleg over de andere modules zie de bijlage).



Figuur 38 De acht modules van Achmea

4.3.3.4 VGZ – Inkoop in 25 kavels

VGZ probeert met de kavelinkoop een meer prestatiegerichte inkoop te verwezenlijken. VGZ maakt met zorgaanbieders een totaalafpraak met daarin een aantal zorgproductgroepen behorende bij aandoeningen (zogenaamde kavels). De laatste jaren heeft VGZ geïnvesteerd in het verkrijgen van inzicht in de kwaliteit van zorgprestaties, de te verwachte volumes en een realistische tariefstelling. In eerste instantie maakt VGZ afspraken over kwaliteit, prijs en volume op het niveau van een individueel zorgproduct. Het gaat hier om zorgproducten die horen bij behandelingen waarvoor landelijke minimumnormen en/of VGZ-minimumnormen gelden. Echter als de volumes onvoldoende te voorspellen zijn worden er inkoopafspraken gemaakt op het niveau van een aandoening (kavel). Binnen een kavel is het dan wenselijk dat onderlinge substitutie tussen zorgproducten plaats kan vinden. Voor de overige zorgproductgroepen wordt een restplafond afgesproken (Figuur 39).

Afspraken op zorgproducten niveau	<ul style="list-style-type: none">• Zorgproducten die horen bij behandelingen waarvoor landelijke minimumnormen en/of VGZ-minimumnormen gelden
Afspraken op aandoeningen (kavel) niveau	<ul style="list-style-type: none">• Als volumes minder goed te voorspellen zijn, afspraken op de totale omzet binnen een aandoening
Resterende zorgproducten (totaalafpraak)	<ul style="list-style-type: none">• Voor de overige zorgproductgroepen en producten waarvan de voorspelbaarheid gering is geldt een restafpraak

Figuur 39 Verschillende niveaus van zorginkoop VGZ

In 2016 wordt nog specifiek gefocust op zorgproducten die relatief veel geconsumeerd worden, qua profiel nauwelijks variëren tussen aanbieders, maar desondanks een relatief grote prijsvariantie kennen. Bijvoorbeeld bij veelvoorkomende behandelingen van poliklinische consulten. In totaal hanteert VGZ 25 kavels (Figuur 40).

Inkoop MSZ 2016	Kavel	Aantal zorgproducten
Vrije segment	Heup	11
	Knie	14
	Hernia	28
	Botspeistelsel excl. Heup en knie	1
	Nieuwvormingen	17
	Cataract	1
	Oog en adnexen ecl. Cataract	8
	Bariatric	6
	Endocrien / voeding / stofwisseling excl bariatric	6
	Cardiologie	5
	Totaalafpraak Vrij Segment	71
Gereguleerd segment	Cardiologie Gereguleerd Segment	1
	Revalidatie geneeskunde	1
	Klinische genetica	1
	Totaalafpraak Gereguleerd Segment	29
Overige zorgproducten	Diagnostiek	2
	IC	1
	Kaakchirurgie	1
	Dure en weesgeneesmiddelen: TNF Alfaremmers	1
	Dure en weesgeneesmiddelen: Groeihormonen	1
	Dure en weesgeneesmiddelen: Fertiliteit	1
	Dure en weesgeneesmiddelen: Oncolytica	1
	Dure en weesgeneesmiddelen: melanoom	1
	Dure en weesgeneesmiddelen: Overig	1
	Totaalafpraak	5

Figuur 40 Overzicht van aantal zorgproducten dat onder een kavel valt in het inkoopdocument Medisch Specialistische Zorg 2016 van VGZ

4.3.4 Ontschotting – Met proeftuinen wordt geëxperimenteerd met ontschotting

Er zijn in Nederland veel initiatieven met het doel de kwaliteit van zorg te verbeteren, de kosten te verlagen en de zorg in de buurt beter te organiseren. Om dit te ondersteunen heeft Minister Schippers voor de periode 2013 t/m 2017 negen van zulke initiatieven benoemd tot proeftuinen ‘Betere zorg met minder kosten’.^{76, 77} De proeftuinen zijn regionale samenwerkingsverbanden van onder andere zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenvertegenwoording (Figuur 41).

⁷⁶ Er zijn meerdere ‘proeftuinen’ in Nederland, maar slechts deze negen worden door het ministerie van VWS gevolgd en ondersteunt.

⁷⁷ Bijlage 1 Beschrijving proeftuinen en pilots bij kamerbrief ‘Proeftuinen en pilots betere zorg met minder kosten’, ministerie van VWS 2013

Actoren	Slimmer met Zorg	Blauwe Zorg	Mijn zorg	Samen sterker in zorg	Friesland Voorop	Regioplan Goed leven	PELGRIM	PZF	Vitaal Vechtdal
Gemeente en GGD		ⓘ	✓		ⓘ	✓	ⓘ	✓	✓
Werkgever									✓
Huisartsen	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Huisartsenlab				✓	✓	✓		✓	
Apothekers		✓	✓					✓	✓
Geboortezorg					✓			✓	
Jeugdzorg						✓			
GGZ		ⓘ		✓		✓		✓	
Thuiszorg		ⓘ	✓			✓			
Verpleging en verzorging		ⓘ	✓			✓			
Gehandicaptenzorg						✓			
Ziekenhuis	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ⓘ	✓	✓
Patiëntvertegenwoordiging	✓	✓	✓	?	✓	✓	?	✓	ⓘ

✓ Beslist mee ⓘ Wordt geïnformeerd
 ✓ Coproduceert ? Geeft advies

Figuur 41 Overzicht van de deelnemende partijen per proeftuin

Door de uitgebreide en intensieve rol van de NZa (op basis van de innovatiebeleidsregel) bij de opzet van de proeftuinen, is er geen experimentstatus in het kader van de Wmg nodig. De proeftuinen zijn zo opgezet dat er goed gemeten kan worden wat de resultaten van het project zijn.⁷⁸

De proeftuinen zijn voornamelijk gericht op samenwerking binnen een regio om zo zorg en ondersteuning in de buurt te verbeteren. Er wordt hierbij veel aandacht geschonken aan substitutie; verschuiving van behandelingen van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg en van de eerstelijnszorg naar zelfzorg (Figuur 42). Als uit de landelijke monitor van RIVM blijkt dat een proeftuin in een regio geslaagd is, wordt gekeken of het initiatief ook landelijk uitgezet kan worden. De eerste resultaten worden in 2018 gepubliceerd.⁷⁹ In de bijlage staan de proeftuinen verder beschreven.

⁷⁸ Kamerbrief 'Proeftuinen en pilots 'betere zorg met minder kosten', ministerie van VWS 2013

⁷⁹ Landelijke monitor populatiemanagement, RIVM 2014

Doelstellingen	Slimmer met Zorg	Blauwe Zorg	Mijn zorg	Samen sterker in zorg	Friesland Voorop	Regioplan Goed leven	PELGRIM	PZF	Vitaal Vechtdal
Preventie		✓				✓			✓
Chronische zorg		✓	✓	✓	✓	✓		✓	
Samenwerking	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Versterking 1 ^e lijn	✓		✓	✓	✓	✓		✓	
Doelmatig voorschrijven farmacie	✓	✓	✓	✓		✓			
1 ^e lijns diagnostiek		✓	✓	✓		✓			
Spoedzorg				✓	✓				
Zelfmanagement	✓					✓	✓	✓	✓

Figuur 42 Overzicht van de doelstellingen per proeftuin

4.3.5 Ontschotting – Voorbeelden van samenwerking over schotten heen

4.3.5.1 Geboortezorg

Een ander voorbeeld van het doorbreken van schotten is te vinden in de geboortezorg. In de geboortezorg zijn de afgelopen jaren initiatieven geweest om bestaande schotten te doorbreken.

Verloskundig samenwerkingsverbanden (VSV's) bestaan uit eerstelijns verloskundigen, gynaecologen en verloskundig actieve huisartsen. VSV's zijn gecentreerd rondom ziekenhuizen in een regio. Een VSV zorgt ervoor dat de zorg voor een zwangere en haar kind goed georganiseerd en van hoge kwaliteit is. Een manier waarop VSV's dit doen is door het gezamenlijk schrijven van protocollen voor de geboortezorg. Hier in staat beschreven welke zorg de zwangere krijgt en welke zorgverlener verantwoordelijk is. Door een zorgprotocol kan continuïteit van zorg beter gegarandeerd worden. Daarnaast delen de verschillende zorgverleners informatie en ervaringen.⁸⁰

De NZa heeft het in 2015 mogelijk gemaakt voor zorgverleners om geboortezorg in één pakket aan zorgverzekeraars aan te bieden, via de module 'geboortecentrum'.⁸¹ Eerder moesten zorgverzekeraars de zorg die een geboortecentrum aanbiedt apart inkopen bij de kraamzorg, verloskundigen en het geboortecentrum. Nu kunnen kraamverzorgers en verloskundigen onderlinge kosten voor geboortezorg bij elkaar in rekening brengen. Deze mogelijkheid vereenvoudigt de samenwerking tussen de

⁸⁰ <http://www.knov.nl/samenwerken/tekstpagina/330/verloskundig-samenwerkingsverband-vsv/>

⁸¹ Beleidsregel Verloskunde 2015 BR/CU-7109, NZa 201.5

verschillende zorgaanbieders in de geboortezorgketen. Ook geeft het de zorgverzekeraar mogelijkheden om de verschillende onderdelen van de geboortezorg integraal in te kopen.

In juni 2016 is de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg opgenomen in het kwaliteitsregister van het Zorginstituut Nederland.⁸² In de zorgstandaard worden bepalingen en randvoorwaarden van de integrale zorg geschetst. Het is aan regionale VSV's om concrete invulling hieraan te geven. Door de integrale zorg regelen de verloskundige, gynaecoloog en kraamverzorgende gezamenlijk de zorg voor de zwangere vrouw. Eerstelijns verloskundigen kunnen bijvoorbeeld de expertise inschakelen van een gynaecoloog, terwijl de vrouw onder de verantwoordelijkheid van de verloskundige blijft. Zo worden er minder vrouwen verwezen naar het ziekenhuizen.

4.3.5.2 Ketenzorg Diabetes Mellitus type 2

Ontsotting van verschillende soorten zorg is ook terug te vinden in de ketenzorg van Diabetes Mellitus (DM) type 2. DM type 2 is een aandoening die zich goed leent voor ketenzorg. In 2011 was 5% van de Nederlandse populatie gediagnosticeerd met DM type 2.⁸³ In ketenzorg werken verschillende zorgverleners (vaak in een zorggroep of een gezondheidscentrum) samen om de klachten van een chronische aandoening onder controle te krijgen.

Meestal coördineert de huisarts de ketenzorg. De huisarts werkt samen met verschillende ketenpartners, waaronder diabetesverpleegkundigen, diëtisten, laboratoria, oogartsen en internisten. De verschillende zorgverleners wisselen onderling patiëntengegevens uit en stemmen behandeling en begeleiding af. Ook wordt er meestal een apart behandelplan per patiënt opgesteld in onderling overleg.

Onder de diabetes ketenzorg valt onder andere:

- Consult in de huisartsenpraktijk
- Consult diëtist

⁸² <https://www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit/kwaliteit+geboortezorg>

⁸³ <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/diabetes-mellitus/cijfers-context/prevalentie-en-incidentie#node-prevalentie-huisartsenregistraties>

- Laboratoriumonderzoek
- Voetzorg
- Fundusmeting door een oogarts
- Multidisciplinair overleg tussen huisarts en medisch specialist.

Ketenzorg is mogelijk gemaakt door een wijziging in de bekostiging van ketenzorg. In 2010 heeft de NZa integrale bekostiging van ketenzorg geïntroduceerd, om het leveren van zorg voor chronische patiënten eenvoudiger te maken.⁸⁴ Dit was in eerste instantie alleen mogelijk voor patiënten met DM type 2 en cardiovasculair Risicomanagement (CVR)⁸⁵, later ook voor COPD en Astma.⁸⁶ De zorgaanbieders kunnen met deze regeling zelf bepalen op welke wijze zorg wordt geleverd. Randvoorwaarde hieraan is wel dat de zorg- en dienstverlening voldoet aan de eisen van zorgstandaard voor Diabetes Mellitus en de zorgstandaard Vasculair Risicomanagement (mogelijk aangepast aan de lokale situatie). De prestaties kennen een vrij tarief en mogen enkel in rekening gebracht worden indien hier een overeenkomst tussen de zorgverzekeraar en zorgverleners is. Ketenzorg wordt vergoed uit de basisverzekering en valt niet onder het eigen risico.

Een deel van de DM type 2 ketenzorg werkt nog niet met een integraal tarief. In 2012 en 2013 werkte 15% met een zogenaamd koptarief (GEZ-module; samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten).⁸⁷ Zorggroepen worden dan bekostigd voor de coördinatie en overheadkosten. De individuele zorgverleners declareren zelf echter hun verrichtingen aan de zorgverzekeraar.

4.3.5.3 ParkinsonNet

Een voorbeeld van ontschotting binnen de Zvw is ParkinsonNet. ParkinsonNet is een initiatief voor integratie van zorg. In 2004 is in de regio Arnhem-Nijmegen met 19

⁸⁴ Prestatiebeschrijvingsbeschikking, kenmerk: 7000-1900-10-1

⁸⁵ Ook wel Vasculair Risicomanagement (VRM) genoemd

⁸⁶ Beleidsregel BR/CU-7119: Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg

⁸⁷ Marktscan en beleidsbrief Ketenzorg 2014; Weergave van de markt 2008-2013, NZa juni 2014

fysiotherapeuten, 9 logopedisten, 9 ergotherapeuten en 3 ziekenhuizen een pilot gestart. In 2015 is een nationale dekking van ParkinsonNet bereikt.⁸⁸

Het doel van ParkinsonNet is om de complexe zorg van Parkinson patiënten beter te integreren tussen de verschillende zorgaanbieders. Belangrijk uitgangspunt van het netwerk is een evidence-based behandeling en eerstelijns toegang tot paramedische zorgverleners die specifieke kennis hebben over de ziekte van Parkinson. Daarnaast is een infrastructuur gecreëerd waarin nieuwe klinische studies ter onderbouwing voor paramedische en multidisciplinaire zorg voor mensen met Parkinson beschikbaar zijn

ParkinsonNet heeft 8 kernonderdelen:

1. Evidence-based richtlijnen
2. Beperkte instroom van gemotiveerde zorgverleners
3. Hoog niveau door basisscholing van deelnemers volgens behandelrichtlijnen, voortdurende interactie en informatie-uitwisseling tussen deelnemers en door leren in de praktijk
4. Alle leden spreken af om volgens de behandelrichtlijnen te werken
5. Patiënten en artsen kunnen gericht verwijzen naar ParkinsonNet deskundigen
6. Transparantie over de kwaliteit van diensten en gezondheidsresultaten
7. Patiëntgerichte aanpak
8. Online ondersteuning.

In 2015 is er nog een aparte vergoeding voor de neuroloog en andere zorgverleners. De paramedische behandelingen moeten veelal uit een aanvullende verzekering bekostigd worden.

CZ en Achmea (rest van de zorgverzekeraars nog niet) contracteren nu selectief zorgaanbieders die deelnemers zijn van ParkinsonNet zorgaanbieders. Dit zorgt wel voor een schot, aangezien niet iedereen tot het netwerk toe kan treden, maar waarborgt wel de kwaliteit.

⁸⁸ www.parkinsonnet.nl

4.3.5.4 Chance@home

Een voorbeeld van ontschotting binnen de Zvw is Chance@home van de Isala klinieken in Zwolle. Het doel van Chance@home is om de kwaliteit van leven van patiënten te verbeteren en het aantal ziekenhuisopnames te verminderen. Dit gebeurt door ziekenhuiszorg thuis uit te laten voeren door speciaal opgeleide verpleegkundigen in plaats van in het ziekenhuis.⁸⁹ In 2004 is het initiatief gestart bij patiënten met chronisch hartfalen woonachtig in de regio Zwolle. Nu worden ook patiënten met een longembolie, klaplong of na een longoperatie thuis begeleid.

Herstel en behandeling van de patiënt vindt thuis plaats. Een speciaal opgeleide verpleegkundige komt dagelijks langs voor controle van bloeddruk, gewicht, medicatiegebruik en het toedienen van speciale medicatie. Ook kan thuis een ECG worden gedaan, die via een speciale verbinding meteen in het ziekenhuis door de cardioloog beoordeeld kan worden. Ook kunnen de verpleegkundigen bij de patiënt thuis het elektronisch patiëntendossier inzien. Het gaat dus om ziekenhuiszorg die thuis wordt uitgevoerd. De patiënt blijft wel onder de verantwoordelijkheid van de behandelend medisch specialist.

De vergoeding van de thuisbehandeling via Chance@home valt onder de basiszorg van de zorgverzekering. De vergoeding valt wel onder het eigen risico.

4.3.5.5 Meekijkconsult

Een voorbeeld waar ontschotting leidt tot minder doorverwijzingen naar het ziekenhuis is het meekijkconsult. Bij een meekijkconsult wordt specialistische expertise betrokken bij het leveren van huisartsenzorg. Een huisarts, in de rol van hoofdbehandelaar, vraagt advies aan een (medisch) specialist over een specifieke patiënt, waarbij specialistisch beoordeling en/of advies noodzakelijk is, met het doel om verwijzing naar de 2e lijn waar mogelijk te voorkomen. De adviesaanvraag voor consultatie komt daarbij altijd van de huisartspraktijk.

⁸⁹ <http://www.isala.nl/over-isala/nieuws/thuisbehandeling-isala-chance@home-10-jaar-beproefd-concept>

Het meekijkconsult wordt bekostigd vanuit het Segment 3 van de huisartsenzorg. In dit segment wordt er met vrije tarieven bekostigd.⁹⁰

Vanaf 2015 worden huisartsen en aanbieder van multidisciplinaire zorg bekostigd vanuit 3 segmenten:

- Segment 1: basiszorg. Hieronder vallen onder andere het inschrijftarief en het huisartsenconsult (75% van de kosten).
- Segment 2: multidisciplinaire zorg. Hieronder valt onder andere de ketenzorg die door huisartsen en andere zorgaanbieders vanuit een zorggroep geleverd wordt (15% van de kosten).
- Segment 3: Resultaatbeloning en zorgvernieuwing. Dit segment laat ruimte aan huisartsen en verzekeraars om onderling (belonings)afspraken te maken over de resultaten van de inzet van basis of multidisciplinaire zorg. Een voorbeeld is doelmatig doorverwijzen, waardoor er zorgkosten bespaard kunnen worden (10% van de kosten).

Er zijn al de afgelopen jaren veel positieve ervaringen opgedaan met verschillende vormen van het meekijkconsult. De publicaties hierover laten zien dat huisartsen en medisch specialisten tevreden zijn over de samenwerking en dat er veel kennis opgedaan wordt die toegepast kan worden in de praktijk.^{91, 92, 93, 94} Ook de patiënt ervaart de meekijkconsulten als positief. De patiënt krijgt zorg dichtbij, bij een vertrouwde zorgverlener. Daarnaast hoeft de patiënt geen eigen risico te betalen. Bij een pilot in De Bilt gaven huisartsen aan dat in 75% (72 patiënten) van de gevallen aan dat als er geen meekijkconsult was geweest, de patiënt direct doorverwezen was. Uiteindelijk bleef voor 53% (38 patiënten) een verwijzing gedurende een jaar uit.⁹⁵

⁹⁰ Beleidsregel BR/CU-7119. Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg

⁹¹ Schulpen G. Het win-winconsult. Medisch Contact, 11-13 maart 2002

⁹² Peters S. Hoe organiseer je een meekijkconsult? Twee weten meer dan een. LHV De Dokter, Juni 2013

⁹³ Hoof van S, Spreeuwenberg M, Kroese M, Meerlo R, Bastiaens L, Ruwaard D, The effects of primary care plus on referral patterns and experiences. Annual conference supplement. International Journal of Integrated Care 2014

⁹⁴ Mevius L. Interview, specialist in de huisartsenpraktijk. Anderhalvelijns zorg tegen onnodig verwijzen. Ned tijdschr geneesk. 31 augustus 2013;157(35)

⁹⁵ <http://medischcontact.artsennet.nl/archief-6/Tijdschriftartikel/150094/Meekijkconsult-iedereen-tevreden-en-geld-over.htm?cfe=2221323&ff=2221323>

Door middel van een meekijkconsult kunnen dus onnodige doorverwijzingen voorkomen worden.

4.3.5.6 Heropnames COPD

In Flevoland loopt een project waarin gekeken wordt hoe heropnames van patiënten met COPD verlaagd kunnen worden. Het project is in 2013 gestart als een pilot ‘Anders denken, betere zorg?’ met 10 mensen, inmiddels zijn er 53 mensen geïncludeerd.

Om het aantal heropnames te verminderen zijn er 4 interventies toegepast:

1. De patiënt krijgt een coach toegewezen. De coach:
 - a. coördineert de zorg
 - b. verbindt de verschillende lijnen met elkaar
 - c. coacht de patiënt in het nemen van de eigen regie
 - d. zorgt ervoor dat bovenstaande taken worden overgedragen aan iemand in de directe omgeving van de patiënt.
2. Fysiotherapie en revalidatie. Na opname wordt een structureel revalidatieprogramma aangeboden. Door fysiotherapie en revalidatie daalt de kans op een heropname binnen een half jaar van 30-40% naar 13%.⁹⁶
3. Medicijngebruik. De coach en de fysiotherapeut besteden extra aandacht aan het medicijngebruik van de patiënt en geven betere instructies om onnodig medicijngebruik te voorkomen en beter gebruik van de huidige medicijnen te stimuleren.
4. Hospital at home. De patiënt wordt eerder ontslagen uit het ziekenhuis en brengt de eerste dagen thuis door onder de begeleiding van een verpleegkundige. Hier komt ongeveer 20% van de patiënten voor in aanmerking.

Deze aanpak patiëntgerichte aanpak gaat over de schotten heen. Hierdoor verbetert de kwaliteit van leven, de gezondheidstoestand en leidt hierdoor tot minder heropnames.⁹⁷

⁹⁶ Puhan et al. (2011). Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*, 10.

⁹⁷ Monitoring project voorkomen van heropnames COPD, 1e halfjaar 2014, MCCFlevoland

5 Schotten tussen ziekenhuizen

Er zijn ook schotten tussen ziekenhuizen te vinden (Figuur 43).

- Financieel. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen spreken vaak een plafond af voor de omzet van het ziekenhuis. Meestal wordt ook een ‘doorleverplicht’ afgesproken. Ondanks deze doorleverplicht, is er een risico dat, als in de loop van een jaar blijkt dat de gecontracteerde hoeveelheid zorg niet voldoende is, verzekerden worden doorverwezen naar een ander ziekenhuis. Er wordt ook geëxperimenteerd met ontschotting van zorg. Een voorbeeld van ontschotting is het Experiment TopZorg van ZonMW. Voor een periode van 4 jaar (2014-2017) wordt complexe en/of academische patiëntenzorg in drie topklinische ziekenhuizen gefaciliteerd. Deze soort zorg vindt normaliter alleen plaats in UMC’s.
- Praktijk. Voorheen mochten weesgeneesmiddelen alleen in UMCs worden voorgeschreven. Alhoewel de regulering is vrijgegeven, wordt daar toch nog aan vastgehouden. Ook zijn er in de praktijk belemmeringen voor samenwerken tussen ziekenhuizen vanwege de overdracht van patiëntgegevens. Ziekenhuizen hebben vaak verschillende elektronische patiëntendossier softwaresystemen, die niet altijd compatibel zijn. Dit speelt ook een rol bij samenwerking met andere ketenpartners dan ziekenhuizen. Het Radboud Universitair Centrum voor Oncologie heeft de schotten aangepakt, onder andere door voor 13 oncologische aandoeningen specifieke zorgketens in te richten. Elke zorgketen heeft een medisch specialist als keteneigenaar, die het eerste aanspreekpunt zijn met betrekking tot de organisatie en inhoud van de geleverde zorg binnen de ketens. Ook is er een satellietkliniek bij het Maasziekenhuis in Boxmeer opgezet om de zorg dichterbij de patiënt te kunnen leveren en zijn er speciale poliklinieken voor jongeren.

Schotten tussen ziekenhuizen belemmeren vooral de overdracht van patiënten. Hierdoor is het lastiger om een deel van de behandeling in het ene en een ander deel in het andere ziekenhuis plaats te laten vinden.

Financieel	Regulering	Praktijk
<ul style="list-style-type: none">• Omzetplafond ziekenhuizen bemoeilijkt aannname nieuwe patiënten• <i>Ontschotting – Bijzondere financiering van STZ-ziekenhuizen als alternatief voor academische component in ZonMW TopZorgprogramma</i>		<ul style="list-style-type: none">• Weesgeneesmiddelen worden vrijwel alleen voorgeschreven bij UMCs• Overdracht van patiëntgegevens is lastig vanwege verschillende systemen• <i>Ontschotting – Radboud Universitair Centrum voor Oncologie</i>

Figuur 43 Schotten tussen ziekenhuizen

5.1 Financieel

5.1.1 Omzetplafond ziekenhuizen bemoeilijkt aannname nieuwe patiënten

Zorgverzekeraars en ziekenhuizen spreken vaak een plafond voor de omzet van het ziekenhuis, inclusief een doorleverplicht af. De overdracht van patiënten tussen ziekenhuizen wordt hierdoor bemoeilijkt. De doorleverplicht houdt in dat ziekenhuizen (en zbc's) verplicht zijn om zorg te leveren, ook als het afgesproken plafond is bereikt. De kosten hiervoor liggen bij het ziekenhuis. Zorgverzekeraars wentelen met deze doorleverplicht het risico op te veel geleverde zorg af op het ziekenhuis of zbc. Die moeten het risico zien te beheersen door de productie zorgvuldig te plannen.

Wanneer zorgverzekeraars geen doorleverplicht afspreken, kan dit zorgen voor langere wachtlijsten voor patiënten. Als in de loop van een jaar blijkt dat de gecontracteerde hoeveelheid zorg niet voldoende is, kan dit tot gevolg hebben dat de verzekerden worden doorverwezen naar een ander ziekenhuis. Zo hanteerde het Radboudumc in december 2013 een behandelstop voor verzekerden bij Achmea. Ook werden er geen nieuwe afspraken met nieuwe patiënten gemaakt tot de jaarwisseling⁹⁸. Dit geldt overigens nooit voor acute zorg, die niet kan worden uitgesteld.

⁹⁸ <http://www.skipr.nl/actueel/id16764-radboudumc-hanteert-opnamestop-clinten-achmea.html>

Gevolgen

Door plafondafspraken met of zonder doorleverplicht, wordt het overdragen van patiënten tussen ziekenhuizen bemoeilijkt. Ook als een dergelijke overdracht goed zou zijn voor de patiënt, bijvoorbeeld om de behandeling voort te zetten in een gespecialiseerd ziekenhuis. Als het budget voor verzekerden is overschreden, kan het voorkomen dat een ziekenhuis besluit om geen nieuwe patiënten, of patiënten die vanuit andere ziekenhuizen worden doorverwezen, meer aan te nemen.

5.2 Ontschotting – Beschikbaarheidsbijdrage voor STZ-ziekenhuizen in ZonMW TopZorgprogramma

Een voorbeeld van ontschotting is het Experiment TopZorg van ZonMW. Voor een periode van 4 jaar (2014-2017) wordt complexe en/of academische patiëntenzorg in drie topklinische ziekenhuizen gefaciliteerd. Deze soort zorg vindt normaliter alleen plaats in UMC's.

Voor deze complexe of academische patiëntenzorg ontvangen de UMC's een subsidie van € 660 miljoen per jaar, de zogeheten academische component.⁹⁹ In het programma TopZorg wordt onderzocht of de combinatie van specifieke vormen van zorg met (voornamelijk klinisch) wetenschappelijk onderzoek ook bij enkele niet-UMC's in aanmerking komt voor extra subsidie. Doel van het programma is om vast te stellen wat de meerwaarde is voor patiënten wanneer niet alleen de UMC's, maar ook andere ziekenhuizen deze zorg gecombineerd met onderzoek gaan bieden.¹⁰⁰ Hiervoor ontvangen de geselecteerde ziekenhuizen een subsidie van totaal 30 miljoen.¹⁰¹

Voor dit TopZorgprogramma zijn het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein, het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg en het categorale Oogziekenhuis in Rotterdam geselecteerd. Deze drie ziekenhuizen werken op een aantal specifieke domeinen aan een combinatie van specialistische zorg en onderzoek. De gekozen domeinen zijn de expertisegebieden van de deelnemende ziekenhuizen. Het St. Antonius focust op cardiologie, het St. Elisabeth ziekenhuis op Neurologie en het Oogziekenhuis op oogzorg.

⁹⁹ Rijksbegroting, Ministerie van VWS 2016

¹⁰⁰ <http://www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/topzorg/achtergrond/>

¹⁰¹ Kamerbrief positioneringsnota umc's, Ministerie van VWS, 11 juli 2014.

Na afloop van het programma wordt besloten of het al dan niet bekostigen van deze combinatie van specialistische zorg en onderzoek bij STZ-ziekenhuis uit de academische component gewenst is. Gedurende de looptijd van het programma worden geen andere ziekenhuizen toegevoegd aan het programma.

5.3 Praktijk

5.3.1 Weesgeneesmiddelen worden vrijwel alleen voorgeschreven bij UMC's

Een voorbeeld van schotten door het gedrag van spelers in de markt is bij het voorschrijven van weesgeneesmiddelen. Wettelijk mogen weesgeneesmiddelen voorgeschreven worden in alle soorten ziekenhuizen, maar in de praktijk blijkt dat deze voornamelijk nog in UMC's worden voorgeschreven. Vaak worden zeldzame aandoeningen in een UMC behandeld.

Een weesgeneesmiddel is een medicijn voor de behandeling of preventie van een zeldzame aandoening, waarvoor nog geen andere behandeling bestaat. Bij een zeldzame aandoening maken maar weinig mensen gebruik van het medicijn (maximaal 5 op de 10.000 mensen). Hierdoor kan de ontwikkeling en het op de markt brengen van dit geneesmiddel erg kostbaar zijn, waardoor bedrijven mogelijk geen interesse hebben om dit middel te ontwikkelen. Om de ontwikkeling van deze middelen te stimuleren heeft het European Medicines Agency (EMA) extra financiële stimuleringsmaatregelen opgesteld. Voorbeelden van deze stimuleringsmaatregelen zijn 10 jaar marktexclusiviteit, een gecentraliseerde Europese aanvraagprocedure, versnelde registratie. Ook zijn er meerdere subsidiefondsen die onderzoek naar weesgeneesmiddelen steunen.¹⁰²

Voorheen mochten weesgeneesmiddelen alleen door UMC's en NKI/AVL gedeclareerd worden. Sinds 2015 is deze declaratiebepaling echter vervallen. Nu mogen deze geneesmiddelen dus ook door algemene ziekenhuizen worden gedeclareerd, en dus

¹⁰² <http://weesgeneesmiddelen.info/regelgeving/overzicht-van-de-internationale-stimuleringsmaatregelen-en-verordeningen-in-europa-en-de-verenigde-staten/>

voorgescreven worden. Dit mag echter alleen als het ziekenhuis hierover een afspraak heeft gemaakt met de zorgverzekeraar.¹⁰³

Zorgverzekeraars hebben echter nog altijd een voorkeur om de weesgeneesmiddelen alleen in UMC's voor te schrijven (Tabel 3).

Tabel 3 Overzicht van voorwaarde voorschrijven weesgeneesmiddelen genoemd in de inkoopdocumenten van zorgverzekeraars

Verzekeraar	Voorwaarde voorschrijven weesgeneesmiddelen in inkoopdocument
Achmea	Niet specifiek benoemd. Wel wordt het beleid van dure en weesgeneesmiddelen besproken en vorm gegeven in speciale farmaciewerkgroepen voor de UMC's, als onderdeel van het Achmea beleid voor intramurale en poliklinische farmacie. ¹⁰⁴
CZ	<i>"De weesgeneesmiddelen zijn sterk gekoppeld aan de kennis en kunde van de voorschrijvende artsen. Daarom neemt CZ het standpunt in dat weesgeneesmiddelen enkel gecontracteerd zullen worden bij instellingen die deze weesziekten behandelen. Vaak betreft dit per weesziekte één of twee academische ziekenhuizen waardoor wij in beginsel deze zorg ook enkel bij academische ziekenhuizen willen contracteren. Slechts in uitzonderingsituaties zijn wij bereid bij goede argumentatie hiervan af te wijken."</i> ¹⁰⁵
Menzis	<i>"Weesgeneesmiddelen worden in principe ingekocht in de academische centra die expertise hebben op het betrokken vakgebied. In sommige gevallen is expertise ook aanwezig in een niet-academisch centrum. Dan worden hierover expliciet afspraken gemaakt tussen ziekenhuis en Menzis."</i> ¹⁰⁶
VGZ	Niet specifiek benoemd. ¹⁰⁷

Gevolgen

Er zijn twee directe gevolgen van het voornamelijk voorschrijven van weesgeneesmiddelen in UMC's:

¹⁰³ <http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/ziekenhuiszorg/nieuws/Rust-in-de-regels-voor-medisch-specialistische-zorg-in-2015/>

¹⁰⁴ Zorginkoopbeleid 2016 Zorgsoort Intramurale en poliklinische farmacie, Achmea

¹⁰⁵ Inkoopdocument 2016 Medisch specialistische zorg, CZ

¹⁰⁶ Kaders Zorginkoopbeleid Medisch Specialistische Zorg 2016, Menzis

¹⁰⁷ Inkoopdocument Medisch specialistische zorg 2016, VGZ

- Patiënten moeten (mogelijk) verder reizen voor de behandeling.
- Het UMC kan over budget heen gaan wanneer er veel nieuwe dure weesgeneesmiddelen op de markt komen. Het budget voor de UMC's is namelijk gebaseerd op historie. Wanneer er veel nieuwe patiënten verwezen worden naar een UMC, dan is het ziekenhuisbudget mogelijk niet toereikend. Dit kan leiden tot het uitstellen van een behandeling tot een nieuw budgetjaar.

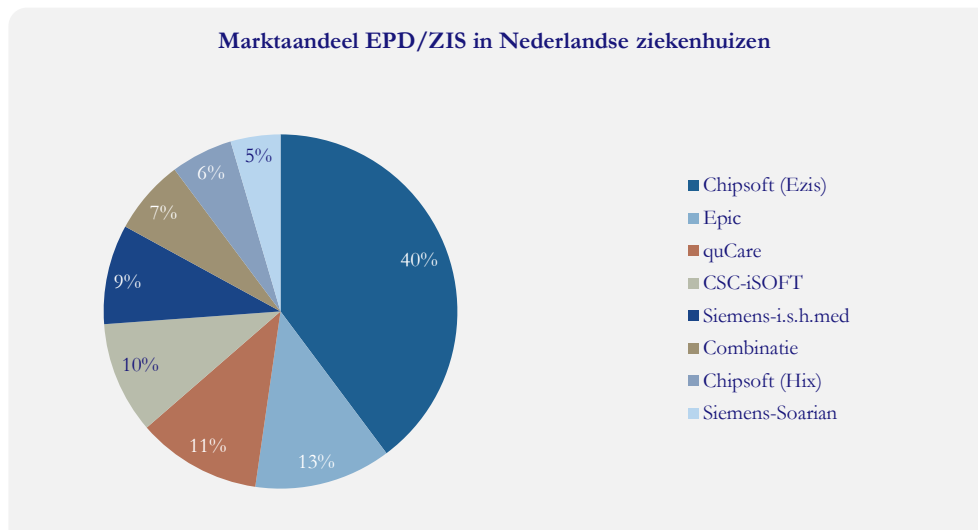
5.3.2 Overdracht van patiëntgegevens is lastig vanwege verschillende systemen

Een duidelijk schot is er bij de verschillende soorten elektronisch patiëntendossier (EPD) of ziekenhuisinformatiesysteem (ZIS) die ziekenhuizen hebben. Een EPD/ZIS bevat:

- Administratieve patiëntgegevens, zoals naam, geboortedatum, adres, telefoonnummer, contactgegevens, geboorteplaats, huisarts, verzekering
- Medische patiëntgegevens
- Opname-/bezoekgegevens, zoals behandelende arts, op welke locatie is de patiënt geweest en voor hoelang.

Het ligt voor de hand dat het uitwisselen van patiëntgegevens eenvoudiger is met gelijke systemen. In Nederland hebben ziekenhuizen echter vaak verschillende EPD/ZIS softwaresystemen. In Nederland heeft Chipsoft (Ezis) het grootste marktaandeel met 40%.¹⁰⁸ Een nieuwe applicatie van Chipsoft, Hix heeft een marktaandeel van 6% (Figuur 44).

¹⁰⁸ <http://www.zorgvisie.nl/ICT/Overzicht-epdZIS-in-ziekenhuizen/>



Figuur 44 Marktaandeel verschillende EPD/ZIS in Nederlandse ziekenhuizen in 2015

Algemene ziekenhuizen maken het meest gebruik van Chipsoft (Ezis). UMC's maken echter vaker gebruik van Epic (Figuur 45).

EPD	Grootte op basis van bedrijfsopbrengsten				Totaal marktaandeel
	Klein (< €100 miljoen)	Midden (€100-200 miljoen)	Groot (> €200 miljoen)	UMC	
Chipsoft (Ezis)	16%	16%	6%	2%	40%
Epic	0%	6%	3%	3%	13%
quCare	9%	0%	2%	0%	11%
CSC-iSOFT	2%	6%	2%	0%	10%
Siemens-i.s.h.med	1%	3%	3%	1%	9%
Combinatie	0%	3%	3%	0%	7%
Chipsoft (Hix)	3%	2%	0%	0%	6%
Siemens-Soarian	2%	0%	0%	2%	5%

Figuur 45 Marktaandeel van de verschillende EPD's in verschillende soorten ziekenhuizen in Nederland in 2015

Gevolgen

Wanneer ziekenhuizen goed samen willen werken met elkaar, moet het mogelijk zijn om makkelijk en snel informatie uit te wisselen. Hiervoor moet er of met één systeem gewerkt worden, of moeten verschillende systemen compatibel zijn. Nu blijkt het nog

vaak voor te komen dat een patiënt zelf met een cd-rom zijn of haar gegevens bij een overdracht mee moet nemen naar het nieuwe ziekenhuis.

5.3.3 Ontschotting - Radboud Universitair Centrum voor Oncologie

Een voorbeeld van ontschotting is te vinden in Nijmegen. Het Radboudumc heeft daar het Radboud Universitair Centrum voor Oncologie (RUCO) opgezet. In dit centrum krijgt iedere patiënt met kanker optimale, innovatieve zorg, afgestemd op de persoonlijke behoeften.

Hiertoe heeft het RUCO:

- Per oncologische aandoening specifieke zorgketens ingericht met elk een keteneigenaar.
- Voor iedere patiënt naast een hoofdbehandelaar ook een casemanager.
- Een tool, de Lastmeter, om de behoefte aan ondersteunende zorg te inventariseren.
- Een speciale polikliniek voor jong volwassenen.
- Een online community gefaciliteerd.
- Een satellietkliniek bij het Maasziekenhuis in Boxmeer opgezet.

Het RUCO heeft 13 zorgketens ingericht waar alle oncologische aandoeningen onder vallen. Per keten fungeert één medisch specialist als keteneigenaar. Deze keteneigenaars zijn een eerste aanspreekpunt met betrekking tot de organisatie en inhoud van de geleverde zorg binnen de ketens. Maandelijks komen deze keteneigenaren bijeen in een ketenraad om ervaringen te delen en een gezamenlijk beleid te maken. In de raad wordt bijvoorbeeld nagedacht over de rol van de casemanager in het zorgproces. Wat zijn de specifieke taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden? Daarnaast heeft elke keten een (twee)wekelijks een multidisciplinair overleg. Hier wordt per patiënt een behandelplan opgesteld.

Verder heeft het RUCO voor iedere patiënt één hoofdbehandelaar en meestal een casemanager. De hoofdbehandelaar is de medisch specialist die eindverantwoordelijke is voor de behandeling van de patiënt en zorgt voor een juiste afstemming tussen de verschillende zorgverleners. De casemanager, vaak een verpleegkundige, is het vaste

aanspreekpunt voor de patiënt. Samen met de patiënt houdt de casemanager het overzicht van de behandelingen en de onderzoeken.

Om de behoefte aan ondersteunende zorg te inventariseren, wordt de Lastmeter door verpleegkundigen gebruikt. Met dit instrument kunnen mogelijke problemen vroegtijdig gesignaleerd worden en patiënten naar de juiste zorgverlener worden doorverwezen.

Voor jong volwassenen (18 tot 35 jaar) is er een speciale polikliniek, de AYA-poli. Op deze poli kunnen de jong volwassenen extra begeleiding krijgen voor problemen met bijvoorbeeld hun werk of opleiding, mogelijk verminderde vruchtbaarheid, relaties en seksualiteit. Tevens is er een online community waar jonge mensen met kanker elkaar kunnen ontmoeten, informatie kunnen uitwisselen, vragen kunnen stellen en kennis kunnen delen.

Om de zorg dicht bij de patiënt te brengen worden er satellietklinieken van het RUCO geopend, verspreid in Oost Nederland. Op dit moment is er 1 satelliet kliniek geopend bij het Maasziekenhuis Pantein in Boxmeer. Oncologen uit het Maasziekenhuis werken nauw samen met specialisten van het Radboudumc. Hierdoor kunnen patiënten rekenen op een hoge kwaliteit van medisch zorg en kunnen patiënten ook terecht voor zeer specialistische behandelingen (zoals radiotherapie) in Boxmeer. Hierdoor krijgt de patiënt behandeling met de hoogste kwaliteit, maar wel dicht bij huis. De samenwerking met het Maasziekenhuis Pantein is onder andere tot stand gekomen omdat het voor beide partijen goed uitkwam. Er dreigde in de buurt van Boxmeer een commercieel kankercentrum te komen. Daarnaast vertrokken er enkele chirurgen bij het Maasziekenhuis Pantein, waardoor er nieuw personeel nodig was. De samenwerking tussen het RUCO en het Maasziekenhuis Pantein zorgde ervoor dat beide ‘problemen’ opgelost werden.

Op dit moment hebben het RUCO en het Maasziekenhuis Pantein nog niet hetzelfde EPD. Wel hebben de artsen inzicht in elkaar dossier.

6 Schotten binnen ziekenhuizen

Ook op het diepste niveau – binnen een ziekenhuis - zijn er schotten te vinden (Figuur 46).

- Financieel. Het ziekenhuis wordt betaald in verschillende segmenten; het gereguleerde A-segment, het vrije B-segment en nog enkele aparte regelingen. Sinds 2015 zijn de betalingen voor ziekenhuis en medisch specialist niet meer gescheiden. Doordat delen van de zorg worden bekostigd vanuit het B-segment, kunnen de prijzen tussen ziekenhuizen verschillen. Dit zou kunnen leiden tot selectie van aantrekkelijke patiënten door ziekenhuizen, bijvoorbeeld patiënten die een behandeling moeten krijgen met een DBC waar een beter onderhandelresultaat voor is bereikt.
- Regulering. De Raad van Bestuur van het ziekenhuis en het Medisch Specialistisch Bedrijf moeten samen de zorg leveren terwijl ze organisatorisch gescheiden zijn. Binnen het ziekenhuis is het inkomen van de medisch specialist meestal nog gekoppeld aan productieparameters die zelf weer gekoppeld zijn aan verrichtingen. Medisch specialisten worden niet betaald voor werkzaamheden die leiden tot minder direct patiëntencontact. Ook is de opleiding tot medisch specialist voornamelijk monodisciplinair. Gelijk na de studie wordt er al een specialisatierichting gekozen door het ANIOS/AIOS-traject. Het ‘culturele schot’ tussen verschillende medisch specialisten, wordt dus al vroeg gebouwd. In de opleiding wordt wel steeds meer aandacht aan het multidisciplinair werken besteed.
- Praktijk. Culturele verschillen tussen medisch specialisten, apothekers en paramedici belemmeren de samenwerking. Dit schot is er tussen verschillende groepen zorgverleners, maar ook binnen de groepen zorgverleners onderling. Patiënten komen terecht bij verschillende zorgverleners. Vertrouwen in de kennis en professionaliteit van de zorgverleners is cruciaal voor een samenwerkingsverband om te slagen en de beste zorg voor de patiënt te kunnen leveren. Betere samenwerking tussen zorgverleners leidt waarschijnlijk tot betere zorg voor de patiënt. Onnodige dubbeldiagnostiek of medicijngebruik kan verminderd worden, en er kunnen meer

samenwerkingsverbanden tussen de verschillende lijnen ontstaan. Tevens zijn er schotten in het onderzoek. Onderzoek is voornamelijk monodisciplinair ingericht. Hierdoor worden er kansen gemist in interdisciplinair onderzoek. Patiënten krijgen steeds vaker te maken met complexe en comorbide ziektebeelden. Deze problemen vragen vaak om een kijk vanuit verschillende specialismes. Er is dus meer aandacht nodig voor interdisciplinair onderzoek om de steeds complexer wordende ziektebeelden te kunnen diagnosticeren en behandelen.

Financieel	Regulering	Praktijk
<ul style="list-style-type: none">• De inkomsten van het ziekenhuis komen uit meerdere segmenten• <i>Ontsotting - Schot door ziekenhuis- en honorarium-component is verdwenen</i>	<ul style="list-style-type: none">• De Raad van Bestuur en het Medisch Specialistische Bedrijf zijn geen integraal geheel• Bekostiging van medisch specialisten is gericht op productie• De opleiding van medisch specialisten is voornamelijk monodisciplinair	<ul style="list-style-type: none">• Culturele verschillen tussen medisch specialisten, apothekers en paramedici belemmeren samenwerking• Weinig interdisciplinair onderzoek door monodisciplinaire afdelingen, tijdschriften en subsidieverstrekkers

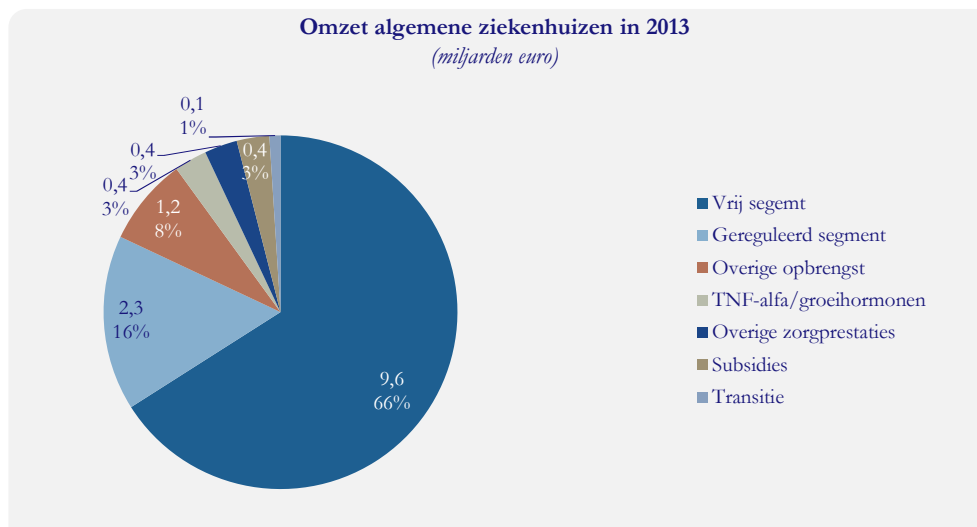
Figuur 46 Schotten binnen ziekenhuizen

6.1 Financieel

6.1.1 De inkomsten van het ziekenhuis komen uit meerdere segmenten

Ook bij de inkomsten van het ziekenhuis zit een schot. De omzet van het ziekenhuis komt namelijk uit verschillende posten. In 2013 bedroeg de omzet van Nederlandse ziekenhuizen € 14,6 miljard. Hiervan kwam 66% uit het vrije segment (voorheen het B-segment) en 16% uit het gereguleerde segment (voorheen het A-segment). Het vrije segment kent, zoals de naam aangeeft, vrije prijzen. Ziekenhuizen onderhandelen hiervoor met zorgverzekeraars. Deze onderhandelingen kunnen gaan over het volume en de prijs die voor een behandeling wordt betaald, maar ook welke zorg er wordt geleverd. Voor de DBC's uit het gereguleerde segment stelt de NZa een

maximumbedrag per DBC vast. De rest van de omzet wordt gehaald uit subsidies, overige opbrengsten en opbrengsten uit overige zorgprestaties (Figuur 47). Onder overige prestaties vallen niet-gebudgetteerde Zvw-gefinancierde zorg, zoals kraamzorg, eigen bijdragen en betalingen van patiënten voor niet-verzekerde zorg en opbrengsten uit aanvullende zorgverzekeringen.¹⁰⁹



Figuur 47 Omzet algemene ziekenhuizen in 2013 in miljarden euro

Gevolgen

Doordat veel zorg wordt bekostigd vanuit het B-segment, kunnen de prijzen tussen ziekenhuizen verschillen. Dit zou kunnen leiden tot selectie van aantrekkelijke patiënten door ziekenhuizen, bijvoorbeeld patiënten die een behandeling moeten krijgen met een DBC waar een beter onderhandelresultaat voor is bereikt.

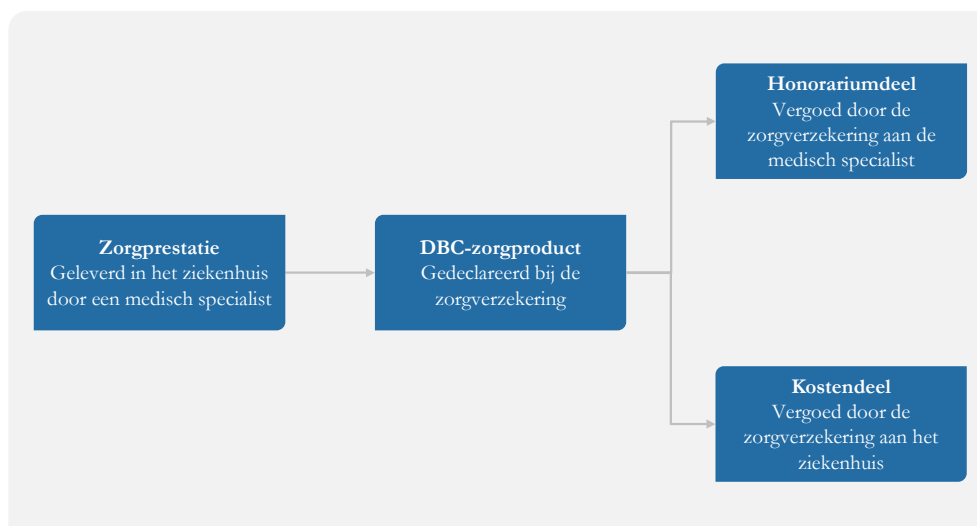
6.1.2 Ontschotting- Schot door ziekenhuis- en honorariumcomponent is verdwenen

Tot 2015 was de betaling van de kosten voor het ziekenhuis gescheiden van de betaling voor medisch specialisten, het honorarium. Het kwam voor dat een zorgproduct voor het ziekenhuis winstgevend was, maar voor de vrijgevestigde medisch specialist juist verlieslatend en vice versa. De kosten voor medisch specialisten in loondienst vielen wel onder de kosten van het ziekenhuis (Figuur 48).

¹⁰⁹ Zorg innoveert. Brancherapport algemene ziekenhuizen 2014, NVZ 2015.

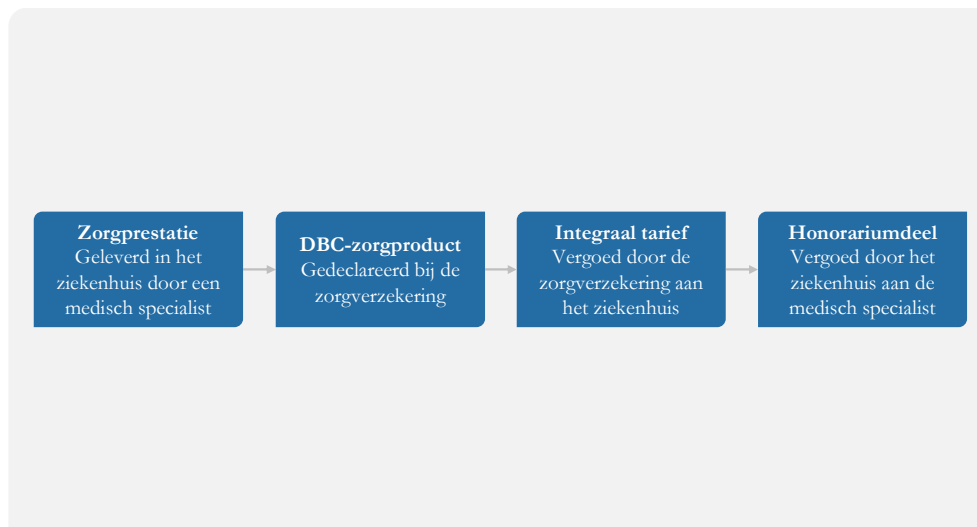
Tot 2015 gold voor de vrijgevestigde medisch specialisten dat:

- Ze een afzonderlijke vergoeding kregen voor de behandeling van patiënten.
- De NZa maximale honorariatarieven voor de zorgproducten vast had gesteld. Voor ziekenhuizen golden meestal vrije tarieven.
- De NZa per ziekenhuis een omzetplafond voor vrijgevestigde medisch specialisten vaststelde. Ziekenhuizen hadden geen apart plafond, maar een plafond samen met alle andere ziekenhuizen.
- In het BKZ een apart bedrag bestemd was voor het honorarium van vrijgevestigde medisch specialisten.
- Er een apart MBI was voor kostenbeheersing.



Figuur 48 De situatie tot 2015

Sinds 2015 contracteert de zorgverzekeraar het ziekenhuis en contracteert het ziekenhuis de medisch specialisten (Figuur 49). De kosten van een ziekenhuisbehandeling worden via een integraal tarief vergoed door de zorgverzekeraar. Het ziekenhuis declareert alle behandelkosten en beslist hoe de inkomsten verdeeld worden. Ook is er een integraal MBI vastgesteld. Dit model stelt een jaarlijks maximum aan de opbrengsten van verzekerde medisch specialistische zorg. Als de totale omzet hoger ligt dan het landelijke maximum, worden zorgaanbieders naar rato van hun omzet (achteraf) gekort.

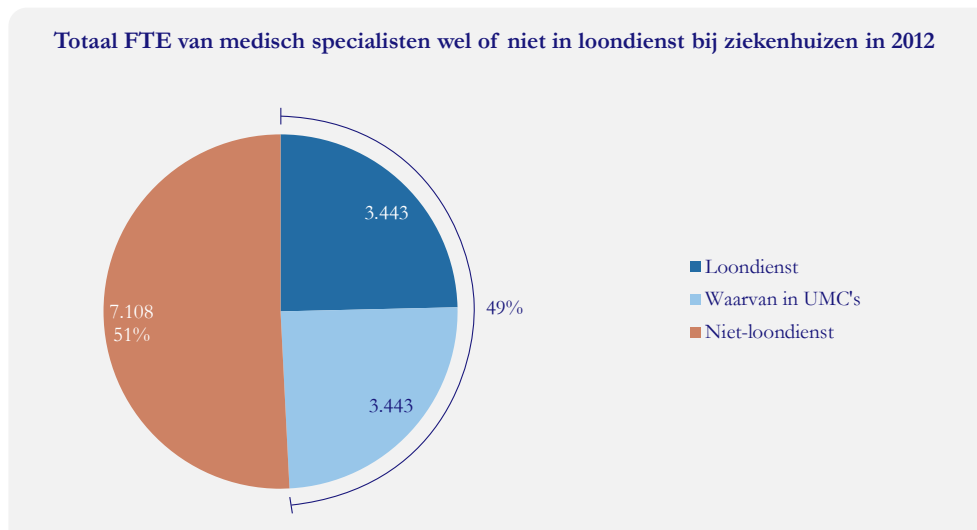


Figuur 49 De situatie na 2015

6.2 Regulering

6.2.1 De Raad van Bestuur en het Medisch Specialistisch Bedrijf zijn geen integraal geheel

Met de invoering van de integrale bekostiging in 2015, moeten medisch specialisten afspraken maken met het ziekenhuis over de verdeling van het integrale tarief. De vrijgevestigde medisch specialisten kregen voor 1 januari 2015 de keuze om of in loondienst te gaan of als vrije ondernemer aan het ziekenhuis verbonden te blijven door middel van een samenwerkingsmodel. In Nederland was in 2012 de helft van de medisch specialisten vrijgevestigd (Figuur 50).



Figuur 50 Totaal FTE van medisch specialisten wel of niet in loondienst bij ziekenhuizen in 2012

Een mogelijkheid voor medisch specialisten is om in loondienst bij het ziekenhuis te treden. Het ministerie van VWS heeft een subsidieregeling opgesteld¹¹⁰ waardoor vrijgevestigd medisch specialisten bij de overstap naar loondienst aanspraak kunnen maken op een bedrag van maximaal € 100.000. Dit bedrag is ter compensatie van een eerder betaalde goodwill aan de maatschap.

Echter, deze goodwill ligt vaker hoger dan het subsidiebedrag van maximaal 1 ton.¹¹¹ Het overgebleven deel van de financiële schade komt voor de rekening van de medisch specialist zelf en het ziekenhuis.

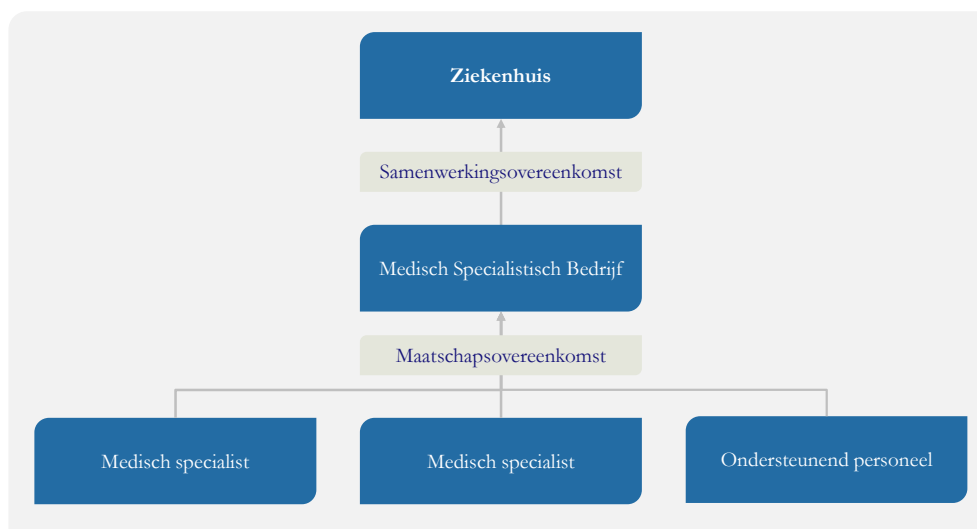
Medisch specialisten in loondienst vrezen dat zij in 2017 mogelijk onder de Wet Normering Topinkomens (WNT) komen te vallen. Deze wet schrijft nu nog alleen het maximum salaris voor de bestuurder binnen de (semi)overheid voor, maar na 2017 zullen waarschijnlijk ook loondienstspecialisten onder deze wet komen te vallen. Hierdoor zouden medisch specialisten in loondienst minder salaris krijgen dan hun vrijgevestigde collega's.¹¹²

¹¹⁰ Overgang integrale tarieven medisch specialistische zorg, ministerie van VWS

¹¹¹ Goodwill wordt berekend door de maatschapswinst (honorariumbudget minus de maatschapskosten) te delen door het deelrecht in de maatschap (aantal medisch specialisten in de desbetreffende maatschap).

¹¹² Monitor Integrale bekostiging medisch specialistische zorg. NZa

Onder andere daarom kiezen veel vrijgevestigde medisch specialisten voor een samenwerkingsmodel met het ziekenhuis (Figuur 51).¹¹³ In het samenwerkingsmodel maken de Raad van Bestuur van een ziekenhuis afspraken met een collectief van medisch specialisten, een Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB), over de financiële vergoeding van de prestaties van de medisch specialisten. Dit model lijkt het meeste op het oude model van medisch specialistische maatschappen. Het MSB heeft een eigen bestuur, die voldoende mandaat heeft om namens het collectief van medisch specialisten te spreken en afspraken te maken met het ziekenhuis. De tot dan toe bestaande maatschappen komen te vervallen en worden onderdeel van het MSB.



Figuur 51 Situatie met medisch specialisten in een Medisch Specialistisch Bedrijf

De fiscus stelt een aantal eisen aan de invulling van een MSB om de medisch specialisten als zelfstandig ondernemer te kunnen beschouwen. Het MSB moet eigen personeel aannemen en reële en substantiële investeringen doen. Het staat niet vast welke (medisch, paramedisch of ondersteunend) of hoeveel personeel in dienst moet komen. De doelstellingen en het beleid van het MSB zijn hier mede bepalend. Om de investeringsrisico's te dekken, moet er voldoende eigen vermogen zijn in het MSB. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van goodwill zijn.

¹¹³ <http://www.zorgvisie.nl/Financien/Nieuws/2014/11/Specialisten-kiezen-massaal-voor-eigen-bedrijf-1637890W/>

Gevolgen

Het integrale tarief van ziekenhuiskosten en honorarium is ingevoerd met het idee de zorg ‘integraler’ te maken. Echter, door de constructie met het MSB is er geen onderhandelingsstap weggehaald, maar toegevoegd.

6.2.2 Bekostiging van medisch specialisten is gericht op productie

Het inkomen van een medisch specialist is meestal gekoppeld aan het aantal zorgproducten dat deze kan declareren. Ook de verdeelmodellen van de MSB's bevatten vaak productieprikkel. Dit houdt in dat werkzaamheden zonder direct patiëntencontact vaak niet betaald worden. Bijvoorbeeld een longarts die tijd steekt in het opzetten van een regionale database van COPD patiënten, doet dat vaak in eigen tijd. Bovendien kunnen inzichten uit die database leiden tot minder zorg zodat ook het volume aan direct patiëntencontact minder wordt, bijvoorbeeld omdat patiënten minder vaak op polibezoek hoeven te komen. Zorgverzekeraars zijn vaak niet bereid om te betalen voor zorg zonder direct patiëntencontact. Nictiz concludeerde onlangs dat het gebrek aan financiële vergoeding voor de benodigde tijd voor het werken met eHealth voor huisartsen en medisch specialisten, een belangrijke belemmering is¹¹⁴.

Gevolgen

Vaak ontbreekt een prikkel om aan verbetering van zorg te werken. Het kost tijd die niet vergoed wordt, en leidt tot minder patiëntencontacten zodat ook de inkomsten lager worden. Gelukkig zijn er mensen met een sterke inherente motivatie die zich hier niet door laten weerhouden.

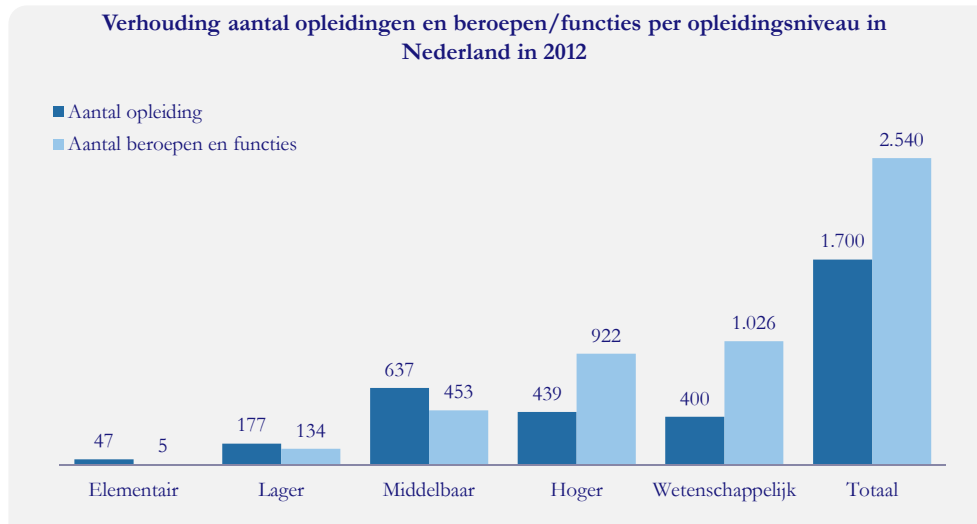
6.2.3 De opleiding van medisch specialisten is voornamelijk monodisciplinair

In 2012 waren er 1700 verschillende opleidingen en 2500 verschillende beroepen en functies in Nederland.¹¹⁵ Voor initieel, lager en middelbaar opleidingsniveau zijn er meer verschillende soorten opleidingen (aantal=861) dan er verschillende soorten beroepen en functies (aantal=592) zijn. Bij hoger en wetenschappelijk opleidingsniveau zijn er

¹¹⁴ “Tussen vonk en vlam – eHealth-monitor 2015”, Nictiz, Nivel, oktober 2015

¹¹⁵ Quicksan Beroepen & Opleidingen in de zorg, welzijn en kinderopvang. Nivel, 2013.

juist meer beroepen en functies (n=1948) dan verschillende soorten opleidingen (n=839; Figuur 52).



Figuur 52 Verhouding van het aantal opleidingen en beroepen/functies per opleidingsniveau in Nederland in 2012

Deze verhouding geeft aan dat de samenhang tussen opleiding en beroep nog vaak ontbreekt. Opleidingen zouden meer uit moeten gaan van de zorgvraag van de toekomst. Uit een rapport van de Commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen blijkt dat in 2030 het grootste probleem de beperking van het functioneren van mensen zal zijn. Deze beperking komt vooral door bewegingsproblematiek, al dan niet gecombineerd met lichte tot matige dementie, zelfzorgproblemen, incontinentie en psychosociale problematiek.¹¹⁶

De verwachting is dus dat in de toekomst mensen steeds vaker met verschillende aandoeningen en problemen, die zich afspelen in meerdere zorggebieden. Om hier goed bij aan te sluiten moeten zorgprofessionals vaker samen werken in multidisciplinaire teams. Deze teams zullen afhankelijk zijn van de zorgvraag en kunnen dus wisselen van samenstelling en setting.

Ook zullen technologische ontwikkelingen een belangrijke bijdrage leveren. Er zijn nu al veel ontwikkelingen op het gebied van 3D printen, e-health en robottechnologie bij

¹¹⁶ Innovatie zorgberoepen en opleidingen. Commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen, CVZ, 2013

operaties. Deze technologieën worden echter nog niet genoeg geïntegreerd in de huidige zorgopleidingen.¹¹⁷ Er zijn enkele nieuwe opleidingen in ontwikkeling, zoals de klinische technologie opleiding aan de TU Delft, maar idealiter wordt deze kennis ook bij andere zorgprofessionals als medisch specialisten ontwikkeld.

In de huidige situatie echter wordt de medisch specialist monodisciplinair opgeleid. Na de universitaire opleiding geneeskunde kan een vervolgopleiding tot medisch specialist gevolgd worden. In Nederland zijn er 28 verschillende specialisaties.¹¹⁸ Per specialisme is de opleiding beschreven in een opleidingsplan van de betreffende wetenschappelijke vereniging. Het opleidingsplan dient te voldoen aan een aantal criteria, welke op hoofdlijnen bepaald zijn door het Centraal College Medische Specialismen (CCMS).

Om in opleiding te komen moet een basisarts (iemand met een diploma geneeskunde) vaak eerst als ‘arts niet in opleiding’ (ANIOS) aan de slag. Dit gebeurt bijna altijd bij de specialisatie waar men later als ‘arts in opleiding tot specialist’ (AIOS) wilt komen.

Gevolgen

Gelijk na de studie wordt er dus al een specialisatierichting gekozen door het ANIOS/AIOS traject. Het ‘culturele schot’ tussen verschillende medisch specialisten, wordt dus al vroeg gebouwd. Met de verwachte multidisciplinaire zorgvragen van de toekomst, zou er meer aandacht besteed moeten worden om artsen multidisciplinair op te leiden. Hierdoor kunnen zij in de toekomst beter voldoen aan de zorgvragen. Geïnterviewden geven aan dat er wel steeds meer aandacht voor samenwerking komt in de opleiding. Er wordt echter nog niet veel aandacht aan het MDO besteedt.

6.3 Praktijk

6.3.1 Culturele verschillen tussen medisch specialisten, apothekers en paramedici belemmeren samenwerking

Culturele verschillen tussen personen worden niet altijd meegenomen, toch is dit ook een belangrijk schot. Dit schot is er tussen verschillende groepen zorgverleners, zoals

¹¹⁷ Technologicanalyse Samenvattend rapport bijeenkomsten en interviewronde met experts, Zorginstituut Nederland, 2015

¹¹⁸ Kaderbesluit CCMS, 2009

medisch specialisten, apothekers en paramedici, maar ook binnen groepen zorgverleners onderling.

Er zit bijvoorbeeld een cultureel schot tussen de medisch specialist en de (ziekenhuis)apotheker. In het ziekenhuis worden apothekers vaak als de ‘middelenvoorschrijvers’ gezien, en niet als zorgverleners. Apothekers voelen soms weerstand als ze de (door de medisch specialist voorgeschreven) medicijnen voor een patiënt willen aanpassen.

Tussen verschillende specialisaties zijn ook cultuurverschillen. Het is logisch dat iemand in een snijdend specialisme, zoals chirurgie, andere persoonskenmerken heeft dan iemand werkzaam in een beschouwend specialisme, zoals een internist. Chirurgen hebben vaak relatief kort contact met de patiënten, rondom de operatie. Chirurgen worden getraind in het snel maken van beslissingen. Immers op een operatietafel is er meestal niet de tijd om rustig te overleggen. Internisten worden juist getraind in het bekijken van een probleem van alle kanten, om zo een probleem helemaal te doorgronden. Iemand die werkzaam wil zijn met mensen, zal bijvoorbeeld minder snel kiezen voor een ondersteunend specialisme, zoals een radioloog.

Geïnterviewden geven aan dat medisch specialisten soms ook het werk niet willen afstaan. Verpleegkundigen zijn vaak beter in het menselijke contact, tactisch gezien zouden zij het contact met de patiënt vaak beter en efficiënter kunnen doen. Artsen zijn echter niet alleen geneeskunde gaan studeren om de medisch technische zaken. Zij willen het patiëntencontact niet kwijt.

In andere gevallen willen huisartsen niet al hun patiënten afstaan aan een medisch specialist. Deze heeft vaak meer ervaring voor deze specifieke gevallen, en kan dus sneller de diagnose stellen en de patiënt behandelen. Dit worden echter ook vaak als interessante patiënten gezien, als een echte puzzel. Veel artsen willen niet alleen de ‘simpele’ patiënten doen en de moeilijkere zaken altijd doorgeven aan een specialist.

Gevolgen

Al deze verschillende culturen moeten wel samenwerken. Dit kan nog wel eens tot spanningen leiden. Dit is bijvoorbeeld te zien bij de OK-planning; iedere medisch specialist vindt dat zijn of haar patiënten voorrang hebben op andere patiënten.

Vertrouwen in de kennis en professionaliteit van de andere zorgverlener zijn cruciaal voor een samenwerkingsverband om te slagen.

Betere samenwerking tussen zorgverleners leidt waarschijnlijk tot betere zorg voor de patiënt. Onnodige dubbeldiagnose of medicijngebruik kan verminderd worden, en er kunnen meer samenwerkingsverbanden tussen de verschillende lijnen ontstaan.

6.3.2 Weinig interdisciplinair onderzoek door monodisciplinaire afdelingen, tijdschriften en subsidieverstrekkers

Patiënten hebben steeds vaker klachten die niet meer onder één specialisme te vatten zijn (comorbiditeit). Er is meer multidisciplinair wetenschappelijk onderzoek nodig naar de optimale diagnose en behandeling van deze patiënten. De maatschappelijke vraag hiernaar zal alleen maar toenemen met het complexer worden van de ziektebeelden. Er wordt echter nog relatief weinig interdisciplinair onderzoek gedaan. Het ontbreken van interdisciplinair onderzoek heeft 3 oorzaken¹¹⁹:

- Subsidiegevers zijn meestal gericht op één soort aandoening.
- Publicatiemediën zijn voornamelijk gericht op één soort specialisme; en
- Afdelingen in het ziekenhuis zijn monodisciplinair ingericht.

Ter illustratie: een cardioloog op zijn eigen afdeling onderzoek naar boezemfibrilleren. Hij of zij krijgt hiervoor subsidie van de hartstichting en het onderzoek wordt uiteindelijk gepubliceerd in de *European Journal of Heart Failure*.

Een stichting geeft eerder subsidie aan onderzoek dat volledig binnen de eigen doelstelling ligt. De hartstichting zal dus bijvoorbeeld eerder subsidie verstrekken aan een onderzoek dat zich volledig richt op een cardiologische aandoening, dan aan een onderzoek dat slechts gedeeltelijk over hart- en vaatziekten gaat.

Ditzelfde geldt voor de media waarin de onderzoeken in gepubliceerd worden. Een tijdschrift zoals de *European Journal of Heart Failure* zal waarschijnlijk eerder een

¹¹⁹ https://www.dejongeakademie.nl/shared/resources/documents/Kennis_over_publiceren_121218.pdf

‘zwaar’ cardiologisch artikel plaatsen, aangezien dit interessanter is voor de desbetreffende lezers (andere cardiologen).

Ook is het makkelijker om een onderzoek te doen met collega’s die op dezelfde afdeling werken, dan met collega’s van andere specialismes. Dit heeft onder andere te maken met de verschillende manier van werken. Het is makkelijker samen te werken met gelijkgestemden (zie ook paragraaf “Culturele verschillen tussen medisch specialisten, apothekers en huisartsen belemmeren samenwerking”). Daarnaast is het makkelijker om rekening te houden met de afspraken die gemaakt zijn met de vakgroep, zoals de diensten die gedraaid moeten worden.

Gevolg

Doordat onderzoek voornamelijk monodisciplinair ingericht is, worden er kansen gemist in interdisciplinair onderzoek. Patiënten krijgen steeds vaker te maken met complexe en comorbide ziektebeelden. Deze problemen vragen vaak om een kijk vanuit verschillende specialismes. Er is dus meer aandacht nodig voor interdisciplinair onderzoek om de steeds complexer wordende ziektebeelden te kunnen diagnosticeren en behandelen.

7 Conclusie

Op basis van de interviews en onze projectervaring hebben we voorbeelden gevonden van schotten op meerdere vlakken. Om de discussie te structureren, hebben wij de schotten hier ingedeeld naar 3 soorten (financiering, regulering, praktijk) en 5 niveaus (schotten tussen zorg en maatschappij, tussen verschillende soorten zorg, binnen zorgverzekeringswetgeving, tussen ziekenhuizen en binnen ziekenhuizen).

Het belangrijkste gevolg van die schotten is dat het perspectief van de patiënt onderbelicht is. Het zorgstelsel blijkt in de praktijk meer gericht te zijn op de belangen van de zorgaanbieders, zorgprofessionals en -betalers dan die van de patiënt. Er zijn weliswaar een aantal voorbeelden van ‘ontschotte’ zorg, maar dat is steeds in een pilotsetting, met hele specifieke regelgeving voor een soort zorg of ondanks de schotten. Geïnterviewden geven aan dat veel van de geslaagde voorbeelden afhankelijk zijn van specifieke personen. Het gaat hier voornamelijk om mensen die echt de zorg willen verbeteren, en niet uit eigen belang handelen. Dit schept vertrouwen, waardoor andere partijen eerder bereid zijn mee te werken. De uitdaging van de projecten is om stand te houden wanneer deze specifieke persoon niet meer betrokken is.

Met de schotten wordt innovatie belemmerd. Het systeem beloont het behandelen van patiënten zoals men dat nu gewend is en waar dat nu bekostigd wordt. Dat is niet per definitie daar waar dat het meest efficiënt, effectief en patiëntvriendelijke is. Volgens de meeste geïnterviewden vormt vooral de ‘culturele barrière’ tussen verschillende behandelaars in de praktijk een belangrijk schot. Die wordt versterkt door financiële en regulering schotten.

Ontsotting is nodig om de zorg daadwerkelijk patiëntgericht te maken.

8 “Kanteling” van het zorgstelsel

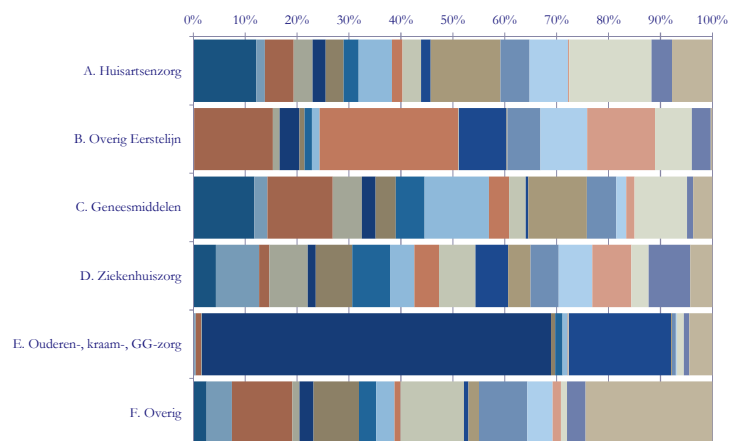
8.1 Kanteling

De zorg is klaar voor een ‘kanteling’. Van financieren, inkopen en organiseren per type zorgaanbieder naar financieren, inkopen en organiseren per type patiënt. Kortom:

Van de huidige aanbodgerichte zorg naar werkelijk patiëntgerichte zorg.

Nu zijn er grofweg 6 types aanbieders met ieder hun eigen (deel) budgettair kader en een budgethouder zorginkoop bij de zorgverzekeraar. Een budgethouder voor een bepaald ziekenhuis moet veel verschillende soorten zorg inkopen. Bundeling van de ruim 110 diagnoses die het RIVM onderscheidt, leidt tot ongeveer 18 diagnoseclusters. Zijn collega koopt zorg voor (deels) dezelfde clusters in bij andere zorgverleners, bijvoorbeeld farmaceutische zorg of huisartsenzorg (Figuur 53).

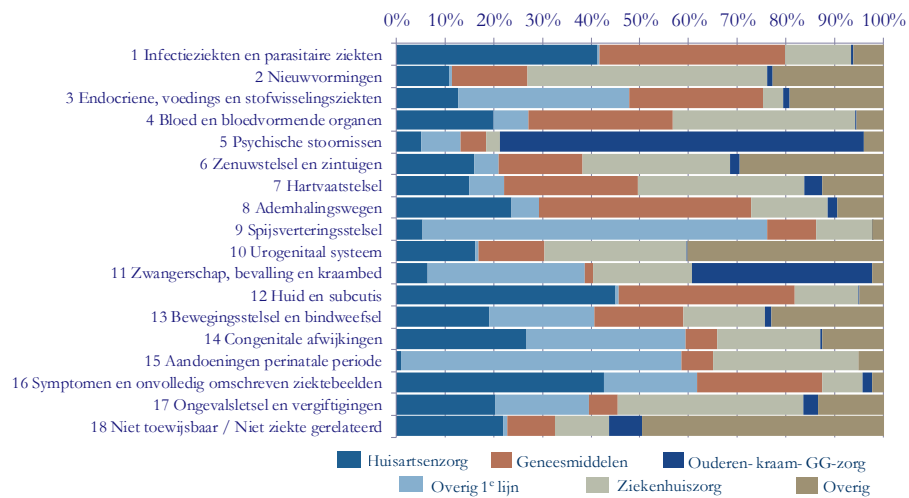
Bij kanteling naar budgethouders per cluster van aandoeningen, wordt de zorginkoop vereenvoudigd. Zorginkoper en zorgaanbieder hebben dan een mandaat om zelf budget over de keten te alloceren zodat de zorg daar wordt geleverd waar dat het meest effectief is (Figuur 54). Door gezamenlijk de zorg per cluster in te kopen, zijn er meer mogelijkheden om de kosten laag te houden.



18 Diagnoses: Infectieziekten en parasitaire ziekten, Nieuwvormingen, Endocriene, voedings en stofwisselingsziekten, Bloed en bloedvormende organen, Psychische stoornissen, Zenuwstelsel en zintuigen, Hart vaatstelsel, Ademhalingswegen, Spijsverteringsstelsel, Urogenitaal systeem, Zwangerschap, bevalling en kraambed, Huid en subcutis, Bewegingsstelsel en bindweefsel, Congenitale afwijkingen, Aandoeningen perinatale periode, Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden, Ongevalsletsel en vergifgingen, Niet toewijsbaar / Niet ziekte gerelateerd

Bron: SiRM analyse obv Kosten van Ziekten RIVM (2011)

Figuur 53 Per categorie zorgaanbieder worden veel soorten zorg ingekocht.



Bron: SiRM analyse obv Kosten van Ziekten RIVM (2011)

Figuur 54 Kanteling naar inkoop en organisatie per type zorg, leidt tot overzichtelijkere inrichting.

8.2 Acties om de kanteling mogelijk te maken

De ‘kanteling’ is geen eenvoudige operatie. Een cynicus zou zeggen dat oude schotten vervangen worden door nieuwe schotten. De zorg moet nu eenmaal betaald worden, dus er zullen altijd schotten zijn. Ook die nieuwe schotten zullen de nodige problemen met zich mee brengen. Echter, door de ‘herschotting’ vanuit het perspectief van de patiënt te organiseren, verwachten we dat de zorg verbetert.

Er zijn acties nodig om deze kanteling mogelijk te maken. We focussen daarbij op acties voor de schotten van de niveaus binnen zorgaanbieders, tussen zorgaanbieders en tussen sectoren binnen de Zorgverzekeringswet (Figuur 55).

Financieel	Regulering	Praktijk
<ul style="list-style-type: none">• Maak het verschuiven van budgetten makkelijker.• Maak realistische inschattingen van benodigde middelen.	<ul style="list-style-type: none">• Haal zo veel mogelijk redundante reguleringsbarrières weg.• Stimuleer integrale zorginkoop	<ul style="list-style-type: none">• Stimuleer patiëntgericht ondernemerschap• Werk aan een cultuur van samenwerken in de zorg.• Verbeter de transparantie van kwaliteit over de gehele keten• Werk aan onderling vertrouwen in het onderhandelingsproces

Figuur 55 Acties voor het kantelen van de zorg

Op basis van de interviews en discussies hebben we acht actiethema's geformuleerd. Die thema's hebben we voorzien van enkele concrete voorbeeldacties die nu moeten worden ingezet voor impact op korte, middellange en lange termijn (Tabel 4). Er is geen magische truc om de problemen van schotten in de zorg op te lossen. Vandaar dat meerdere partijen acties in moeten zetten. Per actie geven we aan welke partij het meest aan zet is, en welke andere partijen er bij betrokken zijn. Dat doen we voor VWS, ZIN, NZa, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en zorgprofessionals.

Praktische schotten:

1. Stimuleer patiëntgericht ondernemerschap.
2. Werk aan een cultuur van samenwerken in de zorg.
3. Verbeter de transparantie van kwaliteit over de gehele keten
4. Werk aan onderling vertrouwen in het onderhandelingsproces

Schotten door regulering

5. Haal zo veel mogelijk redundante reguleringsbarrières weg.
6. Stimuleer integrale zorginkoop

Schotten door financiering

7. Maak het verschuiven van budgetten makkelijker.
8. Maak realistische inschattingen van benodigde middelen.

	Korte termijn	Middellange termijn	Lange termijn
1 <i>Stimuleer patiëntgericht ondernemerschap</i>	Vier ondernemerschap in de zorg, bijvoorbeeld met een jaarlijkse zorginnovatieprijs met een vrij besteedbaar bedrag	Richt bekostiging meer op het behaalde resultaat in plaats van op specifieke verrichtingen (VWS, NZa)	Stel landelijke standaard vast voor uitwisseling van patiëntgegevens over de gehele keten. (VWS, ZIN)
2 <i>Werk aan een cultuur van samenwerken in de zorg</i>	Investeer in competenties en cultuur van samenwerken bijvoorbeeld in introductieprogramma's nieuwe medici (zorgaanbieders)	Neem samenwerking expliciet op in richtlijnen en zorgstandaarden (zorgprofessionals)	Neem samenwerken op in curriculum van medici (zorgprofessionals)
3 <i>Verbeter de transparantie van kwaliteit over de gehele keten</i>	Bundel bestaande indicatoren uit delen van de keten die met elkaar te maken hebben (zorgaanbieders, ZIN)	Neem indicatoren die samen iets zeggen over integrale kwaliteit op de Transparantiekalender op (zorgaanbieders, ZIN)	Ontwikkel werkelijk geïntegreerde indicatoren waarmee de kwaliteit voor een groep patiënten over de gehele keten wordt getoond (zorgaanbieders, ZIN)
4 <i>Werk aan onderling vertrouwen in het onderhandelingsproces</i>	Maak (persoonlijk) kennis met elkaar en wordt bewust van elkaars belangen (zorgverzekeraars, zorgaanbieders)	Investeer in competenties voor onderhandelen, zowel door zorgaanbieders als -inkopers; doorloop bijvoorbeeld samen een cursus en maak afspraken over de manier van zaken doen (zorgverzekeraars, zorgaanbieders)	Houdt zorginkopers gedurende een langere termijn op een account zodat de samenwerking van langere duur is en vertrouwen opgebouwd kan worden (zorgverzekeraars)
5 <i>Haal zo veel mogelijk redundante reguleringsbarrières weg</i>	Sta bijvoorbeeld patiëntencontact via beeldverbinding toe als equivalent aan fysieke afspraak (NZa)	Maak het makkelijker om nieuwe producten te definiëren (NZa)	Hef eis van productbeschrijvingen op en geef zorgaanbieders en -verzekeraars vrijheid om zelf 'producten' te definiëren op basis van reeds geregistreerde verrichtingen (VWS, NZa)
6 <i>Stimuleer integrale zorginkoop</i>	Stel middelen beschikbaar voor organisatie en infrastructuur in eerste lijn om substitutie te kunnen verwerken	Organiseer en budgetteer zorginkoop naar clusters van diagnoses en patiëntengroepen in plaats van zorgaanbieders.	Hef begrip van 'lijnen' op
7 <i>Maak het verschuiven van budgetten makkelijker</i>	Werk met meerjarencontracten waarbij zorgaanbieders die omzet verliezen tijd hebben om zich aan te passen. (VWS, zorgverzekeraars)	Verwerk substitutie (obv realistische schattingen) in macrobeheersingsinstrumenten (zorgaanbieders, ZIN)	Geef zorgverzekeraars meer macht om budgetten te verschuiven naar efficiënte en kwalitatief hoogwaardige aanbieders (zorgaanbieders, ZIN)
8 <i>Maak realistische inschattingen van benodigde middelen</i>	Schat groei van zorg op niveau van diagnoses en behandelingen in plaats van aanbieders (VWS, zorgverzekeraars)	Maak realistisch verschil in groeipercentages tussen eerste en tweede lijn bij eventueel hoofdlijnenakkoord (VWS, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, zorgprofessionals)	Stel BKZ vast op basis van clusters van diagnoses en behandeling in plaats van naar soort aanbieders (VWS)

Tabel 4 Acties voor de kanteling van zorg

De acht actiethema's bespreken we hieronder met per thema als voorbeeld steeds drie concrete acties met impact op korte, middellange en lange termijn.

8.2.1 Stimuleer patiëntgericht ondernemerschap.

De leidraad van de zorg moet zijn -wat is nodig om de patiënt goed te behandelen en/of verzorgen. Het moet mogelijk zijn dat ondernemende zorgaanbieders hierop inspringen. Echter, onder andere door schotten in de zorg, gebeurt dat nog weinig. Een innovatieve aanbieder van eHealth kan moeilijk opschalen als betaling gericht is op specifieke handelingen in plaats van resultaat. Een andere barrière voor ondernemerschap is dat patiënten moeite hebben om over te stappen naar een andere zorgaanbieder, onder andere vanwege lastig te delen dossiers.

Voorbeelden van concrete acties zijn:

- Vier ondernemerschap in de zorg, bijvoorbeeld met een jaarlijkse zorginnovatieprijs met een vrij besteedbaar bedrag.
- Richt bekostiging meer op het behaalde resultaat in plaats van op specifieke verrichtingen. (VWS, NZa)
- Stel landelijke standaard vast voor uitwisseling van patiëntgegevens over de gehele keten. (VWS, ZIN)

8.2.2 Werk aan een cultuur van samenwerken in de zorg.

Maak samenwerken een onderdeel van de cultuur en opleiding van behandelaren en verzorgenden. Als mensen kunnen en willen samenwerken in het belang van de patiënt, zullen ze ook manieren vinden om overige barrières te slechten. Hierbij is klinisch leiderschap cruciaal, maar leiderschap kan niet zonder 'volgerschap'. Het meewerken of overnemen van ideeën om de zorg te verbeteren kan worden versterkt. Het ontbreekt nu juist aan het verspreiden van goede innovaties. Die blijven vaak beperkt tot diegenen die het eerste het initiatief nemen.

Uit de zorgmonitor van TNS NIPO blijkt dat 'het niet centraal staan van de patiënt' en 'slechte samenwerking tussen zorgprofessionals' herkend wordt als probleem waar iets

aan gedaan moet worden.¹²⁰ Volgens patiënten moet de overheid (incl. NZa) zorgen dat de samenwerking tussen zorgverleners verbetert. Zorgprofessionals vinden dat ze zelf hiervoor verantwoordelijk zijn.¹²¹

Voorbeelden van concrete acties zijn:

- Investeer in competenties en cultuur van samenwerken bijvoorbeeld in introductieprogramma's nieuwe medici. (zorgaanbieders)
- Neem samenwerking expliciet op in richtlijnen en zorgstandaarden. (zorgprofessionals)
- Neem samenwerken op in curriculum van medici en verpleegkundigen. (zorgprofessionals)

8.2.3 Verbeter de transparantie van kwaliteit

Patiënten moeten beter zicht krijgen op de kwaliteit van zorg bij verschillende zorgverleners. Nu zijn indicatoren nog vaak gericht op een bepaalde aanbieder, en is er geen geïntegreerd beeld van zorg over de keten. Ook om goed samen te werken, is het nodig dat behandelaars de rest van de keten goed kennen en er samen verantwoordelijkheid voor nemen.

Voorbeelden van concrete acties zijn:

- Bundel bestaande indicatoren uit delen van de keten die met elkaar te maken hebben. (zorgaanbieders, ZIN)
- Neem indicatoren die samen iets zeggen over integrale kwaliteit op de Transparantiekalender op. (zorgaanbieders, ZIN)
- Ontwikkel werkelijk geïntegreerde indicatoren waarmee de kwaliteit voor een groep patiënten over de gehele keten wordt getoond. (zorgaanbieders, ZIN)

120 76% van de zorgconsumenten en 57% van de zorgprofessionals vindt het essentieel tot zeer belangrijk dat er iets gedaan wordt om de samenwerking tussen zorgprofessionals te verbeteren.

121 Zorgmonitor 2015/2016: Staan er schotten in de weg van patiëntgerichtheid? TNS Nipo 2016

8.2.4 Werk aan onderling vertrouwen in het onderhandelingsproces

Voor goede onderhandelingen is er onderling vertrouwen nodig. Hiervoor zijn drie stappen nodig:

1. Partijen moeten bereid zijn het gesprek met elkaar aan te gaan
2. Partijen moeten bereid zijn om iets in te leveren (belang)
3. Partijen moeten verstand hebben van onderhandelingen, met name over verbindend onderhandelen.

Als aan al deze punten voldaan wordt, kunnen partijen komen tot het beste resultaat voor de patiënt. Om aan deze punten te kunnen voldoen, moet er ingezet worden op het verhogen van de kennis en kunde van de partijen. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen hier het voortouw in nemen. Als handvat kan het document over ‘Good contracting practices’ van de NZa aangeboden worden.

Voorbeelden van concrete acties zijn:

- Maak (persoonlijk) kennis met elkaar en wordt bewust van elkaars belangen. (zorgverzekeraars, zorgaanbieders)
- Investeer in competenties voor onderhandelen, zowel door zorgaanbieders als -inkopers. Doorloop samen een cursus en maak afspraken over de manier van zaken doen. (zorgverzekeraars, zorgaanbieders)
- Houdt zorginkopers gedurende een langere termijn op een account zodat de samenwerking van langere duur is en vertrouwen opgebouwd kan worden. (zorgverzekeraars)

8.2.5 Haal zo veel mogelijk reguleringsbarrières weg.

Veel regulering gaat uit van wantrouwen, bijvoorbeeld dat een arts of verpleegkundige niet via een beeldverbinding of eHealth applicatie zorg kan leveren, maar lijfelijk aanwezig moet zijn. Dit belemmert adoptie van nieuwe technologie.

Ontwerp niet alle regulering zodat 99% van de zaken die eventueel fout gaan, worden afgevangen met veel regels. Maar ga uit van goede wil van de professionals en managers in de zorg. Wees niet naïef en zoek waar misbruik van regels gemaakt wordt. De mogelijkheden hiervoor worden met big data technieken steeds beter.

Voorbeelden van concrete acties zijn:

- Sta bijvoorbeeld patiëntencontact via beeldverbinding toe als equivalent aan fysieke afspraak. (NZa)
- Maak het makkelijker om nieuwe producten te definiëren. (NZa)
- Hef eis van productbeschrijvingen op en geef zorgaanbieders en -verzekeraars vrijheid om zelf 'producten' te definiëren op basis van reeds geregistreerde verrichtingen. (VWS, NZa)

8.2.6 Stimuleer integrale zorginkoop

Met integrale zorg komen de prikkels op de juiste plek, bij de juiste partijen te liggen. Het is dan voor alle partijen van belang om zinnige en zuinige zorg te leveren.

Daarnaast stimuleert integrale zorginkoop innovatie. Partijen worden gestimuleerd om met nieuwe innovaties nóg zinnigere en zuinigere zorg te leveren. Het is wel zaak dat er goede afspraken gemaakt worden over eventuele opbrengsten. Als partijen niet zelf in deze winst delen, vervalt, op een enkel uitzondering na, de prikkel om te innoveren.

Voorbeelden voor concrete acties zijn:

- Stel middelen beschikbaar voor organisatie en infrastructuur in eerste lijn om substitutie ook daadwerkelijk te kunnen verwerken (VWS, zorgverzekeraars)
- Organiseer en budgetteer zorginkoop naar clusters van diagnoses en patiëntengroepen in plaats van zorgaanbieders. Organiseer het ziekenhuis naar thema gerelateerd aan clusters van diagnoses en/of behandelingen in plaats van medisch specialismen. (zorgverzekeraars, zorgaanbieders)
- Hef begrip van 'lijnen' op (VWS).

8.2.7 Maak het verschuiven van budgetten makkelijker.

Als budgetten makkelijker tussen de verschillende budgettaire kaders kunnen verschuiven, wordt optimalisatie van de keten beter mogelijk. Formeel kan al veel, maar de cultuur is nog steeds één van schotten per sector. Dat wordt onder andere in stand gehouden door macrobeheersingsinstrumenten. Dit terwijl de zorgverzekeraars al een sterke prikkel tot kostenbeheersing kennen. De verschillende instrumenten om de kosten te beheersen, kunnen beter op elkaar worden afgestemd. Daarnaast speelt mee dat zorgverzekeraars moeilijk budget bij een bepaalde zorgaanbieder weg kunnen halen als die zorg beter door een andere zorgaanbieder uitgevoerd kan worden. Hun macht in de onderhandelingen valt tegen¹²².

Voorbeelden van concrete acties zijn:

- Werk met meerjarencontracten waarbij zorgaanbieders die omzet verliezen tijd hebben om zich aan te passen. (Zorgverzekeraars, zorgaanbieders)
- Verwerk substitutie (obv realistische schattingen) in macrobeheersingsinstrument met mogelijke bijstelling als meer wordt gesubstitueerd dan verwacht. (VWS)
- Geef zorgverzekeraars meer macht om budgetten te verschuiven naar efficiënte en kwalitatief hoogwaardige aanbieders. (VWS)

8.2.8 Maak realistische inschattingen van benodigde middelen

Als er dan toch financiële beheersingsinstrumenten worden ingezet, gebruik daarvoor dan realistische inschattingen van de ontwikkeling van zorgkosten zodat ook innovatie, bijvoorbeeld door nieuwe medicijnen die op de markt komen, kan worden bekostigd. Spreek bijvoorbeeld een systeem af om de budgetten aan te passen. Zou zijn bijvoorbeeld bij de overheveling van kostbare geneesmiddelen wel de bestaande budgetten mee overgeheveld, maar is geen rekening gehouden met nieuwe

¹²² “Goede zorginkoop vergt gezonde machtsverhoudingen”, iBMG, Edith Loozen, Marco Varkevisser, Erik Schut, maart 2016.

geneesmiddelen die binnenkort op de markt komen. Onlangs adviseerde ook de NZa om deze inschattingen te maken¹²³.

Voorbeelden van concrete acties zijn:

- Schat groei van zorg op niveau van diagnoses en behandelingen in plaats van aanbieders. (VWS, zorgverzekeraars)
- Maak realistisch verschil in groeipercentages tussen eerste en tweede lijn bij eventueel hoofdlijnenakkoord (VWS, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, zorgprofessionals)
- Stel BKZ vast op basis van clusters van diagnoses en behandeling in plaats van naar soort aanbieders. (VWS)

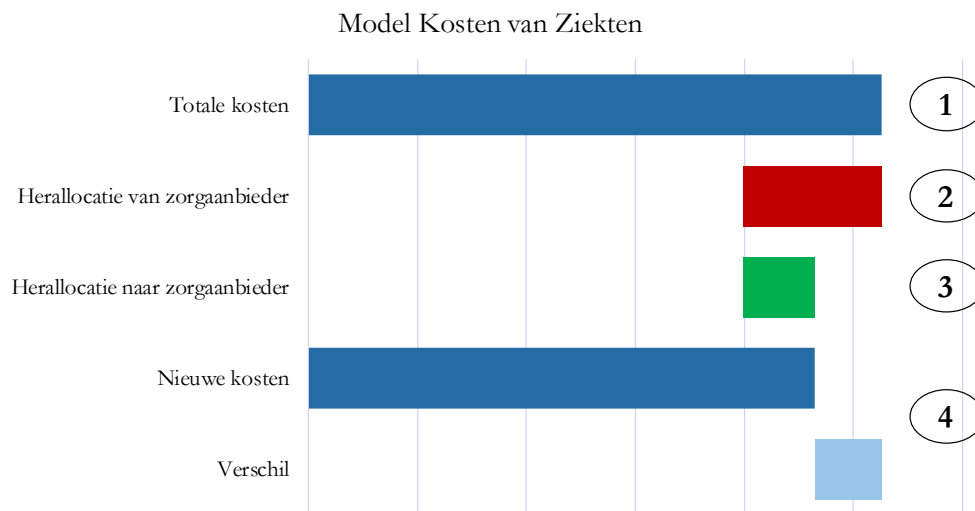
¹²³ Onderzoek naar de toegankelijkheid en betaalbaarheid van geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg, Nza, juni 2015

9 Potentie van ontschotting van zorg

Ontschotting van zorg kan ervoor zorgen dat zorg eerder dáár in de keten geleverd wordt, waar dat het meest efficiënt en effectief is. In een wereld met schotten, houdt dat overheveling van het ene naar het andere schot in.

Om een inschatting te geven van de mogelijk te behalen winst, hebben we een model gemaakt op basis van de database kosten van ziekten van het RIVM (Figuur 56):

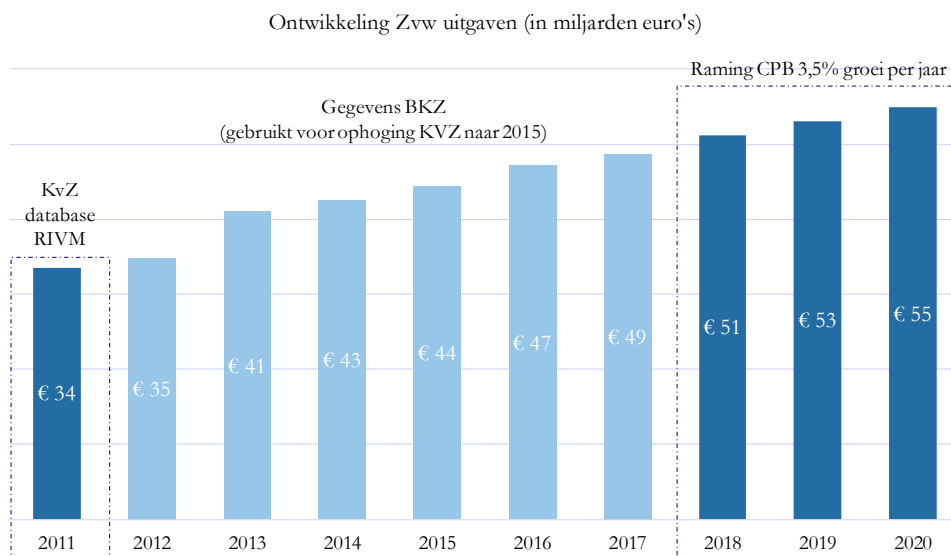
- 1) Per diagnose van RIVM is bekend welk deel van de uitgaven waar in de keten wordt gespendeerd (medisch specialistische zorg, huisartsen, paramedici, farmacie, et cetera).
- 2) Per combinatie van medisch inhoudelijk cluster / uitgavegroep bepalen we het percentage dat gesubstitueerd kan worden.
- 3) We bepalen een ruwe maat voor het verschil in uitgaven (bijvoorbeeld – kosten in de eerstelijns zorg voor diabetici zijn ongeveer 60% van de kosten in de tweede lijn).
- 4) Met deze combinatie kunnen we de potentiële impact van de ontschotting doorrekenen.



Figuur 56. Met het Kosten van ziekten model berekenen we de potentiële substitutie van zorg in Nederland

9.1 Herallocatie van zorg

De raming van de zorguitgaven van het CPB voorspelt een jaarlijkse stijging in Zvw uitgaven van 3,5% (reële groei) bij ongewijzigd beleid.^{124, 125} Over 5 jaar zullen volgens de Rijksbegroting en het CPB de Zvw uitgaven gestegen zijn met 10,5 miljard euro tot bijna € 55 miljard euro (gemiddeld + 4,3% per jaar; Figuur 57). Voor een uitwerking van de huidige situatie zie de bijlage: Huidige situatie.



Figuur 57. Bij ongewijzigd beleid nemen volgens de Rijksbegroting en het CPB de kosten voor de zorg in het kader van de Zvw de komende vijf jaar toe met €10,5 miljard euro (gemiddeld +4,3% per jaar).

Een mogelijkheid om deze groei in Zvw uitgaven te beperken, is door herallocatie van zorg. Er zijn in Nederland en in het buitenland veel inspirerende voorbeelden van geslaagde pilots, waar door substitutie de zorg efficiënter geleverd wordt door een andere partij. Door de verschillende lokale pilots en onderzoeken te extrapoleren naar heel Nederland berekenen we de potentie van de herallocatie van zorg (Figuur 58).

Per combinatie van medisch inhoudelijk cluster en uitgavegroep bepalen we het percentage dat gesubstitueerd kan worden. We bepalen met welke kostenfactor deze zorg door een andere aanbieder geleverd kan worden na de substitutie; bijvoorbeeld –

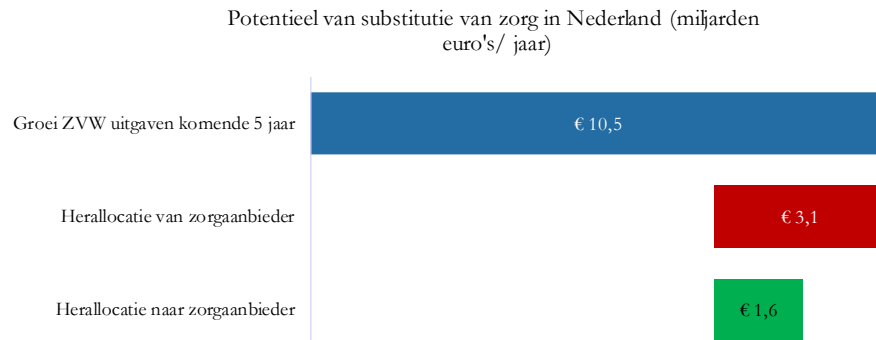
¹²⁴ Een raming van de zorguitgaven 2018-2022, CPB achtergronddocument 30 maart 2016

¹²⁵ Begroting 2012- 2016, Ministerie van VWS 2012 - 2016

Next level gezondheidszorg: Hoe de zorg efficiënter en beter kan

kosten in de eerstelijns zorg voor diabetici zijn ongeveer 60% van de kosten in de tweede lijn.

Inschatting is dat er totaal € 3,1 miljard aan zorg gheralloceerd kan worden, wat voor € 1,6 miljard geleverd kan worden bij een andere aanbieder.



Figuur 58. Zorg kan vaak door een andere aanbieder goedkoper geleverd worden

Per pilot/ onderzoek berekenen welk aandeel van de zorg gealloceerd kan worden tussen aanbieders en met welke kostenfactor. We maken een eerste inschatting van de potentie van ontschotting van zorg door middel van 63 pilots/ onderzoeken. De potentie kan nog verhoogd worden door het toevoegen van andere pilots (Figuur 59).

Diagnosegroep	Aantal pilots/ onderzoeken
Diabetes	11
Chronische cardio	9
Angst en depressie	8
Losse specialistische zorg	6
Astma en COPD	6
Bewegingsstelsel	5
Geboortezorg	4
Primaire gezondheidsondersteuning	4
Vaat en cardiologie	2
Dementie	2
Chronisch – specialistisch	2
Alcohol en drugs	2
Oncologische zorg	1
Overige psychische aandoeningen	1
Geen diagnose	-
Mondzorg	-
Letsel	-
Complex - laag volume	-
Beroerte	-
Hematologie	-
Overige specialistische zorg	-
Aangeboren afwijkingen	-
Totaal	63

Potentie van ontschotting nog groter:

- 63 voorbeelden meegenomen, veel voorbeelden onbekend bij ons
- Resultaten proeftuinen nog niet bekend
- Bij meerdere voorbeelden voor een diagnose gemiddelde van herallocatie en efficiëntiewinst genomen
- Andere sectoren (GGZ, jeugdzorg, WMO)
- Mogelijk stimulans voor innovatie na ontschotting
- Technologische ontwikkelingen

Figuur 59. Eerste inschatting potentie van ontschotting van zorg door middel van 63 pilots: werkelijke potentie nog groter

De meeste pilots alloceren zorg van ziekenhuizen (115 verschuivingen mogelijk). De meeste zorg wordt naar huisartsen (40 verschuivingen mogelijk) en klinieken (36 verschuivingen mogelijk) gealloceerd (Figuur 60). Eén pilot kan betrekking hebben op meerdere aanbieders.

Naar Van	Eerstelijns centra	Fysio- therapie	Genees- middelen	Huisartsen	Klinieken (1,5 lijn)	Overige eerstelijns- zorg	Verloskunde	Wijk verpleging	Zelf- management	Totaal 'van'
Ambulance				11						11
GGZ				1		1			8	10
Huisartsen			4						2	6
Overige eerstelijns zorg				2						2
Wijk- verpleging					2					2
Ziekenhuis zorg	28	3	4	26	34		3	9	8	115
Totaal 'naar'	28	3	8	40	36	1	3	9	18	146

Figuur 60. De meeste pilots alloceren zorg van ziekenhuizen naar klinieken (anderhalvelijns zorg)

Twee voorbeelden van pilots zijn het teledermatologisch consult en anderhalvelijns oogzorg. Deze voorbeelden werken we hier ter illustratie uit.

We hebben de mogelijke efficiëntiewinst geschat voor de Zvw zorg. Ontschotting kan ook tot efficiëntieverbetering in de Wmo en de Wlz zorg leiden. Die besparingen hebben we in dit onderzoek niet meegenomen. Die ontschotting is ook ingezet in de afgelopen periode, bijvoorbeeld door de overheveling van wijkverpleging en een groot deel van de GGZ van de AWBZ naar de ZVW, en van de huishoudelijke verzorging naar het gemeentelijk domein. We hebben in dit onderzoek niet getracht de impact van verdere ontschotting op de Wlz en Wmo zorg te schatten omdat die transitie in volle gang is.

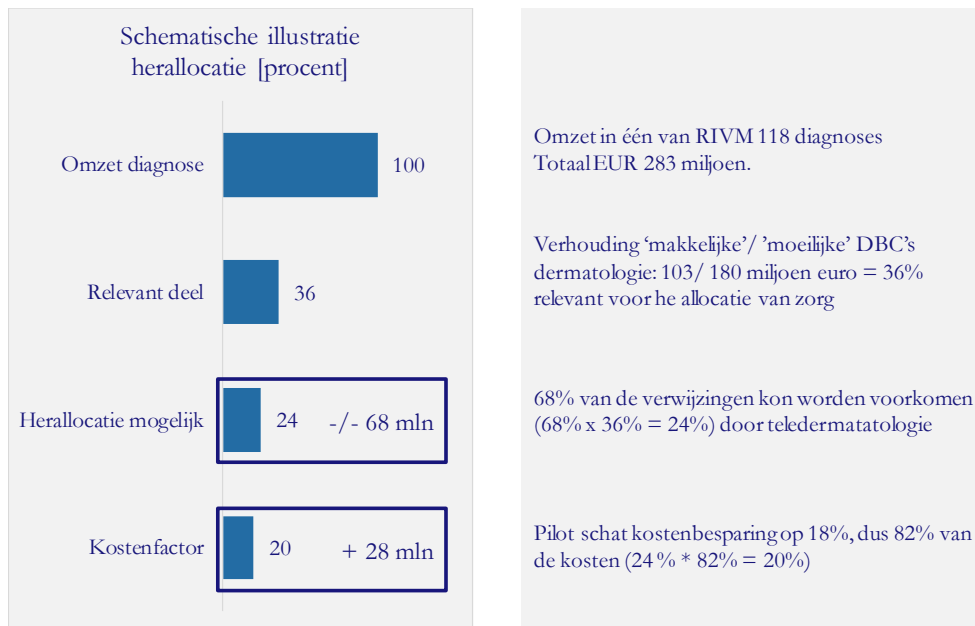
9.1.1 Teledermatologisch consult

Teledermatologische consulten kunnen ingezet worden om het aantal doorverwijzingen naar de tweede lijn te verlagen. Een onderzoek naar teledermatologische consulten tussen 1821 huisartsen en 166 dermatologen liet zien dat wanneer teledermatologie werd ingezet 68% van de verwijzingen voorkomen werd. De meest gediagnosticeerde afwijkingen waren eczeem, infectieuze aandoeningen en benigne tumoren.¹²⁶ Inschatting dat het hier voornamelijk gaat om de ‘makkelijke’ DBC’s (polikliniekbezoeken en consulten). De totale kosten voor de makkelijke DBC’s bedraagt € 103 miljard euro, de totale kosten voor de moeilijke DBC’s € 180 miljard euro. Het aandeel makkelijke DBC’s bedraagt 36% (zie ook de bijlage: Verhouding makkelijke/ moeilijke DBCs opendisdata).

De kosten voor teledermatologie en conventionele dermatologische zorg werden vergeleken op basis van het percentage voorkómen verwijzingen, de gemiddelde enkelvoudige poliklinische DBC-tarieven van de meest vóórkomende diagnoses en de geldende DBC-tarieven voor teledermatologie. De geschatte kostenbesparing was 18%.

Er kan dus $68\% * 36\% = 24\%$ van de dermatologische ziekenhuiszorg naar de huisartsenzorg gealloceerd worden. Deze zorg kan door de huisartsen geleverd worden tegen $1-18\% = 82\%$ van de kosten (Figuur 61).

¹²⁶ Teledermatologisch consult door de huisarts: betere zorg tegen lagere kosten Gepubliceerd op: 23-01-2012, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2012;156:A4253, Job P. van der Heijden, Nicolette F. de Keizer, Phyllis I. Spuls en Leonard Witkamp



Figuur 61. Inzet van teledermatologische consulten kan het aantal doorverwijzingen naar de tweede lijn verlagen met 24%

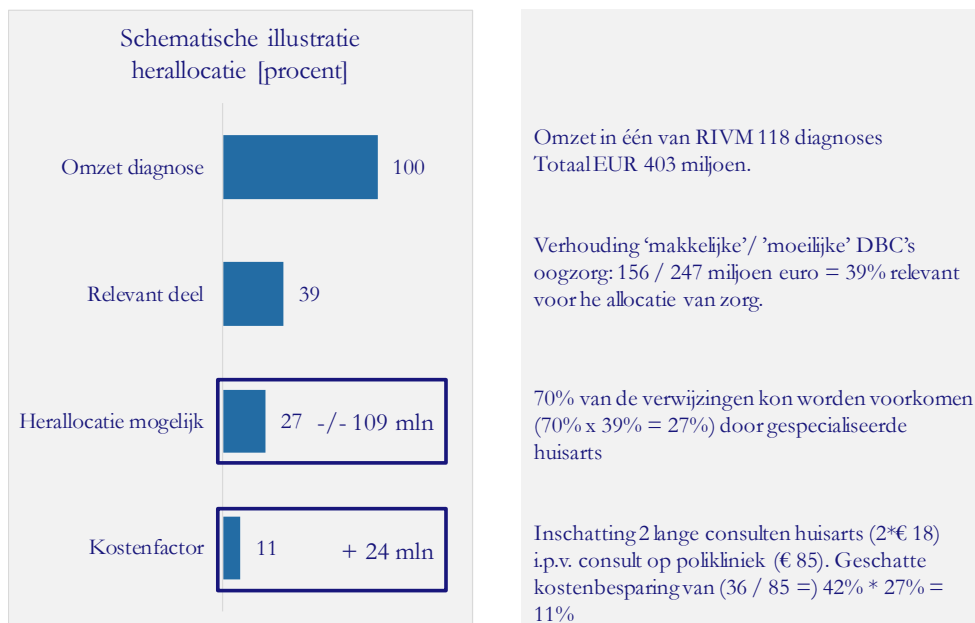
9.1.2 Anderhalvelijns oogzorg

Inzet van een gespecialiseerde huisarts op het gebied van oogzorg kan het aantal doorverwijzingen naar de tweede lijn verminderen. In de pilot werden de door drie huisartsen, diverse opticiens en twee optometristen geïndiceerd geachte verwijzingen naar de oogarts, eerst door een gespecialiseerde huisarts op het gebied van oogzorg gezien. 70% van de patiënten hoefde niet doorverwezen te worden naar de tweede lijn.¹²⁷ Inschatting dat het hier voornamelijk gaat om de 'makkelijke' DBC's (polikliniekbezoeken en consulten). De totale kosten voor de makkelijke DBC's bedraagt € 156 miljard euro, de totale kosten voor de moeilijke DBC's € 247 miljard euro. Het aandeel makkelijke DBC's bedraagt 39%.

De gespecialiseerde huisarts (met een extra erkenning opgenomen in het College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden (CHBB)) kan deze zorg apart als anderhalvelijnszorg declareren. Hij of zij krijgt daarvoor een toeslag op het consulttarief. Hierdoor kan een herallocatie van ziekenhuiszorg naar huisartsenzorg optreden.

¹²⁷ Huisarts moet zich herbezinnen op oogzorg. Samenwerking tussen huisarts, optometrist en oogarts kan anders en beter. Medisch contact, 2014

Er kan dus 27% ($=70\% * 39\%$) van de oogzorg van het ziekenhuis naar de huisarts gealloceerd worden. We schatten in dat de ophoging op het consult gelijk is aan het tarief van een lang consult voor de huisarts (a 18 euro). Daarnaast schatten we in dat de patiënten die niet meer doorverwezen worden, voornamelijk de ‘makkelijke’ DBC’s in het ziekenhuis waren. De patiënten met zwaardere klachten blijven in de tweede lijn. De kosten van een consult op de polikliniek bij een ziekte van het oog zijn € 85,00.¹²⁸ De gealloceerde zorg kan dus voor $(36 / 85 =) 42\% * 27\% = 11\%$ van de kosten geleverd worden (Figuur 62).

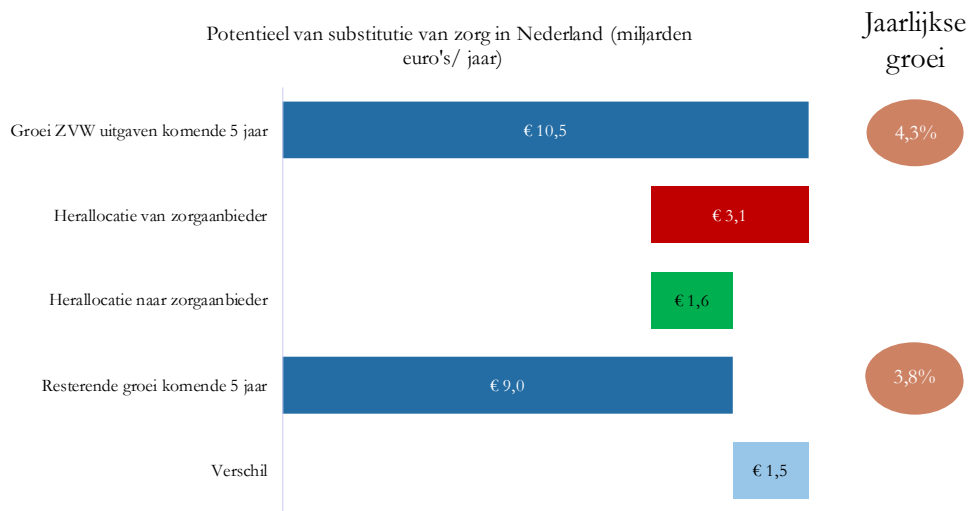


Figuur 62. Gespecialiseerde huisarts op het gebied van oogzorg kan 27% van de doorverwijzingen voorkomen

9.2 Nieuwe situatie

Met ongewijzigd beleid stijgen de zorguitgaven met € 10,5 miljard euro (een groei van 4,3%). Door de herallocatie van zorg kan de groei in Zvw uitgaven worden beperkt tot € 9,0 miljard euro. De stijging in zorgkosten wordt beperkt met € 1,5 miljard (een groei van 3,8%; Figuur 63). Dat is bijna €90 per Nederlander.

¹²⁸ www.opendisdata.nl



Figuur 63. Herallocatie van zorg stuwt de groei van zorguitgaven in Nederland met € 1,5 miljard

Het betreft hier een eerste inschatting van de potentie van substitutie van zorg in Nederland. Er zijn nog veel lopende initiatieven waar nog geen resultaten over gepubliceerd zijn. Zo worden bijvoorbeeld de resultaten van de proeftuinen pas gepubliceerd in 2018. Ook blijkt uit de afsprakenmonitor 2016 dat van 51% van de substitutieafspraken gemaakt met de medisch specialistische zorg in 2015 nog geen realisatie bekend is.¹²⁹ De potentie van ontschotting is dus waarschijnlijk nog groter.

Uit de afsprakenmonitor 2016 blijkt dat er reeds voor € 99,8 miljoen aan substitutieafspraken zijn gemaakt over afname van kosten in de medisch specialistische zorg en geestelijke gezondheidszorg. Een groot deel van deze zorg wordt overgeheveld naar huisartsen en multidisciplinaire zorg (€ 94,8 miljoen).

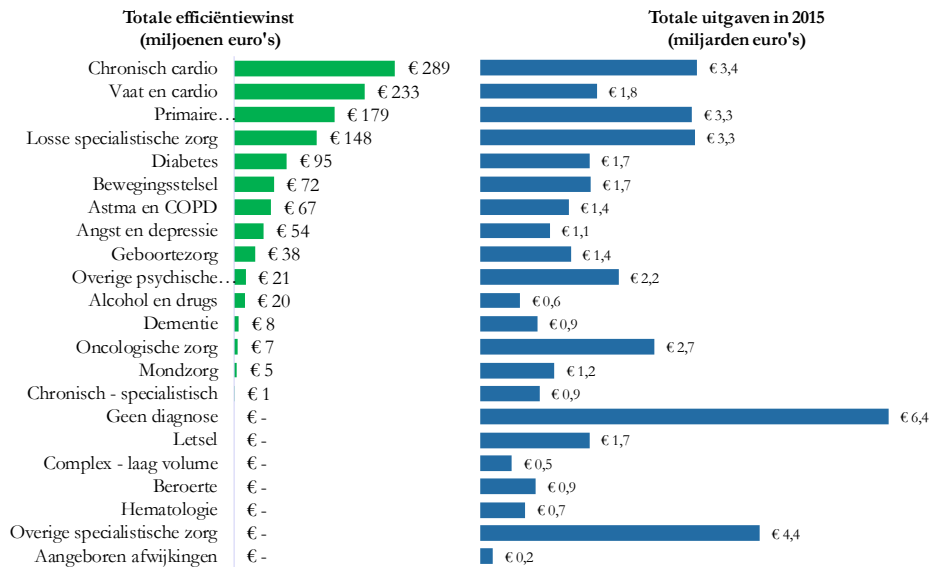
9.2.1 Resultaten per diagnose

Voor het overzicht clusteren we de ruim 120 RIVM diagnoses in 21 diagnosegroepen (zie de bijlage voor de indeling van alle diagnoses).

Uit de pilots en onderzoeken blijkt dat de meeste herallocatie mogelijk is bij de diagnosegroepen chronische cardio (hartfalen en hypertensie) en vaat en cardio

¹²⁹ Rapportage afsprakenmonitor 2016, KPMG juli 2016

(diepveneuze trombose en longcirculatie; Figuur 64). We kijken hier naar de situatie in 2015, er is hier geen rekening gehouden met de groei in de zorguitgaven.



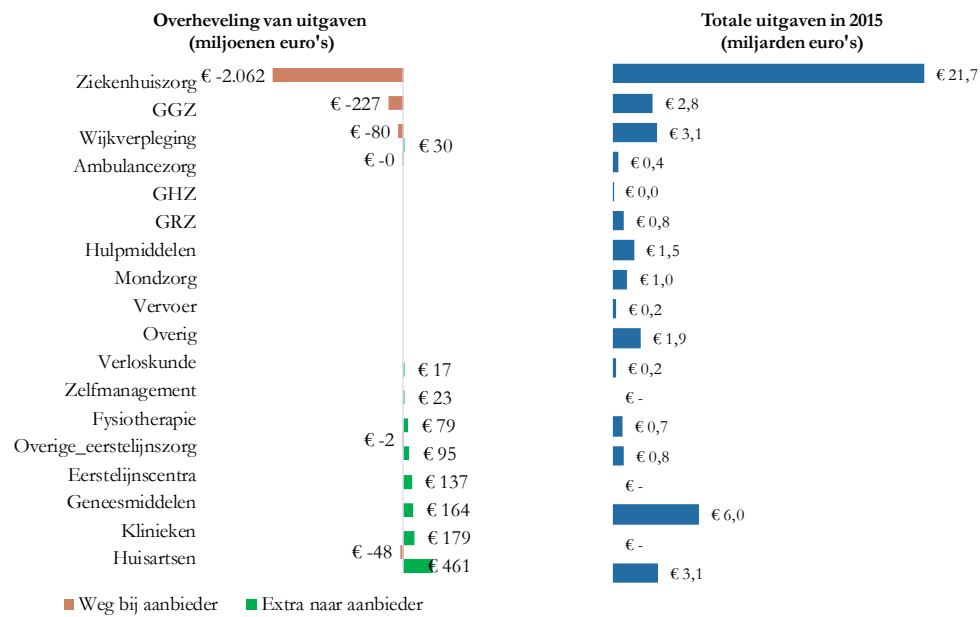
Figuur 64. Meeste efficiëntiewinst te behalen bij chronische cardio en vaat en cardio

We hebben geen voorbeelden kunnen vinden voor herallocatie van zorg in de diagnosegroepen: Letsel, complex – laag volume, beroerte, hematologie, aangeboren afwijkingen, overige specialistische zorg en geen diagnose. Dit komt vaak omdat deze aandoeningen in een gespecialiseerde settingen behandeld dienen te worden (zoals bij letsel en aangeboren afwijkingen).

9.2.2 Resultaten per aanbieder

Budget kan voornamelijk van 2e lijns aanbieders (MSZ en GGZ) naar 1e lijns aanbieders (huisartsen en eerstelijnscentra) overgeheveld worden (Figuur 65)¹³⁰. Veel pilots en onderzoeken spelen ook in op de mogelijkheden van zelfmanagement (onder andere door inzet van e-health). Door zelfmanagement kan zorg geleverd worden tegen een substantieel lager tarief. Met de ontwikkeling van nieuwe technologieën kan deze verschuiving nog groter worden.

¹³⁰ We kijken hier naar de situatie in 2015, er is hier geen rekening gehouden met de groei in de zorguitgaven.



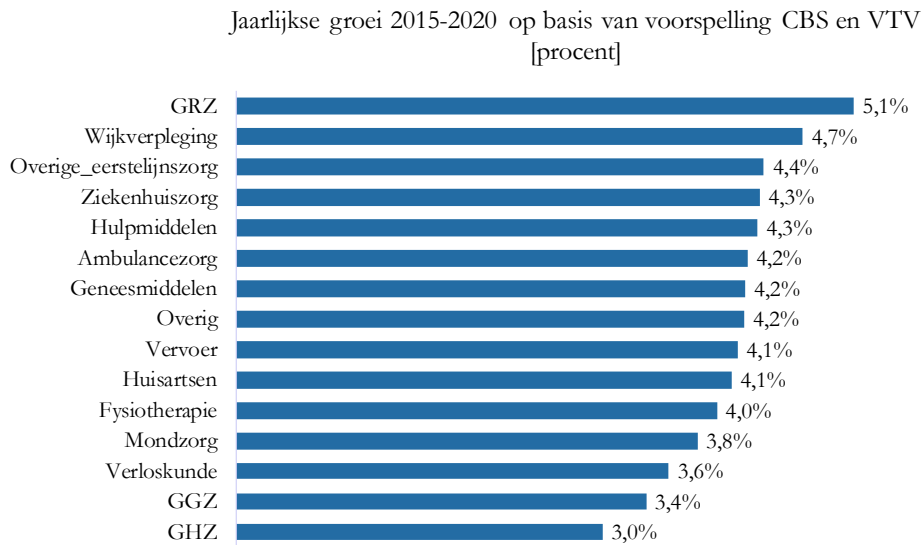
Figuur 65. Het meeste budget kan overgeheveld worden van tweedelijns aanbieders naar eerstelijns aanbieders

Bij de herallocatie van zorg moet rekening gehouden worden met een transitie periode. Het is niet mogelijk voor aanbieders waar zorg weggaat, om gelijk dit gat op hun begroting op te vangen. Hier liggen vaak afspraken over meerdere jaren achter. Ook aanbieders waar juist extra zorg bij komt, hebben ruim de tijd nodig om dit te organiseren. Er is bijvoorbeeld extra inzet van personeel nodig, die mogelijk nog niet gelijk beschikbaar is. In een sommige gevallen moeten hiervoor eerst nog extra mensen opgeleid worden.

9.3 Groei

De groei van 3,5% van het CPB is over alle sectoren berekend. Echter, niet alle sectoren zullen even hard groeien de komende jaren. Op basis van prevalentie en leeftijd groeien de sectoren GRZ en Wijkverpleging het hardst.¹³¹ Nederland is aan het vergrijzen, dus er zal steeds meer zorg voor ouderen nodig zijn (Figuur 66).

¹³¹ Op basis van de demografische ontwikkelingen van CBS en de prevalentie van 25 chronische ziekten uit de Volksgezondheid Toekomstverkenning (VTV) van het RIVM (Trendscenario van de prevalentie van ziekten, 2011-2030)

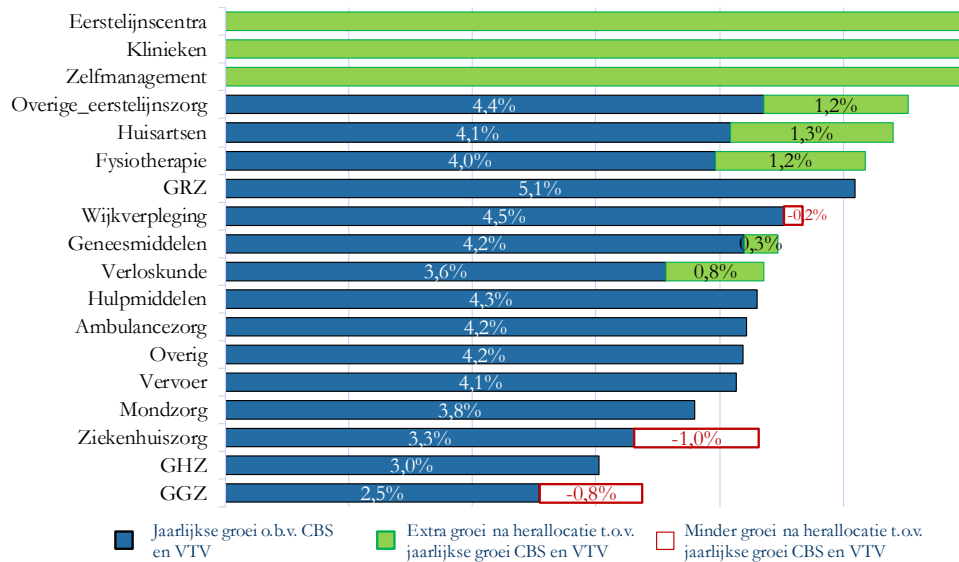


Figuur 66. Op basis van prevalentie en leeftijd groeien de sectoren GRZ en Wijkverpleging het hardst

Herallocatie van zorg houdt in dat de sectoren met een verschillend tempo zullen moeten groeien. De sectoren waar veel zorg heen verschuift zullen harder moeten groeien dan sectoren waar zorg van weggaat. De grootste groei wordt verwacht bij de nieuwe categorieën (eerstelijns centra, klinieken en zelfmanagement). Deze bestaan immers nog niet. Daarnaast wordt een grote groei verwacht voor overige eerstelijnszorg (5,6%) en huisartsenzorg (5,4%). Ziekenhuiszorg en GGZ zullen juist minder hard moeten groeien, respectievelijk met 3,3% en 2,5%. Er is ook een kleine vermindering in groei bij Wijkverpleging te zien. Er wordt echter een extra groei verwacht door verschuiving van het Wlz budget naar de wijkverpleging (hier kijken we alleen naar verschuivingen in de Zvw; Figuur 67).

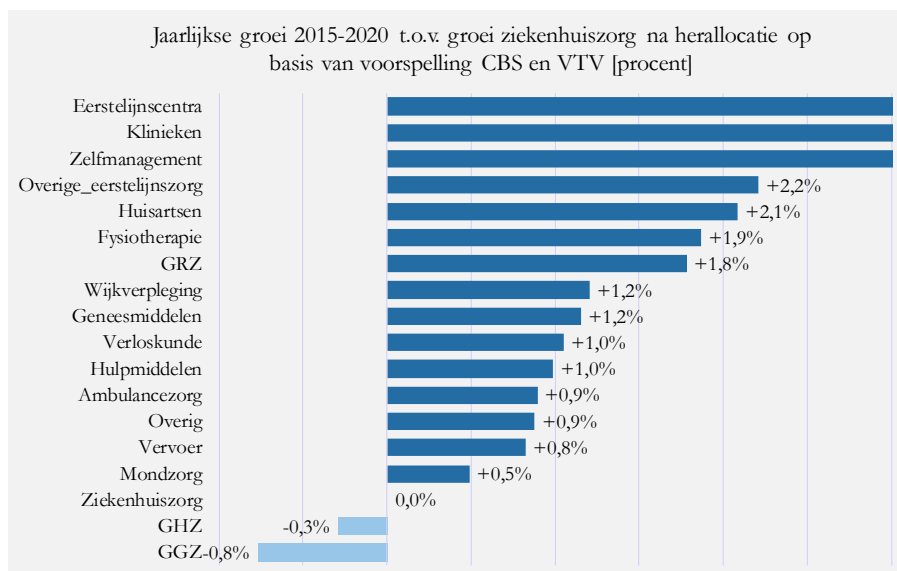
Next level gezondheidszorg: Hoe de zorg efficiënter en beter kan

Differentiatie van jaarlijkse groei 2015-2020 van CPB & BKZ (gemiddeld 4,3%) na herallocatie (SiRM), demografische ontwikkelingen (CBS) en incidentie (VTV)



Figuur 67. Na herallocatie van zorg ruime verschillen in groei tussen sectoren

Ten opzichte van de groei voor de ziekenhuiszorg, moeten bijna alle andere sectoren harder groeien de komende jaren. De extra groei komt voornamelijk terecht bij eerstelijnszorg en zorg voor ouderen. De GHZ en GGZ zullen echter iets minder hard moeten groeien (Figuur 68).



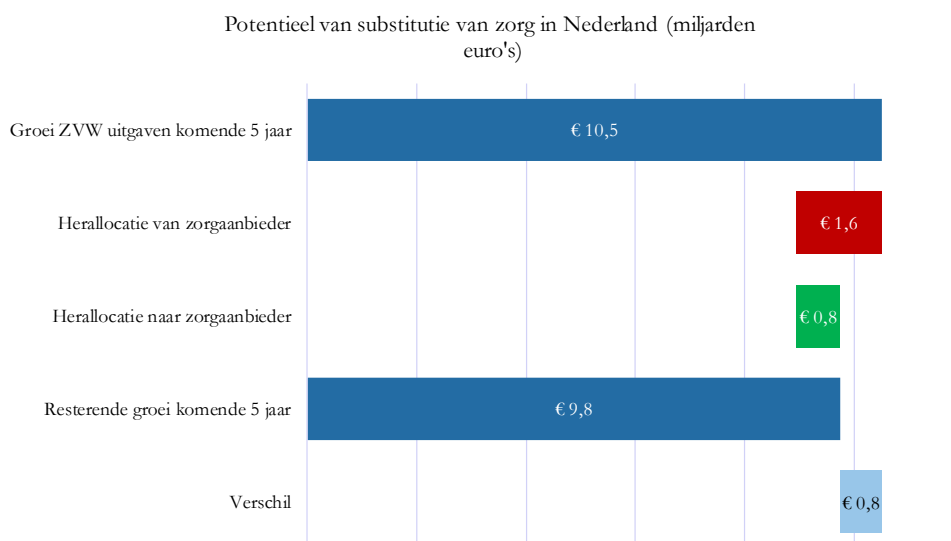
Figuur 68. Meer ruimte voor groei nodig bij eerstelijnszorg en zorg voor ouderen dan voor groei in ziekenhuiszorg

9.4 Scenario's

9.4.1 Slechts de helft van de ingeschatte substitutie haalbaar

Het kan lastig blijken om alle pilots in heel Nederland in te voeren. In dit scenario nemen we aan dat slechts de helft van de ingeschatte substantie haalbaar is. Het zal per regio verschillen welke pilots goed geïmplementeerd kunnen worden.

Als we aannemen dat de helft van de substitutie uit de pilots en onderzoeken mogelijk is, wordt de stijging in zorgkosten beperkt met € 0,8 miljard (Figuur 69).

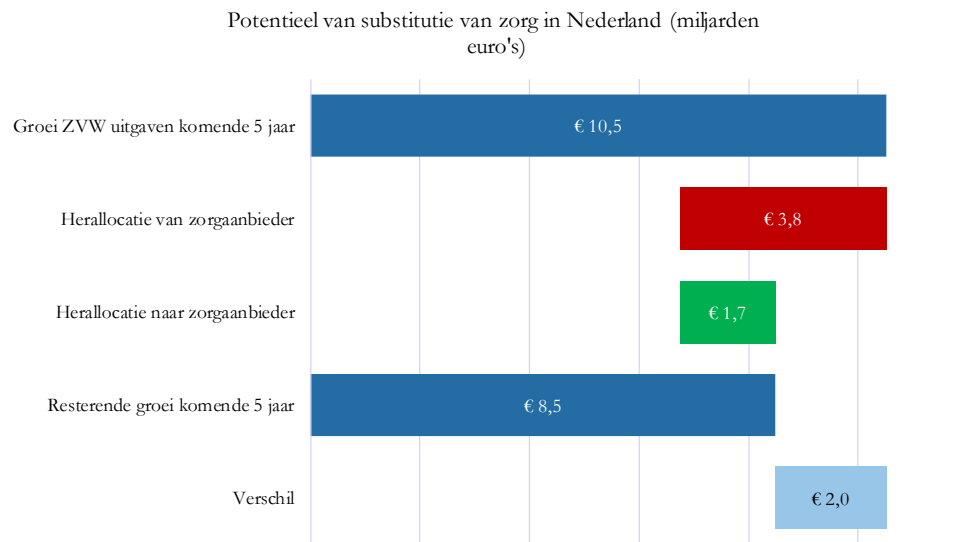


Figuur 69. Herallocatie van slechts de helft van de ingeschatte substitutie stuwt de groei van zorguitgaven in Nederland met € 0,8 miljard

9.4.2 Best practices in plaats van het gemiddelde

In de huidige berekening gaan we uit van het gemiddelde van de pilots per diagnose. Een andere optie is om uit te gaan van de best practices. Het beste voorbeeld wordt dan in heel Nederland geïmplementeerd.

Als we uitgaan van de best practices, wordt de stijging in zorgkosten beperkt met € 2,0 miljard (Figuur 70).



Figuur 70. Herallocatie van de zorg geleverd door best practices stuwt de groei van zorguitgaven in Nederland met € 2,0 miljard

10 Bijlage

10.1 Onze opdrachtgevers

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Vereniging innovatieve geneesmiddelen Nederland en de farmaceutische commissie van de Amerikaanse kamer van koophandel (AmCham). VNO-NCW was betrokken als adviserende partij.

Vereniging innovatieve geneesmiddelen Nederland is de brancheorganisatie van geneesmiddelenfabrikanten die zich richten op onderzoek en ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen. AmCham is een vertegenwoordiging van de Amerikaanse farmaceutische industrie in Nederland. De Vereniging innovatieve geneesmiddelen Nederland en AmCham sponsoren regelmatig economisch onderzoek in de zorg, bijvoorbeeld naar de werking van het stelsel (door iBMG), of naar de baten van de zorg (door Marc Pomp).

Onder de vlag NL Next Level werkte VNO-NCW mee aan dit onderzoek. De campagne NL Next Level is onderdeel van een brede investeringsagenda die ervoor moet zorgen dat Nederland tot de economische wereldtop blijft horen.

10.2 Afkortingen

ACM	Autoriteit Consument en Markt
AIOS	Arts in opleiding
ANIOS	Arts niet in opleiding
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BBP	Bruto binnenlands product
BCF	BTW compensatiefonds
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BKZ	Budgettair Kader Zorg
CBG	College ter beoordeling van geneesmiddelen
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CCMS	Centraal College Medisch Specialismen
CPB	Centraal Plan Bureau
CVR	Cardiovasculair Risicomanagement

DBC	Diagnose behandelcombinaties
DG	Directoraat-generaal
DIS	DBC-Informatiesysteem
DM	Diabetes Mellitus
EMA	European Medicines Agency
EMEA	European Medicines Evaluation Agency
EPD	Elektronisch patiëntendossiers
FKG	Farmacie Kostengroepen
GEZ	Geïntegreerde eerstelijnszorgproducten
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GRZ	Geriatrische revalidatie
GVS	Geneesmiddelenvergoedingssysteem
HIS	Huisartsen- en integrale zorg
MBI	Macrobeheersingsinstrument
MPB	Macro prestatiebedrag
MSB	Medisch Specialistisch Bedrijf
MSZ	Medisch specialistische zorg
NLFI	NL Financial Investments
Nza	Nederlandse zorgautoriteit
PGB	Persoonsgebonden Budget
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RUCO	Radboud Universitair Centrum voor Oncologie
UMC	Universitair Medisch Centrum
V&V	Verpleging en Verzorging
VSV	Verloskundig samenwerkingsverband
VTV	Volksgezondheid Toekomstverkenning
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAR	Wetenschappelijke adviesraad
WBMV	Wet bijzondere medische verrichtingen
Wjz	Wet op jeugdzorg
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WNT	Wet normering Topinkomens
ZIN	Zorginstituut Nederland

ZIS	Ziekenhuisinformatiesysteem
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

10.3 Lijst met geïnterviewden

- Frans Bierens, manager strategische marketing, communicatie & sales Isala Ziekenhuis
- Kees Birkhoff, De Friesland Zorgverzekeraar
- Paul Boomkamp, Raad van Bestuur Catharina Ziekenhuis Eindhoven
- Marc Bruinzeels, directeur Jan van Es instituut
- Prof dr. Cornelissen, hematoloog Daniel Den Hoed, Erasmus MC
- Mariëtte Driessens, beleidsadviseur onderzoek, VSOP
- Henk Eleveld, contractmanager farmacie Menzis
- Prof dr. Gelderblom, internist-oncoloog LUMC
- Pieter Hazenkamp, directeur ZN
- Han van Krieken, patholoog, voorzitter Ruco
- Ingrid van de Poll en Gertrud van Vulpen-Handels, COPD MC Zuiderzee ziekenhuis, Lelystad
- Mathieu Tjoeng, hoofd klinische farmacologie en farmacie St. Antonius ziekenhuis
- Jan Erik de Wildt, De Eerstelijns.

10.4 Lijst met discussiegroepen waarmee eerste concepten zijn gedeeld

Uiteraard hebben we de resultaten van dit onderzoek besproken met een aantal bestuurders in de zorg, ambtenaren van VWS en het Ministerie van Financiën en een groep van gezondheidseconomen. We hebben met vier discussiegroepen de schotten, acties om te komen tot ontschotting en de potentie van ontschotting van zorg besproken.

Ten eerste hebben we de rapportage voorgelegd aan stakeholders in het veld. We zijn met deze personen ingegaan op de gevonden schotten om de rapportage aan te scherpen en de urgentie van ‘ontschotting’ nog duidelijker te maken. Daarnaast hebben

we besproken welke vervolgstappen nodig zijn om te komen tot werkelijk patiëntgerichte zorg. De volgende personen hebben een kritische reflectie gegeven:

- Bas van den Dungen (VWS)
- Hugo Keuzekamp (Westfriesgasthuis)
- Bas Leerink (Medisch Spectrum Twente)
- Willem Jan Meerding (RVS)
- Wim van der Meeren (CZ)

Na de kritische reflectie zijn we met twee discussiegroepen verder ingegaan op de acties die voor de kanteling van zorg nodig zijn: 'Hoe komen we tot ontschotting van zorg?'. We hebben dit besproken met leden van de Commissie Gezondheidszorg VNO-NCW en MKB-Nederland en met ambtelijke experts van VWS, Financiën en Economische Zaken.

Leden Commissie Gezondheidszorg VNO-NCW en MKB-Nederland

- Marion Wigbers (3M Healthcare)
- Matthijs van Meerveld (MSD)
- Carla Peeters (CVVO)
- Claus Verbrugge (ING Nederland)
- Nicolet Epker (Jeugdzorg Nederland)
- Roelf van Run (OVAL)
- Nina Brugman (VebeGo)
- Niek Janssen (VebeGo)
- Dineke Moerman (GGZ Nederland)

- Marten Hummel (Centraal Bureau Drogisterijbedrijven)
- Henry Neels (Neels Consultancy)
- Esther Dijk (ActiZ)
- Patricia Geerts (ActiZ)
- Emile Voorn (Achmea)
- Luc Knaven (FHI)

Ambtelijke experts

- Reinier Koppelaar (VWS)
- Pieter Boone (VWS)
- Judith Verheijden (Financiën)

Daarnaast hebben we een discussiediner georganiseerd om de kwantificering van de potentie van ontschotting te bespreken met enkele gezondheidseconomen:

- Duco Bannink (VU)
- Marc Pomp (Marc Pomp Economisch Advies)
- Patrick Jeurissen (VWS, Radboudumc)
- Rudy Douven (CPB, iBMG)
- Xander Koolman (SiRM, VU)

Tevens hebben we alle analyses besproken met de leden van de begeleidingscommissie. De begeleidingscommissie bestond uit leden van de Vereniging innovatieve geneesmiddelen Nederland, AmCham en VNO-NCW. De leden waren er enkel voor de kritische reflectie en beschouwing, ze hebben geen invloed gehad op de uitkomsten van dit onderzoek.

- Michel van Agthoven (AmCham)
- Ad Antonisse (AmCham)
- Merit Boersma (Vereniging innovatieve geneesmiddelen Nederland)
- Guido van den Boom (AmCham)
- Daisy Duell (Vereniging innovatieve geneesmiddelen Nederland)
- Stefan Mees (AmCham)
- Marcel Metzelaar (Amcham)
- Jan Oltvoort (Vereniging innovatieve geneesmiddelen Nederland)
- Anthony Stigter (VNO-NCW)

10.5 Voorbeelden van convenanten gemeentes en zorgverzekeraars

Achmea

Achmea heeft met de Gemeente Utrecht een convenant afgesloten voor 2013 tot 2017, genaamd Utrecht Gezond.¹³² Dit programma heeft als doelstelling het bevorderen en behouden van het vermogen van Utrechters om flexibel om te gaan met de veranderingen en eigen regie te voeren op fysiek, mentaal en sociaal vlak. De inwoner kan daarbij vertrouwen op de noodzakelijke zorg en ondersteuning van zorgverleners.

Deze doelstelling moet worden bereikt met de pijlers:

- Te streven naar gezonde participerende inwoners en betaalbare en toegankelijke ondersteuning en zorg.
- Gezond gedrag te stimuleren en zorgen dat de inwoners van Utrecht de beste zorg kunnen krijgen die dichtbij georganiseerd en betaalbaar is.

¹³² Utrecht Gezond. Convenant Achmea en Utrecht 2014

- Ervoor te zorgen dat inwoners in Utrecht geen last hebben van de schotten en veranderingen in regelgeving en financiering.
- Te zorgen voor een actieve overdracht is van de taken van de AWBZ naar de verpleging en verzorging en de jeugd GGZ.
- Zelfredzaamheid en een eigen netwerk te bevorderen.
- Samen met maatschappelijke partners te zorgen voor een integraal zorgaanbod, waarbij de zorg gericht is op de patiënt.
- De sociale en medische basiszorg en aanvullende zorg dichtbij de inwoners te organiseren.
- Zorgen voor het zo efficiënt mogelijke inzet van middelen.
- Informatie uit te wisselen over de vraag, het aanbod en de kosten van ondersteuning, zorg en wonen.
- De gezondheidsachterstanden van kwetsbare groepen te verkleinen door langdurige samenwerking bij wonen, welzijn, sport, publieke gezondheid en eerstelijnszorg.

CZ

CZ heeft met de regio Parkstad een convenant afgesloten van 2015 tot 2018¹³³ Het programma heeft als doelstelling om de zorg goed te regelen voor de specifieke situatie in de regio. Het blijkt namelijk dat burgers daar relatief ongezonder zijn, zich ongezonder voelen en meer zorg gebruiken. Ook heeft de regio te maken met een hoge mate van vergrijzing en krimp.¹³⁴

Deze doelstelling moet worden bereikt met de pijlers:

1. Versterking positie/draagkracht zorgvragers/cliënten/burgers

¹³³ Convenant CZ en de gemeenten van de regio Parkstad 2015

¹³⁴ GGD Zuid-Limburg, Een nieuwe kijk op gezondheid in Zuid-Limburg; regionaal rapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014, Geleen, 2014.

- Als burgers meer zelfredzaamheid en eigen regie hebben, wordt er minder beroep gedaan op professionele zorg. Dit leidt tot lagere zorguitgaven. Om dit te versterken wordt er contact gezocht met patiëntenorganisaties.
2. Onderzoek effectiviteit van gebiedsteams
 - Inzet van sociale gebiedsteams of wijkverpleegkundige kan een bijdrage leveren aan het verminderen van de vraag naar maatwerkvoorzieningen en professionele zorg. Om de effectiviteit te toetsen, ontwikkelen CZ en de regio gezamenlijk een toetsingskader.
 3. Preventie begint al op jonge leeftijd
 - De gemeenten en CZ starten in de regio met een aanpak voor kinderen met overgewicht. Als basis hiervoor dienen reeds bestaande initiatieven.
 4. Verwijsbeleid huisartsen jeugdzorg
 - Bij verwijzing van de huisarts moet er goed gekeken worden naar de problematiek van de jongere en mogelijk aangrenzende problematiek. Hiervoor worden multidisciplinaire toegangsteams ingericht om ervoor te zorgen dat jongeren passende zorg krijgen.
 5. Starten met regioregie
 - In 2013 is reeds een verkenning uitgevoerd naar de wenselijkheid en mogelijkheid van een regioregie in Zuid-Limburg. Voor de invoer van regioregie zullen de regio en CZ structureel overleggen op managementniveau over de ontwikkelingen in de regio, elkaar informeren over de beleidsvoornemens inzake contractering en stemmen deze waar nodig onderling af. Het is de bedoeling dat de verschillende partijen delen van budgetten samen brengen en vanuit daar integraal de zorg in de wijk te bekostigen. Voorbeelden hiervan zijn bijvoorbeeld de afbouw van intramurale zorgvoorzieningen in de Wlz en de contractering van wijkverpleegkundigen.

6. Contactpersonenlijst: praktische afstemming tussen de financiers
 - Om ervoor te zorgen dat patiënten geen hinder ondervinden van onduidelijkheden, wordt er per organisatie één persoon aangewezen als contactpersoon. Door middel van de contactpersonenlijst kunnen de financiers snel onderling contact opnemen en (voorlopige) afspraken maken.

Menzis

Menzis heeft met de gemeente Enschede een convenant afgesloten voor 2012 tot 2016, genaamd Gezond meedoen!¹³⁵ Het programma heeft vier doelstellingen:

1. Meer gezonde mensen
2. Iedereen doet mee
3. Goede en toegankelijke zorg en ondersteuning
4. Beheersing van de zorgkosten.

Deze doelstellingen moeten worden bereikt met de drie pijlers:

- Van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag
 - Heeft als doel het bereiken van meer gezondheidswinst door samen met gemeenten, kennispartners, instellingen en bedrijven te werken aan gezondheids- en participatiebevordering. Er wordt onder andere gekeken naar het versterken van de zelfredzaamheid en eigen regie van mensen met een lage sociaal economische status. Ook wordt er aandacht besteed aan preventie om een gezondere levensstijl te bevorderen.
- Naadloze uitvoering van zorg en ondersteuning
 - Heeft als doel een integraal aanbod van zorg en ondersteuning aan inwoners door middel van een beter afgestemde en meer doelmatige

¹³⁵ Gezond Meedoen! Uitvoeringsprogramma convenant Menzis en gemeente Enschede 2012 - 2016

organisaties. Deze integratie moet ook over de financieringsschotten heen gaan. Burgers die zorg nodig hebben van verschillende soorten instellingen kunnen terecht bij één loket waar de uitvoering van de WWB, Wmo, Zvw en AWBZ in samen komt. Hier vindt ook de afstemming plaats tussen de huisarts, wijkverpleegkundige en sociaal werker.

- Maatwerk voor doelgroepen in een kwetsbare positie
 - Heeft als doel kwalitatief hoogwaardige zorg toegankelijk en betaalbaar houden voor kwetsbare doelgroepen. Hiervoor is bijvoorbeeld de Collectieve Zorgverzekering voor de minima. Dit is een gezamenlijke aanpak om premieachterstanden en wanbetaling op te lossen en bronheffingsproblematiek aan te pakken. Daarnaast wordt er gekeken naar een uitbouw van een Gemeentepolis.

VGZ

VGZ heeft met de gemeente Nijmegen een convenant afgesloten van 2012 tot 2015¹³⁶
Het programma heeft als doel om:

- Gezondheid en kwaliteit van leven te bevorderen
- De (groei van de) kosten van de Wmo, Zvw en de AWBZ terug te dringen.

Deze doelstelling moet worden bereikt door:

1. Het inhoudelijk afstemmen van de visie en koers op het gebied van:
 - a. Gezamenlijke wijkzorg.
 - b. Decentralisatie AWBZ.
 - c. Maatschappelijke opvang, openbare GGZ en verslavingszorg.
 - d. GGZ zorgketen.

¹³⁶ Convenant Samenwerking Zorgkantoor – Coöperatie VGZ – Gemeente Nijmegen, 2012

2. Integraal aanbod creëren op het snijvlak Wmo en AWBZ
 - a. Aansluiting bereiken in het zorgaanbod vanuit AWBZ en Wmo.
 - b. Het gemeenschappelijk gebruik van voorzieningen.
 - c. Opzetten van wijknetwerken.
 - d. Voorkomen van onnodig dubbele vroeg signalering.
 - e. Het toekomstig bestendig maken van dagbesteding en individuele begeleiding in de Wmo.
3. Gezamenlijk organiseren van gezondheid- en preventie activiteiten
 - a. Gerichte interventies afhankelijk van de lokale problematiek en populatie.
 - b. Verwijsprogramma's en verbindingen vanuit de zorg richting lifestyle en sociale activiteiten.
 - c. Stimuleren van meer zelfredzaamheid en eigen regie.
 - d. Organiseren van preventie en vroegtijdige diagnose en zorgen voor aansluiting vanuit het zorgveld.
4. De informatievoorziening aan de burger, integraal en dichtbij de burger te organiseren. De burger moet terecht kunnen op één plek voor alle vragen met betrekking tot welzijn, wonen en zorg.
5. Het delen van kennis en informatie met betrekking tot de omvang en aard van de problematiek, trends en knelpunten.

10.6 Proeftuinen

1. 'Slimmer met Zorg' in Eindhoven

In de regio Eindhoven hebben de zorggroepen PoZoB en DOH, cliëntenorganisatie Zorgbelang en zorgverzekeraars CZ en VGZ het project 'Slimmer met Zorg' opgestart.

Het doel is gezondheidsbevordering tegen lagere kosten. De proeftuin werkt vanuit vijf uitgangspunten: samenwerking, versterking van de eerste lijn, zorg op maat, ontzorgen en kostenbesparingen eerlijk delen (shared savings). In de regio wordt ingezet op een nauwe samenwerking tussen alle betrokken partijen. Verder wordt substitutie vanuit de tweedelij naar de eerstelij bevorderd, door bijvoorbeeld medisch specialistische expertise onderdeel te laten zijn van eerstelijns zorgprogramma's. Hier ligt ook een grote rol voor E-health.

Daarnaast moet het shared savings model zorgen voor de juiste prikkels om de noodzakelijke veranderingen door te voeren.

Programma's	Onderdelen
Zorg doelmatig en op de juiste plek	<ul style="list-style-type: none"> - Doelmatige farmacotherapie inclusief afstemming 1e en 2e lijn, door middel van voorschrijven volgens formularia, substitutie naar generieke medicamenten, concordantie en polyfarmaciereviews - Consult tussen medisch specialist en huisarts om door gerichte vraagstelling een verwijzing naar 2e lijn te voorkomen.
Zelfmanagement/ zelfregie	<ul style="list-style-type: none"> - Diabetes Zorg op Maat (DIAZOM): Implementeren van een individualisering van de zorg en de controlefrequentie voor diabetes patiënten, onder andere met behulp van zelfmanagement-tools - Themabijeenkomsten Eigen Regie waarbij uitleg wordt gegeven over wat eigen regie inhoudt en ervaringsverhalen aan bod laten komen

2. 'Blauwe zorg' in Maastricht Heuvelland

In de regio Maastricht en Heuvelland hebben zorggroep ZIO, zorgverzekeraar VGZ en cliëntenorganisatie Huis voor de Zorg het project 'Blauwe zorg' opgestart. Het doel is zorgen voor verantwoordelijke en kwalitatief hoogwaardige zorg die bovendien duurzaam en betaalbaar is. De proeftuin werkt vanuit twee uitgangspunten: interventies binnen de Zvw zorg en gedragsbeïnvloeding, van zowel zorgverlener als patiënt. Dit moet mede mogelijk gemaakt worden door een nieuwe manier van financieren. De vergoeding moet niet meer samenhangen met het aantal verrichte behandelingen, maar

met het resultaat van de behandeling. De verwachting is dat de regionale zorgkosten met 2% zullen dalen. Dit geld kan dan weer ingezet worden voor initiatieven die de deelnemende partijen belangrijk vinden.

Programma's	Onderdelen
Medisch specialistische inzet	- Tweewekelijkse consulten in huisartspraktijken door artsen van 5 medisch specialismen (interne geneeskunde, neurologie, orthopedie, dermatologie en cardiologie)
Farmacie	- Diabetes keten-DBC, mogelijk later uitgebreid naar andere chronische zorgketens - Nieuwe manier van financieren waar de apotheker niet wordt betaald voor omzet en volume, maar voor kwalitatieve productie
Diagnostiek	- Tariefskorting eerstelijnsdiagnostiek bij Azm - Spiegelinformatie richting huisartsen m.b.v. aanvraaggedrag, gekoppeld aan verwijsgedrag - Discussie toekomstige structuur eerstelijnsdiagnostiek
Zorg voor patiënten met een chronische aandoening	- Is al regulier ZIO beleid. Ontwikkelingen op het gebied van ketenzorg worden gerapporteerd
Gedragsinterventies zorgconsumenten	- Definitie van 'meta' gedragsveranderingsaanpak, een long list met mogelijke initiatieven en een selectie van interventies die passen binnen gedefinieerde aanpak zullen gaan plaatsvinden

3. 'Mijn zorg' in Parkstad

In regio Oostelijk Zuid-Limburg hebben huisartsen, het Atrium Ziekenhuis, cliëntenorganisatie Huis voor de Zorg en zorgverzekeraar CZ het project 'Mijn zorg' opgestart. Het doel is het ontwikkelen van een toekomstbestendige integrale populatie gebonden aanpak, die leidt tot kwalitatief goede zorg en gezondheid en die de groei in zorgkosten in de regio beperkt. Kostenbeheersing zal lange tijd een van de beleidsdoelstellingen in de zorg moeten zijn, omdat de zorgvraag sneller groeit dan het beschikbare budget. De proeftuin werkt vanuit het uitgangspunt dat het effectiever is

Next level gezondheidszorg: Hoe de zorg efficiënter en beter kan

als zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten in een regio hiervoor samenwerken. Laag complexe verrichtingen, eerstelijns diagnostiek en chronische zorg zullen onder de regie van de huisartsen plaatsvinden.

Dit zal gebeuren in samenwerking met de tweede lijn, de V&V sector en de gemeente in de wijk om zorg te verlenen op een patiëntgerichte en (kosten)effectieve wijze. Hierbij moet het resultaat centraal gesteld worden, niet de productie.

Programma's	Onderdelen
Pilot huisartsenpraktijken	<ul style="list-style-type: none"> - Verwijzing naar 2e lijn alleen volgens NHG standaarden - Consultatiefunctie medisch specialist in huisartsenpraktijk - Breed invoeren van point of care testen - Gezamenlijke inkoop laboratorium diagnostiek, - Verwijzing door de huisarts naar GGZ na gebruik screeningsinstrument - Laag complexe verrichtingen in eerstelijns in plaats van in de tweede lijn - uitbreiding CVRM-DBC met eindorgaanfalen
Eerstelijnspluscentrum Kerkrade	<ul style="list-style-type: none"> - Oprichten van een eerstelijnspluscentrum (anderhalvelijnszorg) voor de volgende zorg: <ul style="list-style-type: none"> o Ketenzorg voor ouderen en jeugd, o Laag complexe verrichtingen, o Gemeenschappelijke poli huisarts en specialist, o Consultatiefunctie medisch specialist, o Huisartsenbedden, o 1e lijnsdiagnostiek. - Competentie-ontwikkeling van huisartsen - Optimalisering van beschikbaarheid van patiëntengegevens door IT oplossingen
Farmacie	<ul style="list-style-type: none"> - Generieke en therapeutische substitutie bij bestaande en nieuwe patiënten in de eerste en tweede lijn voor: <ul style="list-style-type: none"> o Cholesterolverlagers,

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Angiotensine II (ATII)-blokkers ○ Protonpompremmers
--	--

4. ‘Samen sterker in zorg’ in Alkmaar

In regio Alkmaar hebben huisartsenorganisatie Noord-Kennemerland, Medisch Centrum Alkmaar, zorgverzekeraar VGZ, Zorgbelang Noord-Holland, Starlet Diagnostisch Centrum en GGZ Noord-Holland-Noord het project ‘Samen sterker in zorg’ opgestart. Het doel is regie aanbrengen in zorgketens waar verschillende soorten zorgverleners in de buurt, in het ziekenhuis of GGZ instelling nodig zijn. Meer regie zou leiden tot relatief meer gezondheid, hogere patiënttevredenheid en effectievere en efficiëntere zorg. De proeftuin begint met de disciplines chronische zorg, ouderen wijkzorg, diagnostiek, spoedzorg, farmaceutische zorg, GGZ en geboortezorg. Zorg wordt hierin zo dicht mogelijk bij de patiënt in de buurt geleverd. De kostenbesparingen die deze lijn overstijgende (horizontale) zorgafspraken zullen opleveren, worden voor een groot deel geherinvesteerd in preventie en innovatie in de regio.

Programma's	Onderdelen
Geboortezorg	<ul style="list-style-type: none"> - Geïntegreerde geboortezorg (1e en 2e lijns, verloskunde en kraamzorg) waarbij gewerkt wordt volgens een nieuw vastgelegd zorgpad (geboortezorgschema) - Verloskundigen en gynaecologen bepalen samen het risico van de zwangerschap.
Diagnostiek	<ul style="list-style-type: none"> - Uitwerken van kansrijke interventies voor: <ul style="list-style-type: none"> ○ Gewrichtsklachten, ○ Osteoporose en ○ Boezemfibrilleren
GGZ	<ul style="list-style-type: none"> - Project Vicino NHN: toegang voor mensen met lichte en chronische psychische en sociale problematiek is laagdrempelig gemaakt door versterking in de eerstelijns, onder andere door inzet van praktijkondersteuners GGZ.
Chronische Zorg	<ul style="list-style-type: none"> - Stabiele patiënten met diabetes mellitus worden in de eerstelijns behandeld. Belangrijk onderdeel van het

	<p>programma is het monitoren van verwijzingen en voorschrijven conform richtlijnen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Door effectievere samenwerking bij de behandeling van patiënten met COPD dubbele diagnostiek voorkomen en minder zware medicatie voor schrijven. - Werken volgens een medicatieschema voor mensen met COPD waardoor doelmatig voorschrijven ondersteund wordt. - Het inrichten van een expertteam dat monitort waar en of COPD patiënten onder behandeling zijn, zodat patiënten niet uit de zorg verdwijnen en behandeld worden door de juiste zorgverlener. - Opzetten van transmurale zorg voor mensen met hart en vaatziekten of een verhoogd risico hierop.
Spoedzorg	<ul style="list-style-type: none"> - Scenarioanalyse naar verbeteringen op het gebied van ‘zelfverwijzing’.
Ouderen zorg	<ul style="list-style-type: none"> - Afstemmen van de hulp- en zorgverlening van gemeente, zorgkantoor, zorgverzekering en individuele patiënt.
Farmacie	<ul style="list-style-type: none"> - Uitwerken van interventies die kwaliteit en doelmatigheid van geneesmiddelenverstrekking verbeteren.

5. ‘Friesland Voorop’ in Friesland

In Friesland hebben vijf algemene Friese ziekenhuizen en het UMCG, de Friese Huisartsen Vereniging, Zorgbelang Fryslan en zorgverzekeraar De Friesland het project ‘Friesland Voorop’ gestart. Het doel is om het zorglandschap in Friesland voor de toekomst goed in te richten. Uitgangspunten zijn de kwaliteit van zorg en de betaalbaarheid nu en in de toekomst. Dit gebeurt onder andere door (zeer) specialistische medische zorg te bundelen en niet meer afzonderlijk in elke van de

verschillende ziekenhuizen aan te bieden. En tegelijkertijd te zorgen voor goede basiszorg dicht bij de burgers in de buurt.

Programma's	Onderdelen
Planbare zorg met een laag risico	<ul style="list-style-type: none"> - Diverse locaties voor niet-complexe electieve zorg - Voor- en nazorg in de buurt
Zorg hoog risico	<ul style="list-style-type: none"> - Concentratie van complexe vaatchirurgie en oncologie, onder andere door selectieve inkoop. - Voor- en nazorg vinden plaats in de eigen omgeving van de patiënt
Geboortezorg	<ul style="list-style-type: none"> - Vier regionale verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's)
Zorg dichtbij	<ul style="list-style-type: none"> - Verschuiving van DBC's van de tweedelij naar de eerstelij voor: <ul style="list-style-type: none"> o Diabetes o COPD o CVRM o Zorgpad kwetsbare ouderen - Gestimuleerd door selectieve inkoop
Spoedzorg	<ul style="list-style-type: none"> - Provinciale organisatie van de spoedzorg, waar HAP's, SEH en ambulancedienst nauw samenwerken - Oprichting van 1 organisatie voor de IC zorg - Nauwe samenwerking tussen de ziekenhuizen met behulp van tele-IC en telemonitoring

6. 'Regioplan Goed leven' in Zeeuws Vlaanderen

In Zeeuws Vlaanderen hebben zorgverzekeraar CZ, Klaverblad Zorgbelang, Nucleus Zorg en ZorgSaam het project 'Regioplan Goed Leven' opgestart. Het doel is betere zorg, behoud van beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg tegen lagere kosten voor de regio Zeeuws-Vlaanderen, door middel van een integrale populatie gebonden aanpak. Ten opzichte van het landelijk gemiddelde moet het aantal jaren dat inwoners in 'goed ervaren gezondheid' en het aantal jaren dat men zonder chronische ziekte

doorbrengt twee jaar hoger zijn. Ook moeten de totale kosten van de gezondheidszorg in de regio minder snel stijgen en moet de ervaren zelfredzaamheid van ouderen hoger zijn.

Programma's	Onderdelen
Preventie	<ul style="list-style-type: none"> - Integrale zorg CVR, COPD en DM - Leefstijlinterventies met bijzondere aandacht voor kwetsbare groepen, wijkgericht, aansluiting keten-DBC's en leefstijlmakelaar - Vitaliteit bevorderende activiteiten voor werknemers in dienst van Zeeuws-Vlaamse werkgevers.
Behandelen	<ul style="list-style-type: none"> - Inzet Wijkverpleegkundigen bij gebiedsgericht werken - Onnodig HAP bezoek aanpakken - Specialistisch consult in eerste lijn - Uitbreiden chronische zorg voor patiënten met hartfalen - Verwijzen naar de 2e lijn door huisartsen alleen conform NHG standaard - Coördinatie ouderenzorg, zorgplan en casemanager - Onderzoeken huisartsenbedden - Zorgpaden basis GGZ aansluiten op de 0e en 2e lijn - Eerstelijnsdiagnostiek (bv huisartsenlab)
Zelf doen	<ul style="list-style-type: none"> - Kennisuitwisseling en afstemming nulde en eerste lijn. - Workshops zelfmanagement - Protocollen afstemmen, scholing, publiekscampagne - Bureaucratie en onnodige schakels reduceren
Geen verspilling	<ul style="list-style-type: none"> - Doelmatig voorschrijven statines, A2blok, A2blok/diur - Doelmatig voorschrijven PPI's bisfosfonaten, Triptanen - Integrale farmaceutische dienstverlening - Doelmatigheid in het totale proces rond hulpmiddelen

7. Proeftuin populatiemanagement (PELGRIM) in Arnhem

In regio Arnhem hebben Zorggroep Arnhem en zorgverzekeraar Menzis het project populatiemanagement (PELGRIM) opgestart. Het doel is de gezondheid van de populatie en van het individu te vergroten en de groei van de zorgkosten af te buigen. Dit wordt onder andere gedaan door de zorggroep om te vormen tot een accountable care organisatie (ACO). Hierdoor kunnen groepen verzekerden afspraken maken over de gewenste gezondheids-, kwaliteits- en zorgkostenuitkomsten. Samen met de verzekerden en zorgverzekeraar bepalen zorgverleners wat de beste zorg ('zorg op maat') is bij de betreffende verzekerden om die uitkomsten te bereiken. Zorgverleners en verzekeraars spreken een vergoeding af, ongeacht het aantal en type activiteiten dat nodig is voor deze zorg. Om het gebruik van de gezondheidszorg te beperken en het zelfmanagement te bevorderen zal e-health worden ingezet.

Programma's	Onderdelen
Kaderarts bewegingsapparaat	- Inzet van een kaderarts Bewegingsapparaat (KBA) voor het houden van een anderhalvelijnsspreekuur bij de huisarts
Ouderen na ontslag	- Ouderen na ontslag snel benaderen door een centrale zorgverlener, zodat beoordeeld kan worden welke hulp nodig is

8. 'Populatiegerichte eerstelijnsvoorziening' (PZF) in Leiden

In regio Rijnland hebben Stichting Rijncoepel, het Diaconessenhuis en zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid het project 'Populatiegerichte eerstelijnsvoorziening' (PZF) opgestart. Het doel is betere zorg, betere gezondheid en lagere kosten. Het doel van de proeftuin is om de zorg voor chronische patiënten te verbeteren en daarmee kosten te besparen. Dit wordt gedaan door de huidige werkwijze binnen de samenwerking tussen ketenpartners in de eerste en tweedelijns beter en efficiënter in te richten. In de proeftuin worden eerst concrete verbeteringen in het zorgproces, werkwijze en samenwerking ontwikkeld. Deze worden daarna in de operationele en economische bedrijfsvoering van de partijen verwerkt, bijvoorbeeld bij de inkoop door de zorgverzekeraar en het realiseren van shared benefits. Uitgangspunten bij de vernieuwingen zijn: substitutie, zelfmanagement, zorgkwaliteit, procesverbetering.

Programma's	Onderdelen
Verbetering in zorgverlening	<ul style="list-style-type: none"> - Proof of concept bij diabetes om te kijken waar er winst te behalen is. - Op patiëntniveau van rule based naar personalized medicine werken voor diabetes. - Combinatie van drie maatregelen: substitutie, 1.5 lijns zorg en coördinatie & consultatie. Geen nieuwe interventie maar slimmer, beter en efficiënter inrichten van zorg voor: <ul style="list-style-type: none"> o Diabetes o COPD o CVRM o Kwetsbare ouderen

9. 'Vitaal Vechtdal' in Hardenberg

In regio Hardenberg hebben Huisartsen, medisch specialisten, de gemeente Hardenberg, Ziekenhuis en Ouderenzorg en zorgverzekeraar Achmea het project 'Vitaal Vechtdal' opgestart. Het doel is te komen tot een verbetering van de vitaliteit van de individuele burger. Dit kan onder andere worden bereikt door de individuele gezondheidszorg te koppelen aan een gezondheidsbeleid gericht op de gehele populatie in de regio. Samenwerking tussen zorgverleners en verbinding in programma's moet leiden tot ondersteuning en verbetering van de zelfredzaamheid. Deze samenhang zal verder leiden tot een afname in zorgkostengroei en een meer doelmatige inzet van arbeidskrachten in zorg en welzijn.

Programma's	Onderdelen
Vroeg erbij	<ul style="list-style-type: none"> - Passend advies, zorg en ondersteuning voor aanstaande ouders vanaf de zwangerschapswens tot de schoolperiode van het kind - Vroegsignalering van alle organisaties die betrokken zijn bij opvoeding en ontwikkeling van het kind

	<ul style="list-style-type: none"> - Ontwikkeling, implementatie en evaluatie van innovatieve concepten voor preventie en zorg rond de zwangerschap om perinatale sterfte te verlagen
Vitale gemeente	<ul style="list-style-type: none"> - Vanuit het perspectief van de gemeentelijke overhead een bijdrage leveren aan Vitaal Vechtdal
Vitale werknemer	<ul style="list-style-type: none"> - Voor de werkenden in de regio een bij vitaliteit passende werkomgeving en werkklimaat mogelijk te maken. De invulling hiervan kan verschillen per organisatie
Langer vitaal	<ul style="list-style-type: none"> - Vroegsignalering van kwetsbare (lichamelijk, geestelijk of sociaal) ouderen - Pre-operatieve screening, zodat ouderen met een betere conditie de operatie ingaan om zo na de operatie sneller weer zelfstandig thuis te wonen - Zelfmanagement ouderen onder andere over de nieuwe mogelijkheden van digitale en communicatie technologie

10.7 Modules Achmea

Prolife

In de zorgmodule Prolife wordt toegang tot christelijke zorg mogelijk gemaakt. Achmea maakt hiervoor inzichtelijk welke aanbieders zich onderscheiden als christelijk door middel van een Zorgzoeker. Dit is alleen van toepassing op zorgsoorten waarbij een christelijke inslag belangrijk kan zijn, zoals bij psychologische hulp, geboortezorg en levenseinde.

In januari 2016 wil Achmea één zorgaanbieder contracteren die een landelijke dekking geeft voor christelijke ambulante GGZ-zorg

Oncologie

Achmea geeft bovengemiddelde aanbieders oncologische zorg. Voor de operatieve behandeling van dikke darmkanker worden hiervoor twee uitkomstindicatoren gebruikt: mortaliteit binnen dertig dagen na operatie en risico op een gecompliceerd beloop, beiden gecorrigeerd voor casemix. Met de best presterende aanbieders wordt een vrij volume voor de operatieve behandeling van dikke darmkanker afgesproken.

Komende jaren zal Achmea zich inzetten voor het ontstaan van kwalitatief hoogwaardige oncologische netwerken. Binnen deze netwerken moet de zorg voor de meest voorkomende oncologische diagnoses geleverd kunnen worden. Volgend jaar gaat Achmea de dialoog aan om netwerkafspraken te maken tussen zorgpartijen bij de behandeling van borstkanker.

Nier insufficiëntie

Achmea wilt thuisdialyse voor patiënten met chronische nier insufficiëntie stimuleren. Hiervoor rijkt Achmea pluscertificaten uit aan zorgaanbieders met een bovengemiddeld aantal patiënten die thuis dialyseren.

Zorg in de wijk wijkverpleging

In een wijk wordt één voorkeursaanbieder geselecteerd voor het leveren van wijkverpleging. Om dit te verwezenlijken krijgt de aanbieder een wijkbudget. In principe wordt een driejarig contract afgesloten, waardoor de aanbieder zich kan ontwikkelen tot wijkregisseur, goede afspraken kan maken met andere zorgaanbieders en de gemeente. De geleverde zorg wordt gemonitord op een aantal indicatoren, waaronder kwaliteit, doelmatigheid en tevredenheid. Een deel van het budget wordt pas uitbetaald bij een minimale score op deze indicatoren.

Eerstelijnsdiagnostiek

Op basis van prijs- en productanalyse koopt Achmea eerstelijnsdiagnostiek gedifferentieerd in bij aanbieders. Ook moeten onnodige verwijzing en dubbele diagnostiek bij verwijzing naar de tweede lijn voorkomen worden. Hiervoor gaat Achmea samenwerken met een select aantal voorkeursleveranciers.

Hart & vaten

Achmea koop regionaal cardiovasculaire risicomanagementprogramma's in bij zorggroepen. Bovengemiddelde zorgaanbieders worden beloond op basis van resultaat. Dit resultaat bestaat uit substitutie naar de eerste lijn tegen lagere kosten en preventie van hart- en vaatziekten. Substitutie kan onder andere door stabiele patiënten over te dragen aan de huisarts. Preventie kan door transparantie te verschaffen over de vermindering van de risicofactoren van de regionale populatie.

Ook worden de transmurale werkafspraken tussen de vakgroepen cardiologie, neurologie, (vasculaire) interne geneeskunde en vaatchirurgie met de huisartsen in het adherentiegebied van het ziekenhuis gestimuleerd. In deze werkafspraken worden de indicaties, zorgpaden en informatieoverdrachten bij verwijzingen vastgelegd.

Geboortezorg

In de zorgmodule wordt aandacht besteed aan twee pijlers: verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) en IVF.

Voor de VSV's koopt Achmea zorg in met prestatie inkoop. Zorgaanbieders kunnen zelf de prestaties en kwaliteit van zorg definiëren. Zorgaanbieders in een VSV's die goed samenwerken en de kwaliteit aantoonbaar verbeteren, worden beloond met een driejarig contract. IVF centra die twee jaar op rij bovengemiddelde succesratio's hebben, worden beloond met een vrij volume.

Gezond werken

De zorgmodule faciliteert en stimuleert aandacht voor arbeid bij diagnose en behandeling door de huisarts. Ook moet de module leiden tot betere samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts en de huisarts ondersteunen bij vragen over zorg en arbeid. Dit kan onder andere door de zorgprestatie Informatieverzoek bedrijfsarts of verzekeringsarts, welke door de bedrijfsarts gedeclareerd kan worden bij de werkgever. Voor overige vragen zal Achmea een helpdesk opzetten voor eenvoudig advies over de relatie zorg en arbeid.

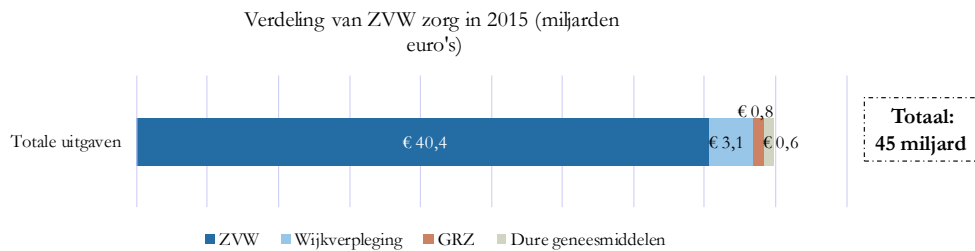
10.8 Huidige situatie Kosten van Ziekten model

De huidige situatie berekenen we aan de hand van het totaal aan Zvw uitgaven volgens het BKZ in 2011¹³⁷. Deze uitgaven hogen we op voor de situatie in 2015¹³⁸, voor de uitgaven aan wijkverpleging, geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en de overgehevelde dure geneesmiddelen. Wijkverpleging is in 2015 overgeheveld, de GRZ in 2013 en de dure geneesmiddelen tussen 2011 en 2015. Alle drie komen dus nog niet voor in de

¹³⁷ RIVM Kosten van Ziekten database 2013, www.kostenvanziekten.nl

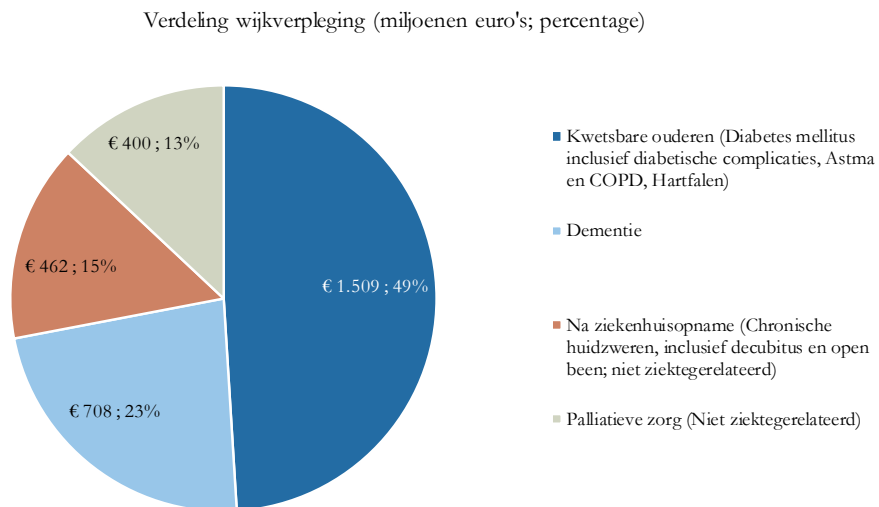
¹³⁸ In 2011 waren de uitgaven aan Zvw zorg € 33,6 miljard. In 2015 waren de uitgaven € 44,36 miljard. Omdat de kosten voor GRZ en Wijkverpleging overgeheveld zijn in 2013 en 2015, worden deze niet meegenomen om de groei in Zvw uitgaven berekend. De Zvw uitgaven minus de GRZ en Wijkverpleging bedroeg in 2015 € 41 miljard. Dit houdt een groei van 121% in.

Kosten van Ziekten database, die stamt uit 2011. De huidige situatie bedraagt totaal € 45 miljard euro (Figuur 71).



Figuur 71. De huidige situatie bestaat uit het totaal aan Zvw uitgaven, opgehoogd met GRZ en Wijkverpleging

In 2015 is de Zvw uitgebreid met € 3 miljard voor de wijkverpleging.¹³⁹ Wijkverpleging bestaat uit de groepen: kwetsbare ouderen, na ziekenhuisopname, dementie en palliatieve zorg. De groep kwetsbare ouderen delen we op in de RIVM diagnosegroepen ‘diabetes mellitus inclusief diabetische complicaties’, ‘astma en COPD’ en ‘hartfalen’. De groepen ‘na ziekenhuisopname’ en ‘palliatieve zorg’ in de diagnosegroep ‘niet ziektegerelateerd’ en dementie in de diagnosegroep ‘dementie’ (Figuur 72).



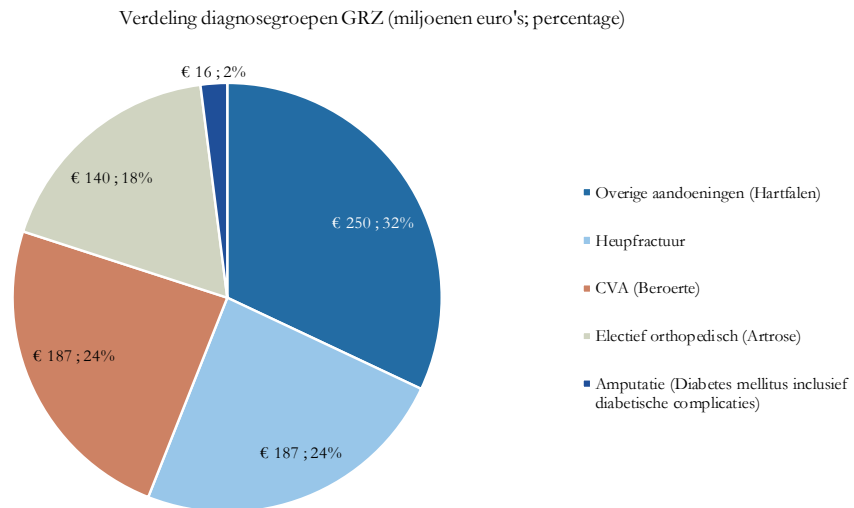
Figuur 72. Wijkverpleging is onder te verdelen in 5 RIVM diagnoses

In 2013 is de Zvw uitgebreid met de GRZ.¹⁴⁰ In 2015 bedroegen de uitgaven voor GRZ € 0,8 miljard euro. De GRZ bestaat uit de groepen: overige aandoeningen,

¹³⁹ Rijksbegroting 2015

¹⁴⁰ Rijksbegroting 2013

heupfracturen, CVA, electief orthopedisch en amputatie.¹⁴¹ Deze groepen delen we in de RIVM diagnosegroepen: hartfalen, heupfractuur, beroerte, artrose en diabetes mellitus inclusief diabetische complicaties (Figuur 73).



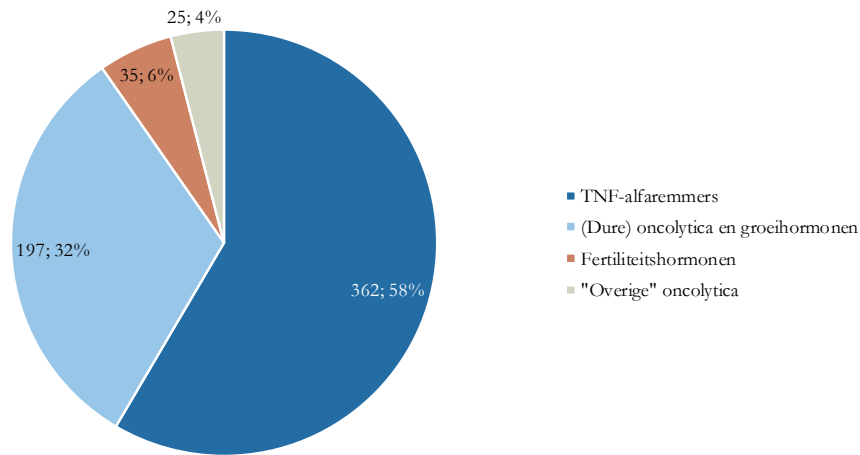
Figuur 73. De GRZ zorg is onder te verdelen in 5 RIVM diagnoses

In 2012 is gestart met het overhevelen van de TNF-alfaremmers. In 2013 zijn groeihormonen en enkele orale oncolytica overgeheveld, gevolgd door de fertiliteitshormonen in 2014. In januari 2015 zijn een groot deel van de resterende orale oncolytica overgeheveld. Totaal hebben bijna 150.000 patiënten te maken krijgt met de verschillende overgeheveldde groepen. In totaal is er 600 miljoen overgeheveld van het extramurale budgettaire kader (farmacie) naar de Zvw (Figuur 74).¹⁴²

¹⁴¹ Behandelkaders Geriatrische Revalidatie, Verenso 2010

¹⁴² <http://www.gipdatabank.nl/>

Overheveling van dure geneesmiddelen (miljoenen euro, percentage)



Figuur 74. Er is in totaal 600 miljoen overgeheveld van het extramuraal budget naar de Zvw

10.9 Clustering diagnosegroepen

Diagnosegroep	Diagnose RIVM
Aangeboren afwijkingen	- Overige aangeboren afwijkingen, exclusief syndroom van Down - Aangeboren afwijkingen centraal zenuwstelsel - Verstandelijke handicap, inclusief syndroom van Down
Alcohol en drugs	- Afhankelijkheid van alcohol en drugs
Angst en depressie	- Depressie - Angststoornissen
Astma en COPD	- Astma en COPD
Beroerte	- Beroerte
Bewegingsstelsel	- Overige aandoeningen bewegingsstelsel en bindweefsel - Dérangement interne van de knie - Artrose - Osteoporose - Reumatoïde artritis
Chronisch - specialistisch	- Epilepsie - Multiple sclerose - Inflammatoire darmziekten - Ziekte van Parkinson
Chronische cardio	- Coronaire hartziekten - Hypertensie - Hartfalen

Complex - laag volume	<ul style="list-style-type: none"> - Blaas- en nierkanker - Slokdarmkanker, - Overige kankers geslachtsorganen - Maagkanker - Alveesklierkanker - Ovariumkanker
Dementie	<ul style="list-style-type: none"> - Dementie
Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> - Diabetes mellitus inclusief diabetische complicaties - Bevalling - Zwangerschap
Geboortezorg	<ul style="list-style-type: none"> - Overige aandoeningen perinatale periode - Vroeggeboorten - Problemen bij op tijd geboren - Kraambed
Geen diagnose	<ul style="list-style-type: none"> - Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden - Nog niet toewijsbaar - Niet ziektegerelateerd - Ziekten van bloed en bloedvormende organen
Hematologie	<ul style="list-style-type: none"> - Overige lymfe- en bloedkankers - Non-Hodgkin lymfomen - Overige letsels - Heupfractuur
Letsel	<ul style="list-style-type: none"> - Overige fracturen onderste extremiteiten - Fracturen bovenste extremiteiten - Schedel-hersenletsel - Oppervlakkig letsel - Eczeem - Overige aandoeningen huid en subcutis - Gehoorstoornissen - Cataract - Overige oogziekten - Ooglid aandoeningen
Losse specialistische zorg	<ul style="list-style-type: none"> - Chronische huidzweren inclusief decubitus en open been - Fertiliteitsproblemen bij de vrouw - Refractie- en accommodatiestoornissen - Blindheid en slechtziendheid - Tandcariës - Tandeloosheid
Mondzorg	<ul style="list-style-type: none"> - Orthodontie - Paradontale afwijkingen - Overige gebitsafwijkingen - Overige goedaardige nieuwvormingen - Goedaardige nieuwvormingen geslachtsorganen
Oncologisch	<ul style="list-style-type: none"> - Borstkanker - Dikke darm- en endeldarmkanker - Longkanker - Prostaatkanker - Baarmoederhalskanker - Overige kankers

Overige psychische aandoeningen	<ul style="list-style-type: none">- Overige psychische stoornissen- Schizofrenie- Persoonlijkheidsstoornissen- Psychotische stoornissen exclusief schizofrenie- Overige aandoeningen zenuwstelsel en zintuigen- Overige endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten- Overige infectieziekten- HIV/AIDS- Infecties maag-darmkanaal- Sepsis- Hepatitis- Meningitis- Tuberculose
Overige specialistische zorg	<ul style="list-style-type: none">- Overige ziekten nieren en urinewegen- Overige aandoeningen spijsverteringsstelsel- Overige aandoeningen ademhalingswegen- Nefritis- Nefrose- Galblaasziekten- Buikbreuken- Appendicitis- Zweren van maag en twaalfvingerige darm- Overige leverziekten- Chronische leverziekte en -cirrose- Weke delen reuma- Dorsopathieën- Overige darmziekten- Ziekten van vrouwelijke geslachtsorganen
Primaire gezondheidsondersteuning	<ul style="list-style-type: none">- Longontsteking en influenza- Bovenste luchtweginfecties- Acute nier- en urineweginfecties- Anticonceptie- Hyperplasie van de prostaat- Overige ziekten mannelijke geslachtsorganen- Seksueel overdraagbare aandoeningen- Overige aandoeningen hart inclusief longcirculatie
Vaat en cardio	<ul style="list-style-type: none">- Perifeer arterieel vaatlijden inclusief aneurisma aorta- Overige aandoeningen vaatstelsel- Aangeboren afwijkingen hartvaatstelsel

10.10 Verhouding makkelijke/ moeilijke DBC's opendisdata

	Totale kosten in 2014 (miljarden euro's)		Aandeel makkelijke DBC's
	Makkelijke DBC's	Moeilijke DBC's	
Reumatologie	€ 49	€ 90	35%
KNO	€ 58	€ 392	13%
Inwendige geneeskunde	€ 141	€ 1.137	11%
Oogheelkunde	€ 156	€ 247	39%
Dermatologie	€ 103	€ 180	36%
Gynaecologie	€ 88	€ 854	9%
Orthopedie	€ 72	€ 1.185	6%
Neurologie	€ 58	€ 663	8%

10.11 Inkoopdocumenten Zorgverzekeraars

Tabel 5 Overzicht van het aantal keer dat een discipline wordt genoemd in een ander inkoopdocument. Verticaal staan de inkoopdocumenten, deze kunnen verschillen per zorgverzekeraar. Horizontaal staat welke discipline er in genoemd wordt, dit is een clustering van de voorkomende disciplines. Naar zorgverzekeraar, gecorrigeerd voor het aantal pagina's.

<i>Noemt</i>	MSZ	Farmaceutische zorg	GGZ	HIZ	Paramedische zorg	Wijkverpleging	Geboortezorg	Eerstelijns diagnostiek	Hulpmiddelen en ZG mobiliteit	GRZ	Mondzorg	Gezond ondernemen	Innovatie	Alternatieve zorg
<i>Inkoop document</i>														
Achmea														
MSZ		0,04		0,58	0,12	0,01	0,07							0,23
Geboortezorg	0,18			0,06										
Wijkverpleging	0,14		0,04	0,32										
Mondzorg														
Paramedische zorg	0,50			0,64		0,03								0,47
HIZ	0,71		0,07		0,32	0,36								0,61
Hulpmiddelen en mobiliteit	0,17			0,08										
GGZ	0,11			0,16		0,09								0,04
ZG														
Extramurale farmacie	0,08			0,15										
Intramurale en poliklinische farmacie	0,14	0,14	0,21	0,07										
Gezond ondernemen	0,29			1,36	0,64									
Innovatie	0,72		0,24	0,68		0,24								

<i>Noemt</i>	MSZ	Farmaceutische zorg	GGZ	HIZ	Paramedische zorg	Wijkverpleging	Geboortezorg	Eerstelijns diagnostiek	Hulpmiddelen en mobiliteit	GRZ	Mondzorg	Gezond ondernemen	Innovatie	Alternatieve zorg
<i>Inkoop document</i>														
Menzis														
MSZ		0,08	0,08	0,85	0,08	0,08	0,08	0,62			0,08			
Geboortezorg														
Wijkverpleging	0,60	0,40		1,00										
Mondzorg														
Paramedische zorg														
Huisartsenzorg/ketenzorg	0,27		0,33											
Hulpmiddelen	1,50			1,00										
Zieken- en ambulance vervoer														
GGZ				0,71										
ZG	0,21													
Eerstelijns diagnostiek	0,80			0,60										
Farmaceutische zorg	0,40			0,20										

<i>Noemt</i>	MSZ	Farmaceutische zorg	GGZ	HIZ	Paramedische zorg	Wijkverpleging	Geboortezorg	Eerstelijns diagnostiek	Hulpmiddelen en mobiliteit	GRZ	Mondzorg	Gezond ondernemen	Innovatie	Alternatieve zorg
<i>Inkoop document</i>														
VGZ														
MSZ		0,17		0,83			0,67	0,58					0,08	
Geboortezorg	0,36			0,18										
Wijkverpleging	0,10			0,30										
Mondzorg														
Paramedische zorg	0,10													
Huisartsenzorg			0,17				0,08							
Geïntegreerde eerstelijnszorg	0,10		0,10	0,10										
MDZ	0,11			0,44										
Hulpmiddelen														
IGGZ														
sGGZ	0,03			0,08										
ZG	0,17			0,22	0,04				0,04					
Eerstelijns diagnostiek	0,33			0,58			0,08							
Farmaceutische zorg	0,75													
GRZ														
Alternatieve zorg					0,10									
Verloskunde	0,27			0,27										

<i>Noemt</i>	MSZ	Farmaceutische zorg	GGZ	HIZ	Paramedische zorg	Wijkverpleging	Geboortezorg	Eerstelijns diagnostiek	Hulpmiddelen en mobiliteit	GRZ	Mondzorg	Gezond ondernemen	Innovatie	Alternatieve zorg
<i>Inkoop document</i>														
CZ														
MSZ				0,26		0,02	0,05							
Geboortezorg	0,45													
Wijkverpleging				0,26	0,03	0,03					0,13			
Mondzorg	0,10													
Eerstelijns paramedische zorg														
Huisartsenzorg	0,06		0,13	0,31		0,19	0,06							
Geïntegreerde eerstelijnszorg	0,06			0,22		0,06								
Huisartsendiensten structuren	0,63	0,13	0,13											
MDZ	0,06			0,44		0,17								
Hulpmiddelen en zieken-ambulance vervoer														
GGZ	0,09			0,07										
Eerstelijns diagnostiek	0,05			0,74										
Farmaceutische zorg	0,23			0,05										
GRZ	0,37			0,11		0,05								

10.12 Overzicht pilots/onderzoeken ontschotte zorg

Hoofd diagnose	Van	Naar	Overheveling	Efficiëntie	Omschrijving pilot/onderzoek	Berekening overheveling	Efficiëntie	Bronnen
Alcohol en drugs	Ziekenhuis zorg	Huisartsen	12%	7%	<p>Minderdrinken.nl bestaat uit drie stappen. De eerste stap is inzicht krijgen in het eigen alcoholgebruik en het motiveren tot verandering. De tweede stap is het stellen van doelen aan de hand van richtlijnen voor verantwoord drinken en de derde stap is het halen van de gestelde doelen. Voor stap drie wordt aanbevolen zes weken uit te trekken. Na de eerste twee stappen volgt een begeleidingsafspraken met de POH-ggz waar de gestelde doelen en de voorgenomen strategieën worden besproken en eventueel bijgesteld. Hierna gaat de patiënt met de derde stap aan de slag en volgen, afhankelijk van het verloop van het proces, nog een of meer ondersteunende gesprekken. Onderzoek wijst uit dat MinderDrinken.nl effectief is: deelnemers aan de interventiegroep drinken na zes maanden significant minder glazen alcohol per week (12 gestandaardiseerde eenheden alcohol minder) en houden zich vaker aan de richtlijn voor verantwoord drinken (17,2% van de deelnemers in de interventiegroep versus 5,4% in de controlegroep). Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuiszorg naar huisartsenzorg optreden.</p>	<p>17,2% van de deelnemers in de interventiegroep versus 5,4% in de controlegroep hielden zich na 6 maanden aan de richtlijn voor verantwoordelijk drinken. Overheveling - 17,2 % - 5,4% = 12%</p>	<p>Aanname dat er 4 extra POH-GGZ consulten nodig zijn: 1 na stap 2 en 3 na stap 3. Reken hiervoor het tarief van een lang huisartsenconsult (a 18 euro). Aanname dat alleen de 'makkelijke' gevallen niet doorverwezen worden. Goedkoopste DBC = € 1.105,88. Efficiëntie = $(4 \times 18) / 1105,88 = 7\%$</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. http://www.medischcontact.nl/archief-6/Tijdschriftartikel/148704/Onlinehulp-werkt-goed-bij-alcoholprobleem.htm 2. APE E-health en zelfmanagement: een panacee voor arbeidstekorten en kostenoverschrijdingen in de zorg? 2012 3. Tariefbeschikking gespecialiseerde GGZ 2016, NZa.

Hoofd diagnose	Van	Naar	Overheveling	Efficiëntie	Omschrijving pilot/onderzoek	Berekening overheveling	Efficiëntie	Bronnen
Angst en depressie	GGZ	Huisartsen	23%	66%	Pilot Kleur je leven: Ongeveer 40-50% van de mensen met een depressieve stoornis heeft een recidiverende variant en ongeveer 15% is chronisch depressief. De pilot is niet bedoeld voor chronisch depressieve patiënten. Dit betekent dat maximaal 35% van de depressieve mensen tot de doelgroep van Kleur je leven behoort. Het aandeel mensen met depressieve klachten op het totaal van de depressie-gerelateerde huisartsenregistraties ligt in dezelfde orde van grootte (30%). Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuiszorg naar huisartsenzorg optreden.	Inschatting in rapport is realistische implementatie van 65% van deze groep. 35% van de mensen behoort tot de doelgroep Kleur je leven. Overheveling = $65\% * 35\% = 23\%$	De kosten voor de huisartsenzorg wordt met kleur je leven geschat op 233 euro, de ziekenhuiszorg op 352 euro. Efficiëntie = $233/352 = 66\%$	1. APE E-health en zelfmanagement: een panacee voor arbeidstekorten en kostenoverschrijdingen in de zorg? 2012
Angst en depressie	Overige eerstelijnszorg	Huisartsen	20%	94%	Substitutie van psychotherapie naar POH. Onderzoek kijkt naar een scenario waarin 50% van de patiënten voor i.p.v. naar psychotherapie naar POH gaat. Dit zorgsysteem is naar verwachting 5,7% kosteneffectiever. Huisartsen die een POH-ggz in dienst hebben zullen minder snel naar psychotherapeuten doorverwijzen en in elk geval een deel van de patiënten aan hun eigen POH gunnen. Hierdoor kan een allocatie van overige eerstelijnszorg naar huisartsenzorg optreden.	Onderzoek kijkt naar een scenario waarin 50% van de patiënten voor i.p.v. naar psychotherapie naar POH gaat. Aanname 50% van lichtste klachten is 20% omzet. Overheveling = 20%	Dit zorgsysteem is naar verwachting 5,7% kosteneffectiever. Efficiëntie = $1 - 5,7\% = 94\%$	1. Strategische verkenning: Op zoek naar een kosteneffectieve Basis GGZ: Scenario's voor zorginnovatie. Trimbos 2011
Angst en depressie	Overige eerstelijnszorg	Huisartsen	20%	76%	Extra verhoging therapietrouw leidt tot extra besparing. Verhoging van de therapietrouw met 5% bij vijf specifieke interventies leidt tot een verdere verhoging van kosteneffectiviteit. Aanname in het rapport is dat verhoging van de therapietrouw niet gepaard gaat met extra zorgkosten. Er treedt een totale daling van kosten op van 24% (bovenop de daling van 5,7% van het voorbeeld hierboven). Hierdoor kan een allocatie van overige eerstelijnszorg naar huisartsenzorg optreden.	Onderzoek kijkt naar een scenario waarin 50% van de patiënten voor i.p.v. naar psychotherapie naar POH gaat. Aanname 50% van lichtste klachten is 20% omzet. Overheveling = 20%	Aanname in het rapport is dat verhoging van de therapietrouw niet gepaard gaat met extra zorgkosten. Er treedt een totale daling van kosten op van 24% Efficiëntie = $1 - 24\% = 76\%$	1. Strategische verkenning: Op zoek naar een kosteneffectieve Basis GGZ: Scenario's voor zorginnovatie. Trimbos 2011

Hoofd diagnose	Van	Naar	Overheveling	Efficiëntie	Omschrijving pilot/onderzoek	Berekening overheveling	Efficiëntie	Bronnen
Angst en depressie	GGZ	Huisartsen	14%	66%	Pilot Kleur je leven: Ongeveer 40-50% van de mensen met een depressieve stoornis heeft een recidiverende variant en ongeveer 15% is chronisch depressief. De pilot is niet bedoeld voor chronisch depressieve patiënten. Dit betekent dat maximaal 35% van de depressieve mensen tot de doelgroep van Kleur je leven behoort. Het aandeel mensen met depressieve klachten op het totaal van de depressiegerelateerde huisartsenregistraties ligt in dezelfde orde van grootte (30%). Hierdoor kan een allocatie van GGZ naar huisartsenzorg optreden.	Inschatting in rapport is realistische implementatie van 65% van deze groep. Het aandeel mensen met depressieve klachten op het totaal van de depressiegerelateerde huisartsenregistraties is 30%. Binnen depressie is 71% vanuit de GGZ. Overheveling = $65\% * 30\% * 71\% = 14\%$	De kosten voor de huisartsenzorg wordt met kleur je leven geschat op 233 euro, de ziekenhuiszorg op 352 euro. Efficiëntie = $233/352 = 66\%$	1. APE E-health en zelfmanagement: een panacee voor arbeidstekorten en kostenoverschrijdingen in de zorg? 2012
Angst en depressie	GGZ	Overige eerstelijnszorg	20%	87%	Door het ontwikkelen en versterken van generalistische Basis GGZ kan een aanzienlijk deel (minimaal 20%) van de patiënten die nu in de tweede lijn wordt geholpen naar de generalistische Basis GGZ verschuiven. Analyse obv gegevens NZa leidt tot efficiëntieverbetering naar 87% kosten. Hierdoor kan een allocatie van GGZ naar overige eerstelijnszorg optreden.	Minimaal 20% van de patiënten die nu in de tweede lijn wordt geholpen kan naar de generalistische Basis GGZ verschuiven. Overheveling = 20%	Analyse obv gegevens NZa leidt tot efficiëntieverbetering naar 87% kosten. Efficiëntie = 87%	1. Hoofdlijnenakkoord GGZ 2. Verantwoordingsdocument Normatief tarief prestaties basis GGZ 2014, NZa 2013
Angst en depressie	Huisartsen	Zelfmanagement	8%	23%	E-health bij depressie: De impact van de Trimbos-scenario's zijn berekend over de gehele kostenbasis van GGZ bij de huisarts. Schaalvoordelen leiden tot veel efficiënter aanbod van e-health (-23,3%). Hierdoor kan een allocatie van huisartsenzorg naar zelfmanagement optreden.	Evidence based zorgaanbod leidt tot inzet e-health bij 50% van patiënten met depressieve gevoelens ('mild depression', 2/3 van diagnosegroep depressie, aaname 25% daarvan mild). Overheveling = $25\% * (2/3) * 50\% = 8\%$	Schaalvoordelen leiden tot veel efficiënter aanbod van e-health (-23,3%). Efficiëntie = 23,3%	1. Strategische verkenning: Op zoek naar een kosteneffectieve Basis GGZ: Scenario's voor zorginnovatie. Trimbos 2011

Hoofd diagnose	Van	Naar	Overheveling	Efficiëntie	Omschrijving pilot/onderzoek	Berekening overheveling	Efficiëntie	Bronnen
Angst en depressie	Huisartsen	Zelfmanagement	17%	32%	E-health bij depressie: De impact van de Trimbo's-scenario's zijn berekend over de gehele kostenbasis van GGZ bij de huisarts. Schaalvoordelen leiden tot veel efficiënter aanbod van e-health (-23,3%). Hierdoor kan een allocatie van huisartsenzorg naar zelfmanagement optreden. Opschaling e-Health met begeleiding (-8,9%). Hierdoor kan een allocatie van huisartsenzorg naar zelfmanagement optreden.	Evidence based zorgaanbod leidt tot inzet e-health bij 50% van patiënten met depressieve gevoelens ('mild depression', 2/3 van diagnosegroep depressie, aannahme 25% daarvan mild). Aannahme dat door opschaling e-health met begeleiding de overheveling verdubbeld. Overheveling = $2 * (25\% * (2/3) * 50\%) = 17\%$	Schaalvoordelen leiden tot veel efficiënter aanbod van e-health (-23,3%). Opschaling e-Health met begeleiding leidt tot extra kosten van -8,9%. Efficiëntie = $23,3\% + 8,9\% = 32\%$	1. Strategische verkenning: Op zoek naar een kosteneffectieve Basis GGZ: Scenario's voor zorginnovatie. Trimbo's 2011
Astma en COPD	Ziekenhuis zorg	Huisartsen	13%	64%	COPD patiënten met geïntegreerde diaseasemanagement kennen 20% minder opnames. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuiszorg naar huisartsenzorg optreden	COPD zorg bedraagt 75 miljoen aan klinische opnames en 40 miljoen aan kosten voor medisch specialisten. Het aantal klinische opnames kan verminderd worden met 20%. Overheveling = $(75 / (75 + 40)) * 20\% = 13\%$	Schatting de kosten voor het ziekenhuis bestaan uit: inkoop (30%), personeel (30%), overhead (20%) kapitaallasten (7%) en 13% honorarium. Aannahme dat inkoop, overhead en kapitaallasten de helft goedkoper kunnen in de eerste lijn. Personeelskosten blijven gelijk. Kostenfactor voor honorarium bedraagt $((3*18)/190) = 10\%$. Huisarts heeft echter nog extra contactmomenten voor de POH. Dit is ongeveer 50% van de inkomsten van de huisarts. Bij tarief dus nog 1,5 extra consulten. Efficiëntie = $30\% * 50\% + 30\% * 80\% + 20\% * 50\% + 7\% * 50\% + 13\% * ((4,5*18)/190) = 64\%$	1. "Avoidable COPD hospitalizations in the Netherlands", E. Elsten, VU Policy and Organization of Health Care, 2013 2. http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/ademhaling/swegen/copd/zorgkosten/ 3. Jaarverslagenanalyse SiRM 4. "Jaarbeeld bouwkosten Zorgsector 2010", TNO Bouw
Astma en COPD	Ziekenhuis zorg	Eerste lijnscentra	9%	34%	Diagnostiek kan grotendeels in eerste lijn gedaan worden. Dat leidt tot minder diagnostische-, vervolg- en parallele DBC's. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuiszorg naar eerste lijnscentra optreden. Aannahme: eerstelijnsdiagnostiek kan plaatsvinden bij de diagnosegroep astma en COPD	De inschatting is dat er 1261 miljoen euro aan substitutie naar eerstelijnsdiagnostiek kan optreden, onder andere door minder diagnostische DBC's en verwijzingen). Daarnaast kan er nog extra substitutie optreden doordat er minder parallele en vervolg DBC's worden verwacht (totaal 125 miljoen euro). De totale omzet van ziekenhuizen bedraagt 16 miljard euro. Overheveling = $(1261 + 125) / 16000 = 9\%$	Er is 598 miljoen aan additionele kosten voor de diagnostiek nodig. Echter, door verschil in kostprijs diagnostiek tussen de eerste en tweede lijn, en concentratie van laboratorium en beeldvormende onderzoek kan treedt er een extra reductie in kosten op van 130 miljoen euro. De besparing in de ziekenhuiszorg bedraagt 1386 (1261 + 125) miljoen euro Efficiëntiewinst = $(598 - 130) / 1386 = 34\%$	1. "Rapportage business case eerste lijnsdiagnostiek", Plexus, 2010 2. "SAN medisch diagnostische centraal zijn cruciaal voor nabije, zinnige en zuinige zorg in de eerste lijn"

Hoofd diagnose	Van	Naar	Overheveling	Efficiëntie	Omschrijving pilot/onderzoek	Berekening overheveling	Efficiëntie	Bronnen
Astma en COPD	Ziekenhuis zorg	Geneesmiddelen	49%	90%	Door inzet van medicatie kan bespaard worden op astma en COPD zorg. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuiszorg naar geneesmiddelen optreden.	De totale kosten aan astma en COPD zorg in ziekenhuizen bedraagt 239 miljoen euro. Volgens Booz kan hier 117,5 miljoen op bespaard worden door overheveling naar medicatie. Overheveling = $117,5 / 239 = 49\%$	Er is 120 miljoen euro extra nodig aan medicatie in de 1e en 2e lijn. Hiervan is 106 miljoen nodig in het ziekenhuis en 14 miljoen bij de huisartsen. De totale besparing bedraagt 117,5 miljoen. Efficiëntie = $106 / 117,5 = 90\%$	1. KNMP 'The potential for pharmaceutical quality services', Booz, 2012 2. Kosten van Ziekten, RIVM 2013
Astma en COPD	Huisartsen	Geneesmiddelen	11%	93%	Door inzet van medicatie kan bespaard worden op astma en COPD zorg. Hierdoor kan een allocatie van huisartsenzorg naar geneesmiddelen optreden.	De totale kosten aan astma en COPD zorg bij huisartsen bedraagt 134 miljoen euro. Volgens Booz kan hier 15 miljoen op bespaard worden door overheveling naar medicatie. Overheveling = $15 / 134 = 11\%$	Er is 120 miljoen euro extra nodig aan medicatie in de 1e en 2e lijn. Hiervan is 106 miljoen nodig in het ziekenhuis en 14 miljoen bij de huisartsen. De totale besparing bedraagt 15 miljoen. Efficiëntie = $14 / 15 = 93\%$	1. KNMP 'The potential for pharmaceutical quality services', Booz, 2012 2. Kosten van Ziekten, RIVM 2013
Astma en COPD	Ziekenhuis zorg	Zelfmanagement	6%	18%	Centura Health at Home (VS) 30-dagen heropname (2 pilots COPD) van 14% naar 7% en 13% naar 3%. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuiszorg naar zelfmanagement optreden.	Aanname: heropnames bij 1 op 11 (9%) van de patiëntengroep. Gemiddelde afname van 2 pilots bij heropname: van 14% naar 7% = $1 - (7\% / 14\%) = 50\%$ overheveling van 13% naar 3% = $1 - (3\% / 13\%) = 75\%$ overheveling Gemiddelde overheveling = 62,5% Overheveling = $62,5\% * 9\% = 6\%$	Deelname aan programma kost 1500 dollar per patiënt. De totale besparing door deelname bedraagt 8.155 dollar per patiënt. Efficiëntie = $1500 / 8155 = 18\%$	1. "Scaling telehealth programs: Lessons from early adopters", The Commonwealth Fund, 2013 2. www.longfonds.nl/hoezijn-heropnames-bij-copd-te-voorkomen#
Astma en COPD	Ziekenhuis zorg	Zelfmanagement	2%	21%	Opstellen van een zelfmanagementplan voor astmapatiënten. Hierin wordt een beschrijving van klachten of waarden van met een peakflow meter vast te stellen maximale ademhalingssnelheid gerelateerd aan een passend type en dosis medicatie. Zelfmanagement bij astmapatiënten leidt tot een gezondheidswinst en tot verminderd zorggebruik, zoals een vermindering van 36% van het aantal ziekenhuisopnamen, 18% minder bezoeken aan de spoedeisende hulp, en 32% minder ongeplande bezoeken aan een dokter. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuiszorg naar zelfmanagement optreden.	Het onderzoek gaat ervan uit dat in de huidige situatie 40% van de Nederlandse astmapatiënten zelfmanagement toepast. Een stijging naar 70% zelfmanagers levert een jaarlijkse bruto besparing op van 6,9 mln. euro. Totale kosten astma en COPD in ziekenhuis bedraagt 287 miljoen euro. Overheveling = $6,9 / 287 = 2\%$	Het onderzoek hanteert we een gemiddeld tarief van 1.200 euro per opnamedag. De gemiddelde kosten per patiënt van internettherapie bedraagt 254 per patiënt. Efficiëntie = $254 / 1.200 = 21\%$	1. APE E-health en zelfmanagement: een panacee voor arbeidstekorten en kostenoverschrijdingen in de zorg? 2012 2. Kosten van ziekten, RIVM 2013

Hoofd diagnose	Van	Naar	Overheveling	Efficiëntie	Omschrijving pilot/onderzoek	Berekening overheveling	Efficiëntie	Bronnen
Astma en COPD	Ziekenhuis zorg	Wijkverpleging	6%	26%	Overzichtsstudie vindt in 2 van de 3 studies een significante reductie in ongeplande opnames en afname van verblijfsduur opname door casemanagement van 20% - 40%. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuiszorg naar wijkverpleging optreden.	60% van ziekenhuiskosten voor kwetsbare ouderen bestaat uit opnames. Van de 60% kan een afname plaatsvinden van 30% (gemiddelde van 20% en 40%). Kwetsbare ouderen bestaat naar schatting voor 34% diabetes, 35% uit hartfalen en 31% astma en COPD (respectievelijk 577, 600 en 524 miljoen euro voor 75+). Totaal kosten diabetes is 1689, hartfalen is 940 miljoen en astma en COPD is 1525. In de diagnose COPD zijn 35% ouderen (524/1525). Overheveling binnen diagnose = 60% * 30% * 35% = 6%	Inschatting gemiddelde kosten per ziekenhuisopname voor oudere patiënt 75+ = 13.000 euro. Inschatting wijkverpleging 1 uur per ontslag extra bezig tegen een tarief van 1 euro per uur. Daarna wordt er thuiszorg geleverd. Gemiddeld besteedt thuiszorg 23,2 uur per maand voor 48,47 euro per uur. Aanname extra thuiszorg voor 3 maanden. Efficiëntie = $((60 * 1) + (3 * 23,2 * 48,47)) / 13000 = 26\%$	1. Systematische review van in ziekenhuis geïnitieerd casemanagement kwetsbare ouderen. Family practice, 2013 2. Kosten van ziekten, RIVM 2013 3. Grote variatie in de kosten van thuiszorg. Zorgvisie januari 2015
Astma en COPD	Ziekenhuis zorg	Wijkverpleging	7%	31%	Telemonitoring bij COPD. Evaluatie van initiatief concludeert dat risico op ziekenhuisopname 33% lager is door telemonitoring. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuiszorg naar wijkverpleging optreden.	Evaluatie van initiatief concludeert dat risico op ziekenhuisopname 33% lager is door telemonitoring. Opnames vormen ongeveer 2/3 van totale ziekenhuiskosten voor COPD. Binnen COPD zijn er naar schatting 34% kwetsbare ouderen (totaal 1525, voor 75+ 524 miljoen). Overheveling = $(2/3) * 33\% * 34\% = 5\%$	Inschatting extra kosten wijkverpleging voor coördinatie van zorg: 1 uur per kwartaal overleg tussen wijkverpleegkundige (€0,80 euro per minuut) en gespecialiseerd verpleegkundige (€1 euro per minuut) voor bespreking. Inschatting DBC kosten = 1382 oudere patiënt. Efficiëntie = $(60 * (0,80 + 1) * 4) / 1382 = 31\%$	1. Pedone et al. (2013). Efficacy of multiparametric telemonitoring on respiratory outcomes in elderly people with COPD: a randomized controlled trial 2. Kosten van ziekten, RIVM 2013
Astma en COPD	Ziekenhuis zorg	Wijkverpleging	3%	31%	Disease management COPD. Ziekenhuisopname of SEH-bezoek (alle oorzaken) 46% voor controlegroep en 33% voor interventiegroep. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuiszorg naar wijkverpleging optreden.	Ziekenhuisopname of SEH-bezoek (alle oorzaken) 46% voor controlegroep en 33% voor interventiegroep. Opnames vormen ongeveer 2/3 van totale ziekenhuiskosten voor COPD. Binnen COPD zijn er naar schatting 34% kwetsbare ouderen (totaal 1525, voor 75+ 524 miljoen). Overheveling = $34\% * (2/3) * (46\% - 33\%) = 3\%$	Inschatting extra kosten wijkverpleging voor coördinatie van zorg: 1 uur per kwartaal overleg tussen wijkverpleegkundige (€0,80 euro per minuut) en gespecialiseerd verpleegkundige (€1 euro per minuut) voor bespreking. Inschatting DBC kosten = 1382 oudere patiënt. Efficiëntie = $(60 * (0,80 + 1) * 4) / 1382 = 31\%$	1. Rice et al. (2010). Disease Management Program for Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Randomized Controlled Trial. 2. Kosten van ziekten, RIVM 2013

Hoofd diagnose	Van	Naar	Overheveling	Efficiëntie	Omschrijving pilot/onderzoek	Berekening overheveling	Efficiëntie	Bronnen
Bewegingsstelsel	Ziekenhuis zorg	Fysiotherapie	2%	62%	Een deel van de zorg voor bewegingsstelsel kan worden overgeheveld naar fysiotherapie. In geval van osteoporose kan zelfs 39% van de valincidenten voorkomen, wat resulteert in minder huisartsenkosten. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuiszorg naar fysiotherapie optreden.	39% van de valincidenten bij osteoporose kan voorkomen worden. Er 8.628 dagopnames (aanneمة dat dit de valpartijen zijn) en 29.290 klinische dagopnames (opname voor langere tijd, totaal 3.014 langdurige opnames). Van de kosten van osteoporose gaat 58% naar hulp en geneesmiddelen, 20% naar ziekenhuiszorg, 10% naar ouderenzorg en 9% naar 1e lijnszorg. Overheveling = $(8628 / 29290) * 39% * 20% = 2%$	Schatting de kosten voor het ziekenhuis bestaan uit: inkoop (30%), personeel (30%), overhead (20%) kapitaallasten (7%) en 13% honorarium. Aanneمة dat inkoop, overhead en kapitaallasten de helft goedkoper kunnen in de eerste lijn. Personeelskosten blijven gelijk. Kostenfactor voor honorarium bedraagt $((3*18)/190) = 10%$. Efficiëntie = $30% * 50% + 30% * 80% + 20% * 50% + 7% * 50% + 13% * ((3*18)/190) = 64%$	<ol style="list-style-type: none"> 1. KNGF. De fysiotherapeut als partner. 2012 2. Jaarverslagenanalyse SiRM 3. "Jaarbeeld bouwkosten Zorgsector 2010", TNO Bouw
Bewegingsstelsel	Ziekenhuis zorg	Huisartsen	4%	4%	Op basis van projectervaring SiRM. Door een meekijkconsult kan een deel van de doorverwijzingen voor artrose voorkomen worden. Het gaat hier om de conservatieve DBC's. De niet-conservatieve DBC blijven in het ziekenhuis. Een deel van de patiënten met een meekijkconsult wordt alsnog behandeld in de 2e lijn. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuiszorg naar huisartsenzorg optreden.	Een deel van de patiënten met artrose kan met een meekijkconsult behandeld worden. Inschatting is dat er 4% van de ziekenhuiskosten bespaart kan worden op deze manier. Overheveling = 4%	De extra huisartsenzorg (extra consult voor meekijkconsult en extra behandelingen door overname patiënten) kan met een efficiëntiewinst van 4% (verhouding tussen wat weggaat uit ziekenhuis en extra kosten huisarts) geboden worden. Efficiëntie = 4%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Projectervaring SiRM 2. www.opendisdata.nl

Hoofd diagnose	Van	Naar	Overheveling	Efficiëntie	Omschrijving pilot/onderzoek	Berekening overheveling	Efficiëntie	Bronnen
Bewegingsstelsel	Ziekenhuiszorg	Huisartsen	3%	15%	Uit onderzoek blijkt dat ongeveer de helft van de patiënten van 50 jaar en ouder met een fractuur een sterk verhoogd fractuurrisico heeft. Daarom wordt bij deze patiënten kort na het ontstaan van de fractuur onderzoek gedaan naar de botsterkte op de osteoporose polikliniek van het ziekenhuis. Dit onderzoek kan ook door de huisarts worden gedaan en dat willen de huisartsen ook. Begin dit jaar is in het gebied van het Medisch Spectrum Twente (MST) de pilot 'Zorgprogramma Osteoporose en fractuurpreventie' van start gegaan. Patiënten van 50 jaar en ouder van de zestien deelnemende praktijken worden na fractuurbehandeling op de Spoedeisende hulp terugverwezen naar de huisarts voor screening en eventuele behandeling. Zij krijgen geen afspraak meer op de osteoporose polikliniek van het ziekenhuis. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuiszorg naar huisartsenzorg optreden.	Totale kosten van osteoporose bedraagt 159 miljoen euro. Hiervan is 20% ziekenhuiszorg (20% * 159 miljoen = 31,6 miljoen). Aanname dat er substitutie mogelijk is bij de 'makkelijke' patiënten: (838/85%; opendisdata 2014 voor 85% gevuld) x DBC 131999174 1 of 2 polikliniekbezoeken bij botontkalking met gemiddelde prijs 265 euro, (1228/85%) * DBC 131999067 Onderzoek(en) of behandeling tijdens een polikliniekbezoek of dagbehandeling bij botontkalking met gemiddelde prijs 445. Overheveling = ((838/85%) * 265) + ((1228/85%) * 445) / 31.600.000 = 3%	Gewogen gemiddelde DBC kosten polikliniekbezoek osteoporose = 372 euro. Aanname dat extra kosten voor huisarts 1 extra consult a 18 euro en voor eventuele behandeling 2 extra consulten a 18 euro bedragen. Efficiëntie = (3*18) / 372 = 15%	1. http://zorgenz.nl/nieuws/osteoporose-na-fractuurbehandeling-naar-de-huisarts/ 2. https://www.menzis.nl/zorgaanbieders/zorginkoop/focus-op-de-regio/regio-oost/nieuws-uit-de-regio-oost/nieuwsbrief%20december%202015/erste-bevindingen-zorgprogramma-osteoporose 3. http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/bewegingsstelsel-en-bindweefsel/osteoporose/omvang/ 4. www.opendisdata.nl
Bewegingsstelsel	Ziekenhuiszorg	Fysiotherapie	10%	25%	Better in Better out. Door 'Better in, Better out'-zorg herstellen patiënten klinisch functioneel sneller, omdat ze fitter de operatie ingaan, wat de zelfredzaamheid en actieve participatie in de thuis- en leefsituatie postoperatief versnelt en vergroot. In geval van 'Better in, Better out'-zorg zijn de gemiddelde ziekenhuiszorgkosten per patiënt die een THA/TKA-operatie ondergaat lager dan bij reguliere zorg, vanwege de verkorte postoperatieve ligduur en een geringer aantal postoperatieve revalidatieopnames.	Na landelijke invoering van 'Better in, Better out'-zorg voor THA- en TKA-patiënten belooft, bij de huidige stand van zaken, de verwachte jaarlijkse kostenreductie €45 tot €77 miljoen. Op jaarbasis is dat €861 tot €1472 euro per patiënt. Door de voorziene groei in het aantal THA- en TKA-patiënten in de komende jaren, wordt verwacht dat in 2020 de jaarlijkse kostenreductie is opgelopen naar €82 miljoen en in 2040 naar €109 miljoen Totale besparing= gemiddelde(45;77) miljoen = 61 miljoen Totale kosten artrose = 588,8 miljoen Overheveling = 61/588,8 = 10%	In het geval van 'Better in, Better out'-zorg is het aandeel fysiotherapie per THA/TKA-patiënt groter dan bij reguliere zorg. De gemiddelde jaarlijkse extra zorginzet voor fysiotherapie is berekend op €15 miljoen. Efficiëntie = 15 / (gemiddelde (45;77)) = 25%	1. Advies aan fysiotherapeuten: 'Better in, Better out' bij totale heup- en knieoperaties. 2012 KNGF, TNO, CBO, NPI 2. Kostenvanziekten.nl

Hoofd diagnose	Van	Naar	Overheveling	Efficiëntie	Omschrijving pilot/onderzoek	Berekening overheveling	Efficiëntie	Bronnen
Chronisch - specialistisch	Ziekenhuis zorg	Eerste lijnscentra	7%	66%	Uit een gerandomiseerde gecontroleerde trial blijkt dat afstemming van de zorg via het Parkinson Net tot gelijke gezondheidsuitkomsten en tot kostenbesparing (verschil in € 727 totale zorgkosten per 24 weken) leidt. Patiënten die behandeld worden via het Parkinson Net krijgen meer fysiotherapie, maar hebben minder vaak dagbehandeling nodig en worden minder vaak in ziekenhuizen opgenomen. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuiszorg naar eerste lijnscentra optreden.	De totale kostenbesparing als gevolg van Parkinson Net kan op basis van de verschillen in zorgkosten (Zvw) tussen regio's met en zonder Parkinson Net geschat worden op 15 tot 20 miljoen euro per jaar. De totale kosten voor Parkinson in het ziekenhuis bedraagt 267 miljoen euro. Overheveling = $17,50/267 = 7\%$	Doorvoering van Parkinson Net levert een netto besparing op van ongeveer 500 euro per patiënt. De besparing in het ziekenhuis bedraagt $727 * 2$ (volledig jaar) = 1.454 Efficiëntie = $(1.454 - 500) / 1454 = 66\%$	1. KPMG Plexus. Onderzoek naar de meerwaarde van Parkinson Net. Oktober 2011 2. APE E-health en zelfmanagement: een panacee voor arbeidstekorten en kostenoverschrijdingen in de zorg? 2012
Chronische cardio	Ziekenhuis zorg	Geneesmiddelen	16%	30%	Door inzet van medicatie kan bespaard worden op CVRM zorg. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuiszorg naar geneesmiddelen optreden.	De totale kosten aan CVRM zorg in ziekenhuizen bedraagt 1237 miljoen euro. Volgens Booz kan hier 200 miljoen op bespaard worden door overheveling naar medicatie. Overheveling = $(200/1237) = 16\%$	Er is 70 miljoen euro extra nodig aan medicatie in de 1e en 2e lijn. Hiervan is 60 miljoen nodig in het ziekenhuis en 10 miljoen bij de huisartsen. De totale besparing bedraagt 200 miljoen. Efficiëntie = $60 / 200 = 30\%$	1. KNMP 'The potential for pharmaceutical quality services', Booz, 2012 2. Kosten van Ziekten, RIVM 2013
Chronische cardio	Huisartsen	Geneesmiddelen	15%	29%	Door inzet van medicatie kan bespaard worden op CVRM zorg. Hierdoor kan een allocatie van huisartsenzorg naar geneesmiddelen optreden.	De totale kosten aan CVRM zorg bij huisartsen bedraagt 228 miljoen euro. Volgens Booz kan hier 35 miljoen op bespaard worden door overheveling naar medicatie. Overheveling = $35 / 228 = 15\%$	Er is 70 miljoen euro extra nodig aan medicatie in de 1e en 2e lijn. Hiervan is 60 miljoen nodig in het ziekenhuis en 10 miljoen bij de huisartsen. De totale besparing bedraagt 35 miljoen. Efficiëntie = $10/35 = 29\%$	1. KNMP 'The potential for pharmaceutical quality services', Booz, 2012 2. Kosten van Ziekten, RIVM 2013
Chronische cardio	Ziekenhuis zorg	Huisartsen	24%	75%	Er wordt nog weinig CVRM zorg geleverd door de huisarts. Gestructureerde CVRM zorg wordt alleen nog maar bij geïntegreerde eerstelijnscentra geleverd. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuis naar huisartsenzorg optreden.	Aanname dat nog bij 80% van de ziekenhuizen 30% van de CVRM zorg kan worden verplaatst. Overheveling = $80\% * 30\% = 24\%$	Aanname dat kostenfactor huisartsen laag is, omdat zorg door praktijkverpleegkundige geleverd gelijke of betere resultaten geeft. Efficiëntie = 75%	1. "Monitoring integrale bekostiging zorg voor chronische zieken - 2e rapportage", Evaluatiecommissie, 2012. 2. Voogd-Pruis et al. "CVRM door een praktijkverpleegkundige is effectief", Huisarts en wetenschap, 2010

Hoofd diagnose	Van	Naar	Overheveling	Efficiëntie	Omschrijving pilot/onderzoek	Berekening overheveling	Efficiëntie	Bronnen
Chronische cardio	Ziekenhuis zorg	Eerste lijnscentra	9%	68%	Diagnostiek kan grotendeels in eerste lijn gedaan worden. Dat leidt tot minder diagnostische-, vervolg- en parallelle DBC's. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuiszorg naar eerste lijnscentra optreden. Aanname: eerstelijnsdiagnostiek kan plaatsvinden bij de diagnosegroep astma en COPD	De inschatting is dat er 1261 miljoen euro aan substitutie naar eerstelijnsdiagnostiek kan optreden, onder andere door minder diagnostische DBC's en verwijzingen). Daarnaast kan er nog extra substitutie optreden doordat er minder parallelle en vervolg DBC's worden verwacht (totaal 125 miljoen euro). De totale omzet van ziekenhuizen bedraagt 16 miljard euro. Overheveling = $(1261 + 125) / 16000 = 9\%$	Er is 598 miljoen aan additionele kosten voor de diagnostiek nodig. Echter, door verschil in kostprijs diagnostiek tussen de eerste en tweedelij, en concentratie van laboratorium en beeldvormende onderzoek kan treedt er een extra reductie in kosten op van 130 miljoen euro. De besparing in de ziekenhuiszorg bedraagt 1386 (1261 + 125) miljoen euro Efficiëntiewinst = $(598 - 130) / 1386 = 34\%$	1. "Rapportage business case eerste lijnsdiagnostiek", Plexus, 2010 2. "SAN medisch diagnostische centra zijn cruciaal voor nabije, zinnige en zuinige zorg in de eerste lijn"
Chronische cardio	Ziekenhuis zorg	Zelfmanagement	17%	16%	Pilot met telemonitoring in de VS: Partners Center for Connected Health (VS), Connected Cardiac Care Program, home telemonitoring and education leidde tot 51% minder hart gerelateerde heropnames. Centura Health at Home (VS) 30-dagen heropname (2 pilots) van 14% naar 4% en 18% naar 10%. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuis naar zelfmanagement optreden.	Aanname dat 30-50% wordt heropgenomen tegen 75% van kosten eerste opname (zwaardere gevallen alsnog naar ziekenhuis). Gemiddelde van afname: $(14\%-4\%)/14\%$ en $(18\%-10\%)/18\% = 58\%$ $58\% * 75\% * 40\% = 17,4\%$	Deelname aan programma kost 1500 dollar per patiënt. De totale besparing door deelname bedraagt 9655 dollar per patiënt. Efficiëntie = $1500/9655 = 16\%$	1. "Scaling telehealth programs: Lessons from early adopters", The Commonwealth Fund, 2013, 2. Cardiovasculaire Geneeskunde - www.cvgk.nl , 2013
Chronische cardio	Ziekenhuis zorg	Huisartsen	8%	16%	Op basis van projectervaring SiRM. Door een meekijkconsult kan een deel van de doorverwijzingen voor hartfalen voorkomen worden. Het gaat hier om de conservatieve DBC's. De niet-conservatieve DBC blijven in het ziekenhuis. Een deel van de patiënten met een meekijkconsult wordt alsnog behandeld in de 2e lijn. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuiszorg naar huisartsenzorg optreden.	Een deel van de patiënten met hartfalen kan met een meekijkconsult behandeld worden. Inschatting is dat er 8% van de ziekenhuiskosten bespaart kan worden op deze manier. Overheveling = 8%	De extra huisartsenzorg (extra consult voor meekijkconsult en extra behandelingen door overname patiënten) kan met een efficiëntiewinst van 16% (verhouding tussen wat weggaat uit ziekenhuis en extra kosten huisarts) geboden worden. Efficiëntie = 16%	1. Projectervaring SiRM 2. www.opendisdata.nl
Chronische cardio	Ziekenhuis zorg	Zelfmanagement	17%	16%	Partners Center for Connected Health (VS), Connected Cardiac Care Program, home telemonitoring and education leidde tot 51% minder hart gerelateerde heropnames. Centura Health at Home (VS) 30-dagen heropname (2 pilots) van 14% naar 4% en 18% naar 10%. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuiszorg naar zelfmanagement optreden.	Aanname dat 30-50% wordt heropgenomen tegen 75% van kosten eerste opname (zwaardere gevallen alsnog naar ziekenhuis). Centura Health at Home (VS) 30-dagen heropname (2 pilots) van 14% naar 4% en 18% naar 10%. Gemiddelde van afname van $(14\%-4\%)/14\%$ en $(18\%-10\%)/18\% = 58\%$ Overheveling = $58\% * 75\% * 40\% = 17\%$	Deelname aan programma kost 1500 dollar per patiënt. De totale besparing door deelname bedraagt 9.655 dollar per patiënt. Efficiëntie = $1500 / 9655 = 16\%$	1. "Scaling telehealth programs: Lessons from early adopters", The Commonwealth Fund, 2013,

Hoofd diagnose	Van	Naar	Overheveling	Efficiëntie	Omschrijving pilot/onderzoek	Berekening overheveling	Efficiëntie	Bronnen
Chronische cardio	Ziekenhuis zorg	Zelfmanagement	14%	10%	Tele-monitoring levert besparingen op in de tweede lijn. 20% van de ziekenhuisopnames van hartfalen kan voorkomen worden. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuiszorg naar zelfmanagement optreden.	20% van de ziekenhuisopnames van hartfalen kan voorkomen worden. Aanname dat 70% van ziekenhuiskosten gerelateerd aan opnames. Overheveling = 70% * 20% = 14%	Aanname voor kosten telemonitoring 10%. Efficiëntie = 10%	1. Clark et al: "Telemonitoring or structured telephone support programmes for patients with chronic heart failure: systematic review and meta-analysis", 2007
Chronische cardio	Ziekenhuis zorg	Wijkverpleging	12%	26%	Overzichtsstudie vindt in 2 van de 3 studies een significante reductie in ongeplande opnames en afname van verblijfsduur opname door casemanagement van 20% - 40%. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuiszorg naar wijkverpleging optreden.	60% van ziekenhuiskosten voor kwetsbare ouderen bestaat uit opnames. Van de 60% kan een afname plaatsvinden van 30% (gemiddelde van 20% en 40%). Kwetsbare ouderen bestaat naar schatting voor 34% diabetes, 35% uit hartfalen en 31% astma en COPD (respectievelijk 577, 600 en 524 miljoen euro voor 75+). Totaal kosten diabetes is 1689, hartfalen is 940 miljoen en astma en COPD is 1525. In de diagnose hartfalen zijn 64% ouderen (600/940). Overheveling binnen diagnose = 60% * 30% * 64% = 12%	Inschatting gemiddelde kosten per ziekenhuisopname voor oudere patiënt 75+ = 13.000 euro. Inschatting wijkverpleging 1 uur per ontslag extra bezig tegen een tarief van 1 euro per uur. Daarna wordt er thuiszorg geleverd. Gemiddeld besteedt thuiszorg 23,2 uur per maand voor 48,47 euro per uur. Aanname extra thuiszorg voor 3 maanden. Efficiëntie = $((60 * 1) + (3 * 23,2 * 48,47)) / 13000 = 26\%$	1. Systematische review van in ziekenhuis geïnitieerd casemanagement kwetsbare ouderen. Family practice, 2013 2. Kosten van ziekten, RIVM 2013 3. Grote variatie in de kosten van thuiszorg. Zorgvisie januari 2015
Chronische cardio	Ziekenhuis zorg	Huisartsen	45%	36%	Door tele/video consultatie 56% minder verwijzingen naar de cardioloog. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuiszorg naar huisartsenzorg optreden.	56% minder doorverwijzingen naar cardioloog. Gaan uit dat dit alleen bij chronisch hartfalen kan en niet bij acuut hartfalen. Verhouding aantal geopende DBC's acuut/chronisch in 2013 = 16204/81787 = 20%/80%. Overheveling = 56% * 80% = 45%	Kosten voor een meekijkconsult bedragen: voor de huisarts 1 consult a 18 euro, voor de medisch specialist 90 euro. Aanname lichtere DBC's niet meer naar ziekenhuis. 2 099899066: 1 of 2 polikliniekbezoeken bij chronisch hartfalen. 32.352 patiënten met gemiddelde prijs € 240,0. Aanname dat een behandeling bij de huisarts 2 extra consulten kost. Efficiëntie = $(3 * 18) / (240 - 90) = 36\%$	1. Inventarisatie samenwerkingsvormen eerste en tweede lijn. ROS netwerk 2016 2. Meekijkconsult: iedereen tevreden én geld over. Medisch contact 2015 3. www.opendisdata.nl
Dementie	Ziekenhuis zorg	Wijkverpleging	16%	53%	Door casemanagement van wijkverpleegkundige bij patiënten met dementie kan een afname van ziekenhuisopnames bewerkstelligd worden. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuis naar wijkverpleging optreden.	Voor/ na studie laat 16% afname van ziekenhuisopnames per jaar zien	Aanname extra kosten wijkverpleging per cliënt met dementie > 75 jaar voor coördinatie van zorg: 20 minuten per week tijd wijkverpleegkundige voor een tarief van €0,80 euro per minuut. Totale kosten dementie in ziekenhuis bedraagt 81,3 miljoen. In 2011 51.900 personen met dementie.	1. Peeters, et al (2012). Landelijke evaluatie van casemanagement dementie (NIVEL) 2. Kosten van Ziekten, RIVM 2013 3. www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-

Hoofd diagnose	Van	Naar	Overheveling	Efficiëntie	Omschrijving pilot/onderzoek	Berekening overheveling	Efficiëntie	Bronnen
							Efficiëntie = $(20 * 52 * 0,80) / (81.300.000 / 51.900) = 53\%$	ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische stoornissen/dementie/omvang/
Diabetes	Ziekenhuis zorg	Huisartsen	5%	64%	80% tot 90% van huisartsen levert al gestructureerde diabeteszorg. Echter, er is nog weinig vermindering in de ziekenhuizen. Aanname dat nog bij 15% van de ziekenhuizen alsnog 30% van de zorg kan worden verplaatst. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuiszorg naar huisartsenzorg optreden.	Bij 15% van de ziekenhuiszorg kan nog 30% substitutie optreden Overheveling = $15\% * 30\% = 5\%$	Schatting de kosten voor het ziekenhuis bestaan uit: inkoop (30%), personeel (30%), overhead (20%) kapitaallasten (7%) en 13% honorarium. Aanname dat inkoop, overhead en kapitaallasten de helft goedkoper kunnen in de eerste lijn. Personeelskosten blijven gelijk. Kostenfactor voor honorarium bedraagt $((3*18)/190) = 10\%$. Huisarts heeft echter nog extra contactmomenten voor de POH. Dit is ongeveer 50% van de inkomsten van de huisarts. Bij tarief dus nog 1,5 extra consulten. Efficiëntie = $30\% * 50\% + 30\% * 80\% + 20\% * 50\% + 7\% * 50\% + 13\% * ((4,5*18)/190) = 64\%$	1. "Drie jaar integrale bekostiging van diabeteszorg", Nivel, 2012 2. Jaarverslagenanalyse SIRM 3. "Jaarbeeld bouwkosten Zorgsector 2010", TNO Bouw
Diabetes	Ziekenhuis zorg	Eerste lijnscentra	9%	34%	Diagnostiek kan grotendeels in eerste lijn gedaan worden. Dat leidt tot minder diagnostische-, vervolg- en parallele DBC's. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuiszorg naar eerste lijnscentra optreden. Aanname: eerstelijnsdiagnostiek kan plaatsvinden bij de diagnosegroep diabetes	De inschatting is dat er 1261 miljoen euro aan substitutie naar eerstelijnsdiagnostiek kan optreden, onder andere door minder diagnostische DBC's en verwijzingen). Daarnaast kan er nog extra substitutie optreden doordat er minder parallele en vervolg DBC's worden verwacht (totaal 125 miljoen euro). De totale omzet van ziekenhuizen bedraagt 16 miljard euro. Overheveling = $(1261 + 125) / 16000 = 9\%$	Er is 598 miljoen aan additionele kosten voor de diagnostiek nodig. Echter, door verschil in kostprijs diagnostiek tussen de eerste en tweedelij, en concentratie van laboratorium en beeldvormende onderzoek kan treedt er een extra reductie in kosten op van 130 miljoen euro. De besparing in de ziekenhuiszorg bedraagt 1386 (1261 + 125) miljoen euro Efficiëntiewinst = $(598 - 130) / 1386 = 34\%$	1. "Rapportage business case eerste lijnsdiagnostiek", Plexus, 2010 2. "SAN medisch diagnostische centra zijn cruciaal voor nabije, zinnige en zuinige zorg in de eerste lijn" 3. Ineen, transparantie ketenzorg diabetes mellitus, COPD en VRM Rapportage zorggroepen. 2013.

Hoofd diagnose	Van	Naar	Overheveling	Efficiëntie	Omschrijving pilot/onderzoek	Berekening overheveling	Efficiëntie	Bronnen
Diabetes	Ziekenhuis zorg	Geneesmiddelen	41%	16%	Door inzet van medicatie kan bespaard worden op diabeteszorg. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuiszorg naar geneesmiddelen optreden.	De totale kosten aan diabeteszorg in ziekenhuizen bedraagt 123 miljoen euro. Volgens Booz kan hier 50 miljoen op bespaard worden door overheveling naar medicatie. Overheveling = $(50/123) = 41\%$	Er is 10 miljoen euro extra nodig aan medicatie in de 1e en 2e lijn. Hiervan is 8 miljoen nodig in het ziekenhuis en 2 miljoen bij de huisartsen. De totale besparing bedraagt 50 miljoen. Efficiëntie = $8/50 = 16\%$	1. KNMP 'The potential for pharmaceutical quality services', Booz, 2012 2. Kosten van Ziekten, RIVM 2013
Diabetes	Huisartsen	Geneesmiddelen	11%	13%	Door inzet van medicatie kan bespaard worden op diabeteszorg. Hierdoor kan een allocatie van huisartsenzorg naar geneesmiddelen optreden.	De totale kosten aan diabeteszorg bij huisartsen bedraagt 134 miljoen euro. Volgens Booz kan hier 15 miljoen op bespaard worden door overheveling naar medicatie. Overheveling = $15/134 = 11\%$	Er is 10 miljoen euro extra nodig aan medicatie in de 1e en 2e lijn. Hiervan is 8 miljoen nodig in het ziekenhuis en 2 miljoen bij de huisartsen. De totale besparing bedraagt 15 miljoen. Efficiëntie = $2/15 = 13\%$	1. KNMP 'The potential for pharmaceutical quality services', Booz, 2012 2. Kosten van Ziekten, RIVM 2013
Diabetes	Ziekenhuis zorg	Zelfmanagement	4%	50%	Inzet van electronic health record (EHR) bij diabetespatiënten reduceert SEH bezoek en opnames met beiden 5%. Samen bedragen de bezoeken en opnames ongeveer 75% van de ziekenhuiskosten. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuiszorg naar zelfmanagement optreden.	Bij 75% van de ziekenhuiszorg (bezoeken en opnames) kan 5% substitutie optreden. Overheveling = $75\% * 5\% = 4\%$	Aanname is dat zelfmanagement een kostenfactor van 50% heeft. Efficiëntie = 50%	1. "Implementation of an outpatient electronic health record and emergency department visits, hospitalizations, and office visits among patients with diabetes", M. Reed et al, JAMA, 2013, 310, "Acute zorg", TG en SiRM, 2013
Diabetes	Ziekenhuis zorg	Zelfmanagement	20%	58%	Door de Veterans Health Administration pilot met cure coördinatie/ home health program is er een afname van 20% in het aantal ligdagen. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuiszorg naar zelfmanagement optreden.	Er is een afname van 20% in het aantal ligdagen. Overheveling = 20%	De kosten bedragen 1.231 euro per deelnemer. Totaal is de omzet voor diabeteszorg in ziekenhuis 123 miljoen euro. In 2010 waren er 11.638 opnames voor diabeteszorg in Nederland. Efficiëntie = $(1231 * 11.638) / (20\% * 123.000.000) = 58\%$	1. "Scaling telehealth programs: Lessons from early adopters", The Commonwealth Fund, 2013 2. Kosten van Ziekten, RIVM 2013 3. www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/endocriene-voedings-en-stofwisselingsziekten-en-immuniteitsstoornissen/diabetes-mellitus/diabetes-mellitus-effectiviteit-kosten-en-gebruik-van-preventie-en-zorg/

Hoofd diagnose	Van	Naar	Overheveling	Efficiëntie	Omschrijving pilot/onderzoek	Berekening overheveling	Efficiëntie	Bronnen
Diabetes	Ziekenhuis zorg	Zelfmanagement	8%	18%	Centura Health at Home (VS) 30-dagen heropname (2 pilots diabeteszorg) van 15% naar 0% en van 10% naar 0%. Het gebruik heropnames daalde naar 20%. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuiszorg naar zelfmanagement optreden.	Aanname is dat heropnames 10% van de kosten voor de patiëntengroep zijn. Bij 10% van de ziekenhuiskosten kan 80% (= 1-20%) substitutie optreden Overheveling = 10% * 80% = 8%	Deelname aan programma kost 1500 dollar per patiënt. De totale besparing door deelname bedraagt 8.155 dollar per patiënt. Efficiëntie = 1500/ 8155 = 18%	1. "Scaling telehealth programs: Lessons from early adopters", The Commonwealth Fund, 2013
Diabetes	Ziekenhuis zorg	Wijkverpleging	6%	26%	Overzichtsstudie vindt in 2 van de 3 studies een significante reductie in ongeplande opnames en afname van verblijfsduur opname door casemanagement van 20% - 40%. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuiszorg naar wijkverpleging optreden.	60% van ziekenhuiskosten voor kwetsbare ouderen bestaat uit opnames. Van de 60% kan een afname plaatsvinden van 30% (gemiddelde van 20% en 40%). Kwetsbare ouderen bestaat naar schatting voor 34% diabetes, 35% uit hartfalen en 31% astma en COPD (respectievelijk 577, 600 en 524 miljoen euro voor 75+). Totaal kosten diabetes is 1689, hartfalen is 940 miljoen en astma en COPD is 1525. In de diagnose diabetes zijn 34% ouderen (577/ 1689). Overheveling binnen diagnose = 60% * 30% * 34% = 6%	Inschatting gemiddelde kosten per ziekenhuisopname voor oudere patiënt 75+ = 13.000 euro. Inschatting wijkverpleging 1 uur per ontslag extra bezig tegen een tarief van 1 euro per uur. Daarna wordt er thuiszorg geleverd. Gemiddeld besteedt thuiszorg 23,2 uur per maand voor 48,47 euro per uur. Aanname extra thuiszorg voor 3 maanden. Efficiëntie = ((60 * 1) + (3*23,2 * 48,47))/ 13000 = 26%	1. Systematische review van in ziekenhuis geïnitieerd casemanagement kwetsbare ouderen. Family practice, 2013 2. Kosten van ziekten, RIVM 2013 3. Grote variatie in de kosten van thuiszorg. Zorgvisie januari 2015
Geboortezorg	Ziekenhuis zorg	Eerste lijnscentra	1%	27%	Laboratoriumonderzoek voor vrouwen met suikercontroles kan ook in de eerstelijns in plaats van in het ziekenhuis uitgevoerd worden. Volgens het onderzoek kan dit leiden tot een kostenbesparing van € 3,4 miljoen euro. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuiszorg naar eerste lijnscentra optreden.	Kosten onderzoek in tweedelijns € 198,08. Aantal zwangere vrouwen per jaar: 175.000 (CBS), waarvan 15% suikercontroles in de tweedelijns. Aanname is dat 90% van deze controles in de eerste lijn gedaan kan worden. De totale kosten zwangerschap in ziekenhuizen bedraagt 365 miljoen euro. Overheveling = (175.000*15%* 90% * 198,08)/ 365.000.000 = 1,3%	Kosten onderzoek in eerstelijns € 54,28, kosten onderzoek in tweedelijns € 198,08. Efficiëntie = 54,28/ 198,08 = 27%	1. Maatschappelijke businesscase geboortezorg Doelmatige geboortezorg kan juni 2014 2. Kosten van Ziekten, RIVM 2013
Geboortezorg	Ziekenhuis zorg	Verloskundigen	4%	37%	Bij integrale zorg is er sprake van een geoptimaliseerde samenwerking waarbij een zwangere niet vanuit of de eerste of de tweede lijn wordt begeleid, maar vanuit één organisatiemodel waarin de verschillende verloskundige professionals gezamenlijk en zoveel als mogelijk op basis van gelijkwaardigheid optrekken vanuit een gezamenlijke visie en eensluidende uitvoeringsprotocollen. Er vindt daardoor, via	Gynaecologen begeleiden ongeveer 20.000 vrouwen per jaar minder tijdens de gehele zwangerschap, bevalling en kraamperiode. Tijdens de baring wordt een deel terecht doorverwezen, schatting is dat 17.000 vrouwen ook bij de verloskundige kunnen baren. Hierdoor treedt een besparing van 30 miljoen bij de gynaecoloog op. De totale kosten bevalling in ziekenhuizen	Door de verschuiving van zorg is 11 miljoen extra nodig aan verloskundige zorg. De totale besparing bedraagt 30 miljoen. Efficiëntie = 11/ 30 = 37%	1. Naar een nieuwe balans in de geboortezorg: Strategische verkenning van optimalisatiemogelijkheden van de verloskundige zorg tijdens preconceptie, zwangerschap, bevalling en kraamperiode, IVA mei 2011

Hoofd diagnose	Van	Naar	Overheveling	Efficiëntie	Omschrijving pilot/onderzoek	Berekening overheveling	Efficiëntie	Bronnen
					de lijnen van de huidige geboortezorgketen, geen doorverwijzing of overdracht meer plaats; er wordt indien nodig een andere verloskundige professional geraadpleegd en/of eindverantwoordelijke gemaakt. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuiszorg naar verloskundigenpraktijken optreden tijdens de bevalling.	bedraagt 706 miljoen. Overheveling = $30 / 706 = 4\%$		2. Kosten van Ziekten, RIVM 2013
Geboortezorg	Ziekenhuiszorg	Verloskundigen	5%	23%	Er kan extra geïnvesteerd worden in de juiste zorg op de juiste plek door de juiste professional. Vrouwen met IVF hoeven niet altijd te starten in de 2e lijn. Daarnaast moet er meer aandacht voor vrouwen met obesitas komen en vrouwen beter ingelicht worden over alternatieven van de epiduraal. Ook kunnen 1e lijns verloskundigen met een uitwendige versie een stuitligging draaien en kan de 1e lijns verloskundige vrouwen langer begeleiden die 41-42 weken zwanger zijn. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuiszorg naar verloskundigenpraktijken optreden.	Hierdoor treedt een besparing van 14 miljoen bij het ziekenhuis, 3 miljoen bij de gynaecoloog en 1 miljoen bij de klinisch verloskundige op. De totale kostenzwangerschap in ziekenhuizen bedraagt 365 miljoen. Overheveling = $(14 + 3 + 1) / 365 = 5\%$	Door de verschuiving van zorg is 4 miljoen extra nodig aan verloskundige zorg en 0,1 miljoen aan kraamzorg. De totale besparing bedraagt 18 miljoen. Efficiëntie = $4,1 / 18 = 23\%$	1. Rapportage SiRM: Maatschappelijke Kosten Baten Afweging voor de geboortezorg in Nederland 2. Kosten van Ziekten, RIVM 2013
Geboortezorg	Ziekenhuiszorg	Verloskundigen	7%	35%	Bij integrale zorg is er sprake van een geoptimaliseerde samenwerking waarbij een zwangere niet vanuit of de eerste of de tweede lijn wordt begeleid, maar vanuit één organisatiemodel waarin de verschillende verloskundige professionals gezamenlijk en zoveel als mogelijk op basis van gelijkwaardigheid optrekken vanuit een gezamenlijke visie en eensluidende uitvoeringsprotocollen. Er vindt daardoor geen doorverwijzing of overdracht meer plaats; er wordt indien nodig een andere verloskundige professional geraadpleegd en/of eindverantwoordelijke gemaakt. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuiszorg naar verloskundigenpraktijken optreden tijdens de zwangerschap.	Gynaecologen begeleiden ongeveer 20.000 vrouwen per jaar minder tijdens de gehele zwangerschap, bevalling en kraamperiode. Een deel van deze vrouwen kan tijdens de zwangerschap ook door der eerstelijns verloskundige begeleid worden. Hierdoor treedt een besparing van 24 miljoen bij de gynaecoloog op. De totale kosten zwangerschap in ziekenhuizen bedraagt 365 miljoen. Overheveling = $24 / 365 = 7\%$	Door de verschuiving van zorg is 8,4 miljoen extra nodig aan verloskundige zorg. De totale besparing bedraagt 24 miljoen. Efficiëntie = $8,4 / 24 = 35\%$	1. Naar een nieuwe balans in de geboortezorg: Strategische verkenning van optimalisatiemogelijkheden van de verloskundige zorg tijdens preconceptie, zwangerschap, bevalling en kraamperiode, IVA mei 2011 2. Kosten van Ziekten, RIVM 2013

Hoofd diagnose	Van	Naar	Overheveling	Efficiëntie	Omschrijving pilot/onderzoek	Berekening overheveling	Efficiëntie	Bronnen
Losse specialistische zorg	Ziekenhuis zorg	Huisartsen	27%	42%	Oriënterende pilot oogzorg: de door drie huisartsen, diverse opticiens en twee optometristen geïndiceerd geachte verwijzingen naar de oogarts, werden eerst door een gespecialiseerde huisarts op het gebied van oogzorg gezien: 70 procent hiervan werd niet doorverwezen naar de tweede lijn. Deze huisartsen zijn met een extra erkenning opgenomen in College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden (CHBB). Op grond van deze registratie kunnen zij oogheelkundig onderzoek dat volgens een bepaald format is uitgevoerd, apart declareren als 'anderhalvelijnszorg'. Ze krijgen daarvoor een toeslag op het consulttarief. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuiszorg naar huisartsenzorg optreden.	70% hoeft niet doorverwezen te worden naar het ziekenhuis. Oogheelkunde: Totale kosten goedkope DBC's 156 miljoen. Totale kosten dure DBC's =247 miljoen. Verhouding 39%/61% Overheveling = 70% * 39%	Aanname ophoging: 2x consult van 18 euro (tarief lang consult huisarts). Aanname dat de 'makkelijke' diagnoses in het ziekenhuis hoeven niet meer gedaan te worden. Patiënten met een operatie blijven een operatie behouden. Consult op de polikliniek bij een ziekte van het oog € 85,00. Efficiëntie = (2*18)/85 = 42%	1. Huisarts moet zich herbezinnen op oogzorg. Samenwerking tussen huisarts, optometrist en oogarts kan anders en beter. Medisch contact, 2014 2. www.opendisdata.nl
Mondzorg	Ziekenhuis zorg	Klinieken	50%	91%	Kaakchirurgie in een ZBC. Er zijn kaak chirurgische behandelingen die momenteel in het ziekenhuis worden uitgevoerd, die volgens CZ ook verantwoord decentraal in een centrum voor mondzorg of zelfstandig behandelcentrum uitgevoerd kunnen worden (1). Inschatting van kaakchirurg is dat bij 10 tot 20% van de behandelingen ziekenhuiszorg nodig is (2). De meest voorkomende behandelingen binnen een ZBC: Verwijderen van verstandskiezen, Apex-resecties (chirurgische verwijdering van wortelpunt ontstekingen), het plaatsen van implantaten, het behandelen van slijmvliesafwijkingen en het behandelen van kaakgewrichtsafwijkingen.	80-90% van de behandelingen kan naar een ZBC. Inschatting dat de 'dure' behandelingen in het ziekenhuis blijven. Schatting dat de 20% dure behandelingen 50% van de kosten bedraagt. Overheveling = 1-50% = 50%	Een ZBC wordt door de wet, en dus ook de zorgverzekeraars, gelijkgesteld met ziekenhuizen. Om die reden worden geen tandarts codes maar de officieel door de NZa vastgestelde specialisten codes gebruikt. Ten opzichte van de ziekenhuizen wordt een gereduceerd tarief voor wat betreft het kostendeel berekend maar de codes zijn gelijk. Voorbeeld berekening verhouding kosten: plaatsen implantaat Kosten ziekenhuis + honorarium (code 238060) = 300,86 + 139,96 = 440,82 en kosten implantaat (code 238062) = 316,29. Kosten ZBC (code 238060) = 400,85 en kosten implantaat (code 238062) = 284,55 Verhouding kosten = (400,85 + 284,55)/(300,84 + 139,96 + 316,29) = 91%	1. www.cz.nl/~media/2015/zorgaanbieder/inkoopbeleid-2016/inkoopbeleid%20mondzorg.pdf 2. www.medischcontact.nl/Nieuws/Laatstenuws/Nieuwsbericht/146952/Zeeuwse-kaakchirurgen-verlaten-ziekenhuis.htm 3. https://dekaakchirurg.tandartsennet.nl/pages/default.asp?articleid=153043&token=312607@TfdNjeRaQdjOgfOa 4. www.zuwehofpoort.nl/kaak-implantaten

Hoofd diagnose	Van	Naar	Overheveling	Efficiëntie	Omschrijving pilot/onderzoek	Berekening overheveling	Efficiëntie	Bronnen
Oncologisch	Ziekenhuis zorg	Wijkverpleging	3%	48%	Patiënten van het Erasmus MC Kanker Instituut met Multipel Myeloom kunnen er voortaan voor kiezen hun chemokuren thuis te krijgen. Het Erasmus MC is een pilot begonnen met het thuis toedienen van de chemokuren, zodat de behandelingen minder belastend worden voor patiënten. Nu brengen deze veelal ernstig zieke patiënten veel tijd door in het ziekenhuis omdat ze over een langere periode meerdere chemokuren moeten ondergaan. Bij deze proef werken het Erasmus MC, zorgorganisatie Laurens en medisch dienstverlener Mediq Tefa intensief samen	Jaarlijks 750 nieuwe patiënten met Multiple Myeloom. In pilot Erasmus MC 20 patiënten. Overheveling = $20 / 750 = 3\%$	De kosten voor bortezomib blijven in beiden gevallen gelijk. Het gaat hier namelijk om een add-on geneesmiddel. Begeleiding in het ziekenhuis kost per keer 1.115 (Toediening van chemotherapie en/of medicijnen die de afweer versterken, tijdens een polikliniekbezoek of dagbehandeling bij kanker van beenmerg/ lymfklieren lever/ milt/ zwezerik). Dit gebeurt gemiddeld 50x per jaar. In de nieuwe situatie gaan we ervan uit dat er evenveel toedieningsmoment plaats zullen vinden. De eerst paar keer zullen nog in het ziekenhuis zijn: schatting 5x in het ziekenhuis. De overige 45x thuis De gespecialiseerde verpleegkundige komt 2x langs. 1x voor bloedafname en 1x voor het toedienen van de chemo. Schatting is dat dit totaal 6 uur bedraagt: aanname 1 euro per minuut = $(1*60*6) = 360$ euro. Daarnaast beoordeelt de medisch specialist het bloedonderzoek en houdt een telefonisch consult met de patiënt. Inschatting dat dit 1 uur kost = 180 euro per uur Efficiëntie is extra kosten voor wijkverpleging (dus exclusief de 5 chemotherapieën nog in het ziekenhuis)/ kosten weg uit ziekenhuis (dus 50 - 5 chemotherapieën die nog in het ziekenhuis blijven) Efficiëntie = $((45*360) + (45*180)) / (1115 * 45) = 48\%$	1. http://www.erasmusmc.nl/perskamer/archief/2015/5344154/ 2. www.opendisdata.nl

Hoofd diagnose	Van	Naar	Overheveling	Efficiëntie	Omschrijving pilot/onderzoek	Berekening overheveling	Efficiëntie	Bronnen
Primaire gezondheids-ondersteuning	Ziekenhuis zorg	Huisartsen	10%	64%	Inschattingen (project zorgverzekeraar) dat primaire gezondheidszorg voor belangrijk deel bij huisarts of in eerstelijnscentrum geleverd kan worden. Het betreft vaak te snel doorverwezen patiënten. Aanname dat 10% van de ziekenhuiszorg door huisartsen uitgevoerd kan worden. Hierdoor kan een allocatie van deze ziekenhuiszorg naar huisartszorg optreden.	Aanname dat 10% van deze ziekenhuiszorg door huisartsen uitgevoerd kan worden. Overheveling = 10%	Schatting de kosten voor het ziekenhuis bestaan uit: inkoop (30%), personeel (30%), overhead (20%) kapitaallasten (7%) en 13% honorarium. Aanname dat inkoop, overhead en kapitaallasten de helft goedkoper kunnen in de eerste lijn. Personeelskosten blijven gelijk. Kostenfactor voor honorarium bedraagt $((3*18)/190) = 10\%$. Huisarts heeft echter nog extra contactmomenten voor de POH. Dit is ongeveer 50% van de inkomsten van de huisarts. Bij tarief dus nog 1,5 extra consulten. Efficiëntie = $30\% * 50\% + 30\% * 80\% + 20\% * 50\% + 7\% * 50\% + 13\% * ((4,5*18)/190) = 64\%$	1. SiRM projectervaring 2. Jaarverslagenanalyse SiRM 3. "Jaarbeeld bouwkosten Zorgsector 2010", TNO Bouw
Primaire gezondheids-ondersteuning	Ziekenhuis zorg	Huisartsen	36%	33%	Stroomlijnen van spoedzorg, wegnemen van prikkel om op SEH te behandelen. Daarvoor volledig integreren van SEH en HAP. Het parallelle bestaan van beide zorgvormen leidt tot ondoelmatig gebruik van zorg en onwenselijke kostenstijgingen. Ten eerste kost een bezoek aan een SEH ongeveer drie keer zoveel als een bezoek aan een HAP en vijf keer zoveel als een bezoek aan een huisarts. Dezelfde zorg heeft, afhankelijk van de setting, een andere prijs. Daarnaast leidt de dubbele infrastructuur tot inefficiënt gebruik. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuiszorg naar huisartszorg optreden. Aandoeningen van het bewegingsapparaat en huid/subcutis zijn de belangrijkste reden voor komst naar de SEH. Uit onderzoek onder zelfverwijzers die een SEH in het oosten van Nederland bezochten, bleek dat bij de helft een röntgenfoto werd gemaakt. Bij 18% werd een bloedtest uitgevoerd en bij 12% werd een ECG gemaakt	80% van de zelfverwijzers op SEH's had voor de klacht ook naar een huisarts of HAP kunnen gaan. Aandeel zelfverwijzers op SEH bedraagt 40%. Overheveling = $80\% * 40\% = 36\%$	Een bezoek aan een SEH kost ongeveer 3x zoveel als een bezoek aan een HAP. Efficiëntie = $(1/3) = 33\%$	1. KPMG. De Basis spoedzorg: Hoe kan het anders: December 2012 2. Substitutie: van zorg binnen silo's naar patiëntgerichte zorg op maat. Jan van ES instituut. white paper, april 2012 3. http://www.nationaalkompas.nl/zorg/acute-zorg/spoedeisende-hulp/waaruit-bestaan-de-verwijzingen-vanuit-en-naar-de-afdeling-spoedeisende-hulp/ 4. Kosten van Ziekten, RIVM 2013 5. Zelfverwijzers SEH jagen zorgkosten op, S. Giesbers, M. Smits & P. Giesen. Medisch Contact, 66 nr. 10, maart 2011 6. http://www.nationaalkompas.nl/zorg/acute-zorg/spoedeisende-hulp/voor-welke-gezondheidsproblemen-wordt-de-afdeling-spoedeisende-hulp-gebruikt/

Hoofd diagnose	Van	Naar	Overheveling	Efficiëntie	Omschrijving pilot/onderzoek	Berekening overheveling	Efficiëntie	Bronnen
Primaire gezondheids-ondersteuning	Ziekenhuis zorg	Eerste lijnscentra	10%	62%	Inschattingen (project) dat primaire gezondheidszorg voor belangrijk deel bij huisarts of in eerstelijnscentrum geleverd kan worden. Het betreft vaak te snel doorverwezen patiënten. Aanname dat 10% van deze ziekenhuiszorg door eerstelijns centra uitgevoerd kan worden. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuiszorg naar eerstelijns centra optreden.	Aanname dat 10% van deze ziekenhuiszorg door eerstelijnscentra uitgevoerd kan worden. Overheveling = 10%	Schatting de kosten voor het ziekenhuis bestaan uit: inkoop (30%), personeel (30%), overhead (20%) kapitaallasten (7%) en 13% honorarium. Aanname dat inkoop, overhead en kapitaallasten de helft goedkoper kunnen in de eerste lijn. Personeelskosten blijven gelijk. Kostenfactor voor honorarium bedraagt $((3*18)/190) = 10\%$. Efficiëntie = $30\% * 50\% + 30\% * 80\% + 20\% * 50\% + 7\% * 50\% + 13\% * ((3*18)/190) = 62\%$	1. Projectervaring SiRM 2. Jaarverslagenanalyse SiRM 3. "Jaarbeeld bouwkosten Zorgsector 2010", TNO Bouw
Primaire gezondheids-ondersteuning	Ziekenhuis zorg	Eerste lijnscentra	9%	34%	Diagnostiek kan grotendeels in eerste lijn gedaan worden. Dat leidt tot minder diagnostische-, vervolg- en parallelle DBC's. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuiszorg naar eerste lijnscentra optreden. Aanname: eerstelijnsdiagnostiek kan plaatsvinden bij de diagnosegroep primaire gezondheidsondersteuning	De inschatting is dat er 1261 miljoen euro aan substitutie naar eerstelijnsdiagnostiek kan optreden, onder andere door minder diagnostische DBC's en verwijzingen). Daarnaast kan er nog extra substitutie optreden doordat er minder parallelle en vervolg DBC's worden verwacht (totaal 125 miljoen euro). De totale omzet van ziekenhuizen bedraagt 16 miljard euro. Overheveling = $(1261 + 125) / 16000 = 9\%$	Er is 598 miljoen aan additionele kosten voor de diagnostiek nodig. Echter, door verschil in kostprijs diagnostiek tussen de eerste en tweedelij, en concentratie van laboratorium en beeldvormende onderzoek kan treedt er een extra reductie in kosten op van 130 miljoen euro. De besparing in de ziekenhuiszorg bedraagt 1386 $(1261 + 125)$ miljoen euro Efficiëntiewinst = $(598 - 130) / 1386 = 34\%$	1. "Rapportage business case eerste lijnsdiagnostiek", Plexus, 2010 2. "SAN medisch diagnostische centraal zijn cruciaal voor nabije, zinnige en zuinige zorg in de eerste lijn"
Vaat en cardio	Ziekenhuis zorg	Huisartsen	20%	7%	Op basis van projectervaring SiRM. Door een meekijkconsult kan een deel van de doorverwijzingen voor diep-veneuze trombose voorkomen worden. Het gaat hier om de conservatieve DBC's. De niet-conservatieve DBC blijven in het ziekenhuis. Een deel van de patiënten met een meekijkconsult wordt alsnog behandeld in de 2e lijn. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuiszorg naar huisartsenzorg optreden.	Een deel van de patiënten met diep veneuze trombose kan met een meekijkconsult behandeld worden. Inschatting is dat er 20% van de ziekenhuiskosten bespaart kan worden op deze manier. Overheveling = 20%	De extra huisartsenzorg (extra consult voor meekijkconsult en extra behandelingen door overname patiënten) kan met een efficiëntiewinst van 7% (verhouding tussen wat weggaat uit ziekenhuis en extra kosten huisarts) geboden worden. Efficiëntie = 7%	1. Projectervaring SiRM 2. www.opendisdata.nl

Hoofd diagnose	Van	Naar	Overheveling	Efficiëntie	Omschrijving pilot/onderzoek	Berekening overheveling	Efficiëntie	Bronnen
Vaat en cardio	Ziekenhuis zorg	Fysiotherapie	26%	24%	Better in Better out. Zo'n 20.000 mensen ondergaan elk jaar een open hartoperatie. Het gaat om zware ingrepen, bij veelal oudere patiënten die vaak ook andere aandoeningen hebben, zoals COPD (Chronic Obstructive Pulmonair Disease) en suikerziekte (diabetes). Complicaties na de operatie, met name infecties zoals longontsteking en bronchitis komen dan ook veel voor. Longcomplicaties leiden niet alleen tot een langer verblijf in het ziekenhuis, en hogere zorgkosten, maar gaan ook gepaard met een hogere sterfte. Als kwetsbare patiënten voorafgaand aan een open hartoperatie minimaal twee weken intensieve ademhalingstherapie krijgen, gaat het veel beter met hen na de operatie. Dit werd aangetoond in de PORT-studie (Pre-Operatieve Respiratoire fysiotherapie), onderdeel van het programma 'Better In, Better Out' van het UMC Utrecht. Het project kreeg op 14 november 2009 de ZonMW Parel.	Gemiddeld wordt er bespaart op 2 ligdagen bij patiënten met risicofactoren. De onderzoekers schatten dat alleen al door de verkorte opnameduur 2.500 euro per patiënt bespaard wordt. Gemiddeld 20.000 patiënten krijgen een hartoperatie. Aanname dat 50% in de risicogroep zit (voorzichtige aanname, aangezien risicofactoren zijn: leeftijd boven de 70 jaar, productieve hoest (slijm opgeven bij het hoesten), suikerziekte (diabetes mellitus) en roken.) Totale kosten overige hartaandoeningen = 960,4 miljoen Overheveling = $(50\% * 20.000 * 25000) / (960,4 * 10^6) = 26\%$	De patiënten met risicofactoren moeten minimaal 2 weken fysiotherapie volgen. Hiervoor doen ze 20 minuten per dag zelf oefeningen. En 1x per week onder begeleiding van de fysiotherapeut. We gaan gemiddeld uit van 3 weken voor de operatie. De extra kosten bedragen van 3* 20 minuten fysiotherapie. Het tarief voor reguliere fysiotherapie is gemiddeld € 28 - 40 per zitting Totaal extra nodig aan fysio = 3 * 40. Kosten ligdag = gemiddeld 500 euro Efficiëntie = $(3 * 40) / 500 = 24\%$	1. http://www.zonmw.nl/finleadmin/documenten/Parels/ZonMw_Parel_hartoperatie_def1.pdf 2. http://www.defysiotherapeut.com/vergoeding/wat-kost-fysiotherapie-in-2016_.html 3. Kosten van Ziekten, RIVM 2013
Losse specialistische zorg	Ziekenhuis zorg	Huisartsen	44%	82%	Onderzoek naar teledermatologisch consult door de huisarts. In de periode maart 2007-september 2010 vonden er TDC's plaats tussen 1821 huisartsen en 166 dermatologen. De meest gediagnosticeerde afwijkingen waren eczeem, infectieuze aandoeningen en benigne tumoren. Wanneer teledermatologie werd ingezet ter voorkoming van een fysieke verwijzing, werd 74% van de verwijzingen naar de dermatoloog voorkomen. Wanneer de teledermatologie werd ingezet voor advies, werd 16% van de patiënten alsnog verwezen naar de dermatoloog. In de totale populatie werd door teledermatologie 68% van de verwijzingen voorkomen. De gemiddelde antwoordtijd van de dermatoloog bedroeg 4,6 h. Huisartsen ervoeren bij 86% van de TDC's	In de totale populatie werd door teledermatologie 68% van de verwijzingen voorkomen. Verhouding makkelijke/dure DBC's dermatologie: 103/ 180 miljoen = 36%/ 64% Overheveling = $68\% * 64\%$	De geschatte kostenbesparing was 18%. Efficiëntie = $1 - 18\% = 82\%$	1. Teledermatologisch consult door de huisarts: betere zorg tegen lagere kosten Gepubliceerd op: 23-01-2012, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2012;156:A4253, Job P. van der Heijden, Nicolette F. de Keizer, Phyllis I. Spuls en Leonard Witkamp
	Ziekenhuis zorg	Huisartsen	44%	82%				
	Ziekenhuis zorg	Huisartsen	44%	82%				

Hoofd diagnose	Van	Naar	Overheveling	Efficiëntie	Omschrijving pilot/onderzoek	Berekening overheveling	Efficiëntie	Bronnen
					een leereffect en bij 88% was het antwoord van de dermatoloog bruikbaar. De geschatte kostenbesparing was 18%. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuiszorg naar huisartsenzorg optreden.			
Alcohol en drugs	GGZ	Zelfmanagement	1%	33%	Voorkomen en/ of verkorten crisisopname: De verwachting is dat blended behandelen/ begeleiden een effect heeft op het aantal crisisopnames en de duur van een crisisopname.	<p>Voorbeeld businesscase: Mevrouw B was opgenomen op een zogeheten "E-bed" voor €318,71 per dag. Toen haar ontslag naderde is met haar de mogelijkheid van beeldbellen besproken. Mevrouw was hier enthousiast over en is 2 weken eerder dan initieel gedacht met ontslag gegaan (14 x €318,71 = €4461,94). Inschatting gemiddelde opnameduur 4 weken. Van diagnose psychische stoornis is 2% crisisopvang.</p> <p>Overheveling = $2\% * (4461,94 / (2 * 4461,94)) = 1\%$</p>	<p>In plaats van iedere dag Psychiatrische Intensieve Thuis- begeleiding (PIT) krijgt mevrouw om de dag crisis PIT en de andere dag een beeldbelcontact (beiden contacten van ca. 45 minuten, in totaal 14 x 45 minuten = 630 minuten bijdrage aan de DBC. Aanname dat PIT valt in Basis Intensief voor ernstige problematiek (Max van 750 minuten. NZa tarief = 1212,41). Na de twee weken intensieve begeleiding wordt een ander afgebouwd. Mevrouw B behoudt twee maanden de mogelijkheid tot beeldbellen met de kliniek. De kosten zijn 2 maanden een thuispost die in 3 jaar is afgeschreven en €1810 kost, dat komt neer op €50 per maand, plus 2 maanden mobiel internet voor €70 euro per maand. In totaal dus €240,-</p> <p>Efficiëntie = $(240 + 1212,41) / 4461,94 = 33\%$</p>	<p>1. Een analyse van de verwachte kosten en baten van eHealth. GGZ Nederland 2013 2. Sectorrapport GGZ 2012. GGZ Nederland 2014</p>
Angst en depressie	GGZ	Zelfmanagement	1%	Het beeldbellen zorgt er ook voor dat een opname korter duurt op de kliniek van Spoedeisende Zorg. Met een aantal bedden leeg heeft de afdeling meer mogelijkheden om altijd op te nemen. Daarnaast levert beeldbellen een sneller herstel op, een grotere cliënttevredenheid en een betere concurrentiepositie t.o.v. de PAAZ.				
Dementie	GGZ	Zelfmanagement	1%	Voorkomen van crisisopname zal voornamelijk van toepassing zijn bij ernstige of langdurige psychiatrische cliënten in combinatie met beeldschermzorg op afstand. In andere gevallen spreken we van het voorkomen van een crisissituatie, zoals de cliënt die zelf kan ervaren.				
Overige psychische aandoeningen	GGZ	Zelfmanagement	1%	Hierdoor kan een allocatie van GGZ naar zelfmanagement optreden.				

Hoofd diagnose	Van	Naar	Overheveling	Efficiëntie	Omschrijving pilot/onderzoek	Berekening overheveling	Efficiëntie	Bronnen
Losse specialistische zorg	Ziekenhuis zorg	Klinieken	22%	56%	Innovatieve complexe wondzorg bij gespecialiseerde wondcentra leidt tot een gemiddelde netto besparing van circa 1.300 euro voor een bij een experiment behandelde patiënt. De belangrijkste besparing treedt op door een kortere behandelijd van gemiddeld één maand, die de experimenten minimaal realiseren. Dit levert een reductie op in de kosten van thuiszorg en verbandmiddelen. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuiszorg naar klinieken optreden.	Soorten wondzorg: (19%) beenulcera, diabetes (5%), decubitus (25%), posttraumatisch (50%) en overig (2%). Diagnose chronische huidzweren, inclusief decubitus en open been bedraagt = 19% + 25% + 50% = 93% van de diagnosegroep. Er treedt een besparing op bij thuiszorg (2.156), verbandmiddelen (537) en in ziekenhuiskosten (181). Totale kosten in ziekenhuizen voor chronische huidzweren bedraagt 23,6 miljoen. Totaal aantal patiënten met complexe doorligwonden is naar schatting 500.000 (Capgemini), hiervan komt 20% in aanmerking voor innovatieve technologieën. Hiervan bedraagt 93% voor de diagnosegroep chronische huidzweren, inclusief decubitus en open been. Overheveling = $93\% * ((23600000 / 500000) - (181 * 20\%)) / (23600000 / 500000) = 22\%$	De kosten en besparingen van de twee experimenten zijn gewogen op basis van het aantal in elk experiment behandelde patiënten in de periode 2009 – 2012. De gemiddelde kosten van het experiment (aantal behandelweken * consulten * vergoeding) = 1598. De totale netto besparing bedraagt 1277 euro per patiënt. Efficiëntie = $1598 / (1598 + 1277) = 58\%$	1. Substitutie: van zorg binnen silo's naar patiëntgerichte zorg op maat. Jan van ES instituut. white paper, april 2012 2. Innovatie van complexe wondzorg. Onderzoek naar potentiële besparingen en prestatieomschrijvingen. Capgemini 2014 3. Kosten van ziekten, RIVM 2013 4. www.opendisdata.nl
Losse specialistische zorg	Wijkverpleging	Klinieken	31%	56%		Soorten wondzorg: (19%) beenulcera, diabetes (5%), decubitus (25%), posttraumatisch (50%) en overig (2%). Diagnose chronische huidzweren, inclusief decubitus en open been bedraagt = 19% + 25% + 50% = 93% van de diagnosegroep. Er treedt een besparing op bij thuiszorg (2.156), verbandmiddelen (537) en in ziekenhuiskosten (181). Totale kosten wijkverpleging voor wondzorg bedraagt 228 miljoen. Totaal aantal patiënten met complexe doorligwonden is naar schatting 500.000 (Capgemini), hiervan komt 20% in aanmerking voor innovatieve technologieën. Hiervan bedraagt 93% voor de diagnosegroep chronische huidzweren, inclusief decubitus en open been en heeft 35% thuiszorg. Overheveling = $(20\% * 93\% * 35\% * 500000 * 2156) / 228000000 = 31\%$		

Hoofd diagnose	Van	Naar	Overheveling	Efficiëntie	Omschrijving pilot/onderzoek	Berekening overheveling	Efficiëntie	Bronnen
Diabetes	Ziekenhuis en medisch specialistische zorg	Klinieken	5%	56%		Soorten wondzorg: (19%) beenulcera, diabetes (5%), decubitus (25%), posttraumatisch (50%) en overig (2%). Diagnose chronische huidzweren, inclusief decubitus en open been bedraagt = 19% + 25% + 50% = 93% van de diagnosegroep. Er treedt een besparing op bij thuiszorg (2.156), verbandmiddelen (537) en in ziekenhuiskosten (181). Totale kosten in ziekenhuizen voor diabeteszorg bedraagt 1689 miljoen. Totaal aantal patiënten met complexe doorligwonden is naar schatting 500.000 (Capgemini), hiervan komt 20% in aanmerking voor innovatieve technologieën. Hiervan bedraagt 5% voor de diagnosegroep Diabetes mellitus inclusief diabetische complicaties. Overheveling = $5\% * ((1689000000 / 500000) - (181 * 20\%)) / (1689000000 / 500000) = 5\%$		
Diabetes	Wijkverpleging	Klinieken	2%	56%		Soorten wondzorg: (19%) beenulcera, diabetes (5%), decubitus (25%), posttraumatisch (50%) en overig (2%). Diagnose chronische huidzweren, inclusief decubitus en open been bedraagt = 19% + 25% + 50% = 93% van de diagnosegroep. Er treedt een besparing op bij thuiszorg (2.156), verbandmiddelen (537) en in ziekenhuiskosten (181). Totale kosten wijkverpleging voor wondzorg bedraagt 228 miljoen. Totaal aantal patiënten met complexe doorligwonden is naar schatting 500.000 (Capgemini), hiervan komt 20% in aanmerking voor innovatieve technologieën. Hiervan bedraagt 5% voor de diagnosegroep Diabetes mellitus inclusief diabetische complicaties en heeft 35% thuiszorg. Overheveling = $(20\% * 5\% * 35\% * 500000 * 2156) / 228000000 = 2\%$		

Hoofd diagnose	Van	Naar	Overheveling	Efficiëntie	Omschrijving pilot/onderzoek	Berekening overheveling	Efficiëntie	Bronnen
Diabetes	Ziekenhuis zorg	Wijkverpleging	7%	47%	Gecoördineerde zorg na ontslag ziekenhuis voor ouderen (inclusief transmurale zorgbrug) leidt tot een ligduurbesparing van 1 dag. Hierdoor kan een allocatie van ziekenhuiszorg naar wijkverpleging optreden.	60% van ziekenhuiskosten voor kwetsbare ouderen bestaat uit opnames. Kwetsbare ouderen bestaat naar schatting voor 34% diabetes, 35% uit hartfalen en 31% astma en COPD (respectievelijk 577, 600 en 524miljoen euro voor ouderen 75+ totaal bij KVZ). Totaal diabetes is 1689, totaal astma en COPD is 1525 en totaal hartfalen is 940 miljoen. In de diagnose diabetes is 34% ouderen (577/ 1689) Overheveling = $60\% * 34\% * 34\% = 7\%$	Gecoördineerde zorg na ontslag ziekenhuis voor ouderen leidt tot een ligduurbesparing van 1 dag (a 750 euro). Er is extra geld voor de thuiszorg nodig: 6 * bezoek van 1 uur = 360 euro. Efficiëntie = $350 / 750 = 47\%$	1. Inventarisatie samenwerkingsvormen eerste en tweede lijn. ROS netwerk 2016 2. Kosten van ziekten, RIVM 2013
Chronische cardio	Ziekenhuis zorg	Wijkverpleging	13%	47%		60% van ziekenhuiskosten voor kwetsbare ouderen bestaat uit opnames. Kwetsbare ouderen bestaat naar schatting voor 34% diabetes, 35% uit hartfalen en 31% astma en COPD (respectievelijk 577, 600 en 524miljoen euro voor ouderen 75+ totaal bij KVZ). Totaal diabetes is 1689, totaal astma en COPD is 1525 en totaal hartfalen is 940 miljoen. In de diagnose hartfalen is 64% ouderen (600/940) Overheveling = $60\% * 35\% * 64\% = 13\%$		
Astma en COPD	Ziekenhuis zorg	Wijkverpleging	6%	47%		60% van ziekenhuiskosten voor kwetsbare ouderen bestaat uit opnames. Kwetsbare ouderen bestaat naar schatting voor 34% diabetes, 35% uit hartfalen en 31% astma en COPD (respectievelijk 577, 600 en 524miljoen euro voor ouderen 75+ totaal bij KVZ). Totaal diabetes is 1689, totaal astma en COPD is 1525 en totaal hartfalen is 940 miljoen. In de diagnose astma COPD is 34% ouderen (524/1525) Overheveling = $60\% * 31\% * 34\% = 6\%$		
Primaire gezondheids-ondersteuning	Ziekenhuis zorg	Huisartsen	7,5%	80%		Voorlopige resultaten stadspoli in Maastricht		

Hoofd diagnose	Van	Naar	Overheveling	Efficiëntie	Omschrijving pilot/onderzoek	Berekening overheveling	Efficiëntie	Bronnen
Chronisch - specialistisch	Ziekenhuis zorg	Huisartsen	7,5%	80%		aan de huisarts en in 25% van de gevallen was een doorverwijzing naar de tweede lijn noodzakelijk. Overheveling 75% x 10%		nummer 01, januari 2015. 2. Proeftuin Blauwe Zorg: innoveren met een lonkend perspectief. Nummer 1 2016 kwaliteit in zorg. G.J.C. Schulpen 3. Marktscan medisch specialistische zorg, NZa 2011
Losse specialistische zorg	Ziekenhuis zorg	Huisartsen	7,5%	80%				
Bewegingsstelsel	Ziekenhuis zorg	Huisartsen	7,5%	80%				