

strategy&

Part of the PwC network

Passende organisatievormen voor planbare zorg

*Verkenningen en
maatschappelijke impact*

Eindrapportage voor Zelfstandige Klinieken Nederland

Mei 2025

Voorwoord



Marcel Otten

Partner bij PwC Strategy& en leidinggevende voor de dienstverlening van PwC Strategy& binnen de zorgsector
E-mail: marcel.otten@pwc.com



Ab Klink

Executive advisor bij PwC Strategy&, hoogleraar zorg, arbeid en politieke sturing, lid van de WRR, voormalig minister van VWS en voormalig bestuurder van VGZ
E-mail: ab.k.klink@pwc.com



Rutger Koning

Director bij PwC Strategy& en adviseur voor organisaties in de zorg over bedrijfsvoering en strategievorming
E-mail: rutger.koning@pwc.com



Max van der Sijp

Associate bij PwC Strategy& (opgeleid als arts), gericht op zorgtransformatie in de medisch-specialistische zorg
E-mail: max.sijp@pwc.com



Sander Visser

Managing Partner bij PwC Strategy& Nederland en leider van de Europese PwC-activiteiten binnen de zorgsector
E-mail: sander.visser@pwc.com

PricewaterhouseCoopers Advisory N.V.

Thomas R. Malthusstraat 5, 1066 JR Amsterdam,
Postbus 9616, 1006 GC Amsterdam
www.pwc.nl

Het is ondertussen algemeen bekend: Nederland staat voor grote inhoudelijke opgaven op het gebied van zorg en gezondheid. Met name het oplopende personeelstekort zal leiden tot grote druk op de zorg. Als we niets doen, dreigt de zorg vast te lopen.

In 2022 heeft het Zorginstituut het kader 'Passende Zorg' uitgebracht. Dit geeft belangrijke oplossingsrichtingen en kaders mee om de zorg toekomstbestendig te maken. In feite vraagt dit om de zorg zo in te richten dat we met het huidige personeelsbestand en bij een groeiende zorgvraag de zorg toegankelijk houden. Het kader 'Passende Zorg' stelt ook de activiteiten voor waar zorgaanbieders (en andere betrokken partijen in het stelsel) mee aan de slag moeten. Een belangrijke vraag daarbij is welke 'organisatorische context' er nodig is om hier optimaal invulling aan te kunnen geven.

PwC Strategy& accepteerde daarom graag de onderzoeksopdracht van Zelfstandige Klinieken Nederland, de branchevereniging van zelfstandige klinieken, om inzicht te verschaffen in de potentie van 'business model innovatie' in de zorg, de wijze waarop focusklinieken daar invulling aan geven en wat er nodig is om hier in het stelsel meer maatschappelijke waarde uit te halen (rekening houdend met reële knelpunten die daarbij mogelijk zijn voor alle betrokken partijen).

Dit onderzoek is niet bedoeld om aan te tonen wie 'beter' is: focusklinieken of ziekenhuizen. Beide type instellingen hebben andere kenmerken, zijn daarin complementair en hebben op basis daarvan een plek in het zorglandschap. Het punt dat wij onderzoeken is welke nieuwe perspectieven business model innovatie in de zorg geeft om maatschappelijke waarde te ontsluiten. Op basis van interviews, empirische data en literatuuronderzoek laten we zien welke potentie er is voor efficiëntie verbetering én passende indicatiestelling en welke bijdrage dat kan leveren aan het reduceren van het personeelstekort in de zorg. De kracht van dit onderzoek zit in een nieuwe logica en ander handelingsperspectief en potentie dat daaruit ontstaat en minder in een exacte detail-onderbouwing. Ook werken we uit tegen welke knelpunten partijen in deze transformatie mogelijk aanlopen en wat daarvoor mogelijke oplossingsrichtingen zijn.

Wij hebben in ons onderzoek kunnen leunen op de samenwerking met de bestuurders en medewerkers van onze opdrachtgevers en hebben de inzichten daaruit ook kritisch laten 'tegenlezen' door experts vanuit patiëntenfederatie, verzekeraars, wetenschap en zorgaanbieders. We zijn hen zeer dankbaar. De conclusies in dit onderzoek blijven uiteraard voor onze rekening.

Over dit rapport

Reikwijdte



Beperkt

Uitgebreid

Wij hebben de werkzaamheden uitgevoerd zoals met u afgesproken in de opdrachtbevestiging. In overeenstemming met de opdrachtbrief omvatte onze scope het inzichtelijk maken van het operationele efficiëntieverschil van focusklinieken t.o.v. geïntegreerde ziekenhuizen in termen van arbeidsproductiviteit (op casusniveau) en dat opschalen naar het potentieel voor Nederland door in te schatten welk deel van het zorgvolume in potentie verschoven kan worden naar focusklinieken. De scope omvatte daarnaast ook: (1) het landelijke efficiëntiepotentieel in context plaatsen van het verwachte personeelstekort in de MSZ, (2) de theoretische basis voor het efficiëntiepotentieel van focusklinieken, (3) de bredere potentie van ontvlechting van zorgvolumes naar gefocuste business modellen (incl. passende zorg impact), en (4) het identificeren van te verwachten praktische knelpunten en randvoorwaarden waar oplossingen voor gevonden moeten worden om het theoretische potentieel ook maatschappelijk te verzilveren.

Wij hebben onze analysewerkzaamheden afgerond op 31 maart 2025. Dit rapport bevat daarom niet de gevolgen van gebeurtenissen na die datum of de impact van later beschikbaar gekomen informatie.

Beschikbaarheid en kwaliteit van informatie



Beperkt

Uitgebreid

We hebben ons onderzoek gebaseerd op een combinatie van informatiebronnen, waaronder interviews (met o.a. specialisten die in focusklinieken én geïntegreerde ziekenhuizen werken, managers van focusklinieken en ziekenhuizen, en overige experts/adviseurs), wetenschappelijke literatuur, nieuwsartikelen, publieke databronnen (vb. CBS), productiviteitsdata van klinieken, en declaratiedata van ziekenhuizen vanuit de Strategy& database. De gehanteerde bronnen zijn in dit rapport steeds aangegeven op de respectievelijke pagina's.

We hebben geen benchmarkvergelijking tussen focusklinieken en geïntegreerde ziekenhuizen kunnen uitvoeren o.b.v. directe OK-productiedata omdat er onvoldoende ziekenhuizen waren die hun data hiervoor beschikbaar wilden stellen. We hebben ons daarom moeten baseren op OK-productiedata van klinieken en zelfgerapporteerde OK-output per dagdeel o.b.v. interviews met specialisten, managers en onafhankelijke adviseurs / benchmark experts.

Daarnaast heeft een brede groep van experts, managers en bestuurders vanuit de wetenschap, zorgverzekeraars, ziekenhuizen en patiëntenfederatie tegengelezen op een conceptversie van dit rapport. Zij hebben hun perspectief, opmerkingen en inzichten met ons gedeeld en onder andere ook input gegeven op de mogelijke risico's, kansen en oplossingsrichtingen om het maatschappelijk potentieel van focusklinieken te realiseren.

Uitgangspunt voor ons werk

We hebben onze werkzaamheden gebaseerd op de aan ons ter beschikking gestelde informatie. Wij hebben aangenomen dat deze informatie juist, volledig en niet misleidend is. Wij hebben geen accountantscontrole uitgevoerd met betrekking tot deze informatie, noch een beoordeling gericht op het vaststellen van volledigheid en juistheid daarvan conform internationale audit of reviewstandaarden.

Toegang tot ons rapport

Ons rapport is specifiek opgesteld voor client met wie we overeenstemming hebben over het doel en de reikwijdte van ons werk of aan wie we de aard en omvang van ons werk en de beperkingen daarin hebben toegelicht. Voor het gebruik van het rapport door andere partijen dan de client aanvaardden wij derhalve geen verantwoordelijkheid, zorgplicht of aansprakelijkheid - contractueel, op basis van onrechtmatige daad (inclusief nalatigheid) of anderszins.

Zoals overeengekomen in onze opdrachtbrief, mag ons rapport uitsluitend voor informatieve doeleinden worden gedeeld.

Overige opmerkingen

Het Rapport alsmede enig geschil voortvloeiende uit of verband houdend met (de inhoud van) het Rapport worden uitsluitend beheerst door Nederlands recht.

Inhoudsopgave

1. Samenvatting

2. Context: Nieuwe manieren van werken nodig om personeelsbehoefte te verlagen en zo toegankelijkheid te borgen
3. Perspectief: Focusklinieken bieden een geoptimaliseerd organisatiemodel voor een specifiek zorgpallet
4. Potentie: Focusklinieken kunnen een flinke bijdrage leveren aan oplossen van het personeelstekort
5. Randvoorwaarden: Benodigde voorwaarden om het maatschappelijk potentieel daadwerkelijk te realiseren
6. Aanbevelingen

Appendix

Samenvatting (1/5)

Introductie

Het toenemende personeelstekort in de zorg zet de toegankelijkheid onder druk. Om de zorg toegankelijk te houden zal de zorg de productiviteit moeten verbeteren (meer patiënten bedienen met minder mensen) en deze passender moeten leveren (minder zorg op de huidige populatie). Met de huidige manier van werken zouden we ~47.000 medewerkers tekort hebben voor de medisch specialistische zorg in 2033. Dat is 14% van het toekomstig benodigde personeel. En vandaag de dag ligt al 46% van de toegangstijden tot poliklinische medisch specialistische zorg hoger dan de treetnorm.

Focusklinieken bieden een specifiek deel van het pallet van zorg van algemene ziekenhuizen, gericht op hoog-volume / veel voorkomende zorg. Dat heeft als voordeel dat ze hun organisatiemodel voor een veel smaller pallet aan zorg kunnen optimaliseren. Daardoor kunnen focusklinieken zich vaak onderscheiden op het gebied van patiëntvriendelijkheid en efficiëntie.

Zelfstandige Klinieken Nederland heeft Strategy& gevraagd om in kaart te brengen hoeveel het efficiëntiepotentieel van focusklinieken zou kunnen bijdragen aan het toegankelijkheidsvraagstuk en op welke wijze dit potentieel kan worden gerealiseerd.

Onderzoeksverantwoording

Op basis van interviews (o.a. medisch specialisten, management, benchmark experts) en wetenschappelijke publicaties is het efficiëntie voordeel van focusklinieken versus geïntegreerde ziekenhuizen ingeschat. De MSZ-omzet in Nederland is verdeeld naar 4 zorgtypen (acute zorg, electieve interventies, diagnose- en indicatiestelling en chronische zorg) en een inschatting gemaakt welk % electieve interventies van het totaal in een focuskliniek setting gedaan zou kunnen worden (o.b.v. literatuur en inschattingen van de ASA 1-2 populatie). Tot slot is het efficiëntie-potentieel op deze basis vertaald naar een verlaging van toekomstige personeelsinzet en afgezet tegen het verwachte personeelstekort.

Een brede groep van experts vanuit de patiëntenfederatie, verzekeraars, wetenschap en zorgaanbieders heeft meegelezen op een conceptversie en input gegeven op mogelijke knelpunten en oplossingsrichtingen.

Focusklinieken hebben organisatorisch voordeel ten opzichte van ziekenhuizen

Geïntegreerde ziekenhuizen bieden acute zorg, chronische zorg én electieve zorg onder één dak. De logica van alle zorg onder een dak is sterk voor bijvoorbeeld de acute zorg, de diagnose- en indicatiestelling voor ongedifferentieerde complexe zorgvragen en het uitvoeren van interventies waarvoor IC achterwacht nodig is.

De keerzijde van alles onder één dak is dat het voor geen van de zorgvormen optimaal is georganiseerd. In de basis biedt daarom het ontvlechten van de zorg in verschillende organisatievormen voor electieve zorg, chronische zorg en acute zorg potentieel voor productiviteitsverbetering. Dit is ook in lijn met de oproep van de NVZ om bekostiging te differentiëren naar verschillende typen zorg.

Focusklinieken hebben inmiddels al een fors marktaandeel in Nederland (ca. 6% van het budget en ca. 17% van het aantal patiënten). Focusklinieken zijn als business model innovatie vanuit ziekenhuizen ontstaan om in een eenvoudigere organisatie (zonder acute zorg en chronische zorg) zo efficiënt en klantgericht mogelijk aandoeningen te behandelen voor patiënten met een enkelvoudige, heldere zorgvraag.

Gefocust organiseren van hoog-volume electieve interventies in een separate organisatievorm ('buiten' een complexe ziekenhuisorganisatie) leidt tot hogere efficiëntie en dus lagere kosten en personeelsinzet per interventie, zonder in te boeten op zorgkwaliteit. Er is minder overhead nodig om een grote diversiteit aan activiteiten te coördineren, toegewijde (OK-)teams zijn goed op elkaar ingespeeld, routine en gestandaardiseerde werkwijzen verkorten operatietijden en er is continue aandacht voor 'operational excellence' om steeds efficiënter te worden.

Samenvatting (2/5)

Internationaal empirisch onderzoek laat zien dat 10-50% verkorting van OK-tijd mogelijk is op hoog-volume ingrepen in een focuskliniek t.o.v. een geïntegreerd ziekenhuis. De inschattingen in dit onderzoek op basis van focuskliniekdata en interviews met specialisten (operateurs) wijst op een verschil van 30-40% minder OK-tijd per ingreep voor bijvoorbeeld cataracten, knie- en heupprothesen, en hand- en polschirurgie. Focusklinieken die operationeel (bijna) volledig zelfstandig zijn van ziekenhuizen realiseren een hogere efficiëntieverbetering dan focusklinieken die operationeel nog (deels) verweven zijn met een ziekenhuis (vb. gedeeld personeel, gedeelde roosters, gedeelde inkoop, etc.).

Potentieel van focusklinieken: 9.000 – 14.000 zorgmedewerkers m.b.t. electieve interventies vrijspelen door hogere arbeidsproductiviteit

Een deel van de electieve zorg die nu nog in UMC's, STZ- en algemene ziekenhuizen gebeurt kan efficiënter plaatsvinden in een focuskliniek. Onze inschatting is dat tot €2,8mld extra aan additionele electieve zorgvolumes in een focuskliniek 'setting'¹⁾ kan worden uitgevoerd. De resulterende productiviteitswinst zou 9.000 - 14.000 zorgmedewerkers kunnen vrijspelen – 20-30% van het verwachte arbeidstekort in 2033.

In de praktijk moet deze potentie vertaald worden naar de regionale context en kan dit als concrete bijdrage aan toekomstige personeelstekorten ingebracht worden op regionale transformatietafels. De potentie per regio is afhankelijk van het verwachte personeelstekort en het aandeel electieve zorg dat nu in geïntegreerde ziekenhuizen geleverd wordt en in focusklinieken geleverd kan worden.

Verder ontvlechten van diagnose- en indicatiestelling en chronische zorg kan in potentie 29-46k medewerkers vrijspelen

Ook voor andere zorgtypen dan electieve interventies kunnen gefocuste organisatievormen van meerwaarde zijn. Sommige ziekenhuizen richten hun organisatievorm op het samenwerken over domeinen (Wlz en Zvw) heen voor complexe zorgvraag voor ouderen en chronisch zieken.

Ook zijn er focusklinieken die zich richten op specifieke chronische aandoeningen (bijv. Diabetes) en aanbieders die zich met nieuwe hybride zorgpaden richten op *disease management* van meerdere chronische aandoeningen (bijv. Zorg bij Jou van de Santeon ziekenhuizen). Hun marktaandeel is nog fors lager dan het aandeel van de focusklinieken in de interventies. Toch heeft in bredere zin het ontvlechten van diagnose- en indicatiestelling en chronische zorg en daarbij sturen op efficiëntie een fors arbeidsbesparingspotentieel

- Voor diagnose en indicatiestelling: Eerdere praktijkervaringen / evaluaties laten zien dat een volumereductie van 10-15% reëel is indien er programmatisch werk wordt gemaakt van verantwoorde volumereductie. Voorbeelden vanuit klinieken die zich richten op diagnose- en indicatiestelling van (meervoudig) complexe patiënten ondersteunen dit potentieel. Opgeschaald naar het totale electieve zorgvolume kan dit in potentie ca.14.000-23.000 zorgmedewerkers in de toekomst vrijspelen.
- Voor chronische zorg biedt een gerichte, niet-traditionele organisatievorm potentieel ook voordelen waarbij het zorgvolume o.b.v. praktijkervaringen met 30-50% gereduceerd kan worden door fundamenteel herontwerp en digitalisering van het bedienings- en organisatie-model. Op basis van de inschatting dat dit zou gelden voor 50% van de totale inzet op chronische zorg *disease management* zou dat ca. 6.000-9.000 zorgmedewerkers vrijspelen.

In totaal ontsluit ontvlechting van verschillende zorgtypen naar gefocuste, passende organisatievormen een totaalpotentieel om zo'n 29.000 – 46.000 zorgmedewerkers vrij te spelen, ofwel ca. 60-100% van het personeelstekort voor de MSZ in 2033.

De mate waarin het potentieel kan worden gerealiseerd is afhankelijk van de mate waarin het efficiëntievoordeel kan samengaan met passende zorg, en de mate waarin volumeverschuivingen naar focusklinieken kunnen plaatsvinden zonder de noodzakelijke infrastructuur van geïntegreerde ziekenhuizen uit te hollen.

Samenvatting (3/5)

Maatschappelijk incasseren van het potentieel vraagt van focusklinieken een agenda op passende zorg

Een eerste voorwaarde om het maatschappelijk potentieel te realiseren is dat focusklinieken een agenda maken van passende zorg. Zonder inzet op passende zorg leidt de extra efficiëntie al snel tot supply induced demand: het hardnekkige gegeven dat nieuw aanbod ook leidt tot meer zorgvraag ontstaat door ruimere indicatiestelling voor ingrepen. Er is inmiddels veel bewijs voor de stelling dat indicatiestelling een grijs gebied is. Het risico op supply induced demand ontstaat bij het 'vullen' van nieuw geopende focusklinieken, maar ook bij het opvullen van eventueel vrijgekomen ruimte in ziekenhuizen.

Hierin schuilt echter ook direct de sleutel: aandacht voor passende diagnose- en indicatiestelling biedt juist ook de potentie om het aantal electieve interventies verantwoord te reduceren. Door de diagnose- en indicatiestelling separaat te organiseren van de uitvoering van interventies én separaat te bekostigen verdwijnt de prikkel voor ruimere indicatiestelling. Hierdoor kan er worden 'geïnvesteerd' in passende indicatiestelling wat leidt tot een verdienmodel op passende zorg in plaats van omzetverlies. Voorbeelden van ziekenhuizen én klinieken die zich bewust inrichten op passende diagnose en indicatiestelling laten zien dat dit ook in de praktijk werkt en bovendien een fors verbeterpotentieel kent. (bijvoorbeeld: focuskliniek 'Rugpoli' richt zich alleen op diagnose- en indicatiestelling en conservatieve behandeling – 50% van de patiënten met een tertiaire verwijzing voor operatie wordt alsnog conservatief behandeld). Dit laat zien dat efficiënte en passende zorg hand in hand kunnen en moeten gaan om maatschappelijk te renderen.

Om een volumeverschuiving naar focusklinieken te legitimeren, zullen klinieken dus (naast efficiëntie) ook transparant en inzichtelijk moeten maken hoe zij werk maken van passende indicatiestelling. Bijvoorbeeld: eigen werkwijze en praktijkvariatie benchmarken en transparant maken, passende zorg opnemen in het ZKN-keurmerk, scheiding tussen indicatiestelling en interventie organiseren, eigen passende zorg praktijken delen en praktijken van elders overnemen, etc.

Volumeverschuiving naar aanbieders met de hoogste arbeidsproductiviteit vraagt een herschikking van het zorglandschap

Een tweede voorwaarde is dat er een antwoord nodig is op de mogelijke schaaluitdagingen van geïntegreerde ziekenhuizen als gevolg van volumeverschuivingen. De concurrentie van focusklinieken kan voor ziekenhuizen al snel als oneerlijk worden ervaren, juist omdat zelfstandige klinieken niet de kosten hoeven te dragen van een geïntegreerd aanbod. De volumes binnen ziekenhuizen die in theorie te verschuiven zijn, zijn deels simpelweg noodzakelijk als inkomsten voor algemene beschikbaarheidsfuncties. Minder volume leidt dan al snel tot (schaal)uitdagingen voor regionale ziekenhuizen, vooral m.b.t. dienstbezetting voor de acute zorg, maar mogelijk ook m.b.t. opleidingen. Dit kan betekenen dat continuïteit van acute zorg in het geding komt of dat verzekeraars dubbel moeten betalen: voor nieuwe efficiënte capaciteit én voor de inefficiëntie van de bestaande capaciteit.

Dit legt een grote verantwoordelijkheid bij verzekeraars om enerzijds volumes te leiden naar aanbieders met de hoogste arbeidsproductiviteit en anderzijds minimale schaal voor acute zorg in stand houden. Recht doen aan beide kanten vraagt een herschikking van het zorglandschap, met als contouren voor een nieuwe positionering:

- *Focusklinieken voor enkelvoudige medische, planbare zorgvragen:* bijdrage leveren aan toegankelijkheid door hoge arbeidsproductiviteit én passende zorg. Waar mogelijk samenwerken met ziekenhuizen op het gebied van dienstroosters voor acute beschikbaarheidsfuncties, opleiden van nieuwe artsen en personeel en gebruik maken van vrijkomende infrastructuur in ziekenhuizen
- *Algemene ziekenhuizen voor (meervoudig) medisch-maatschappelijk complexe zorgvragen:* Ziekenhuizen kunnen niet alles blijven doen en zullen zich opnieuw moeten uitvinden in verbinding met het regionale netwerk (huisartsen, VVT sociaal domein), als 'community hospitals', m.n. gericht op kwetsbare multimorbide ouderen, voor- / nazorg bij complexe zorgvragen en ingrepen die IC achterwacht vereisen
- *UMC's en STZ voor meervoudig medisch complexe zorgvragen:* Basiszorg kan deels verschuiven naar algemene ziekenhuizen om schaalproblematiek daar te voorkomen. Eventueel verdere concentratie van functies/ (sub)specialismen tussen UMC's en/of STZ om schaalproblematiek op dat niveau op te lossen.

Samenvatting (4/5)

Opgave voor ZKN

Klinieken kunnen vanuit innovatie- en veranderkracht een maatschappelijke motor vormen voor werkwijzen die bijdragen aan het verlagen van personeelsbehoefte.

1. *Agenda versterken op passende zorg:* Toon aan dat de ZKN werkwijze leidt tot zorg van gelijke of betere kwaliteit in combinatie met vermindering van de behoefte aan toekomstig personeel en reduceer het risico van supply induced demand
 - Inventariseer, ontwikkel en implementeer passende praktijken die leiden tot reductie van toekomstige personeelsbehoefte vanuit focusklinieken
 - Modelleer interne organisaties o.b.v. het onderscheid tussen diagnose- en indicatiestelling en behandeling om de inzet op efficiënte én passende zorg zoveel mogelijk institutioneel en voor stakeholders zichtbaar te maken
 - Verken op welke manier ZKN met haar keurmerk een bijdrage kan leveren aan het transparant maken van passende zorg praktijken en werkwijzen
 - Biedt vanuit transparantie de legitimerende rugdekking aan verzekeraars om in de contractering volume om te buigen naar aanbieders met hoge arbeidsproductiviteit én passende indicatiestelling
2. *Inbrengen van de potentie in regio's:* Speel een actieve rol in regionale transformatietafels en draag oplossingen aan die bijdragen het verminderen van personeelstekort in de regionale context
 - Organiseer een aanspreekpunt voor verzekeraars en collega-zorgaanbieders op regio-niveau om aan tafel te kunnen komen
 - Stel gezamenlijk een personeelsplan op voor de regio waarbij schaars personeel zo efficiënt en effectief mogelijk ingezet wordt
 - Vertaal de potentie van focusklinieken naar de regionale context en maak afspraken met verzekeraars en aanbieders hoe daar invulling aan te geven
3. *Helpen ondervangen van schaaluitdagingen van ziekenhuizen:* verken op welke manieren focusklinieken kunnen helpen bij het reduceren van minimale schaaluitdagingen van ziekenhuizen, bijvoorbeeld bij het ondervangen van acute zorg diensten en door bij te dragen aan gezamenlijke oplossingen m.b.t. opleidingen

Opgave m.b.t. (her)organisatie van de zorg voor overheid en verzekeraars

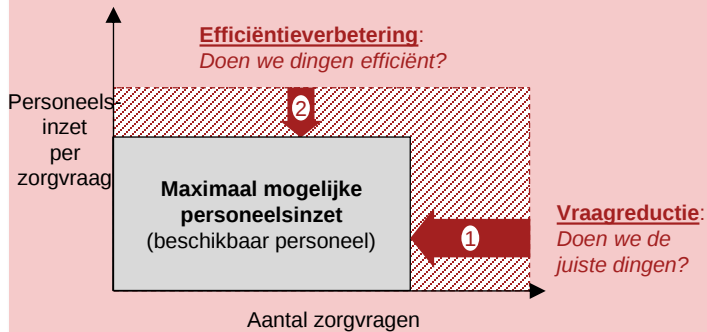
Er is flankerend beleid nodig om tot een bredere herschikking van het zorglandschap te komen en deze beweging maatschappelijk te laten renderen.

1. *Ondersteunen van de ontvlechting in vier zorgtypen:* Geef een impuls aan nieuwe werkwijzen op het gebied van toegankelijkheid, kwaliteit en klantgerichtheid door te erkennen dat verschillende zorgtypen een andere optimale organisatievorm en bekostiging vragen (in lijn met de oproep van de NVZ over passende bekostiging)
 - Werk alternatieve bekostigingsmethoden uit (gedifferentieerd naar zorgmodel) die de transformatie ondersteunt, met mogelijk ook tariefsdifferentiatie naar type (o.b.v. complexiteit)
 - Breng belemmeringen in het stelsel voor de zorgtypen in kaart en neem deze weg (bijv. schotten tussen WLZ en ZVW, bijvoorbeeld in de chronische zorg)
2. *Opzetten van landelijke infrastructuur voor passende praktijken:* maak transparant op welke praktijken bijdragen aan het verminderen van personeelstekorten, zowel op het gebied van primaire zorgprocessen als van de organisatie van de zorg, en gericht op efficiëntie en doelmatigheid
3. *Verkennen van een herschikking van patiëntstromen en het zorglandschap:* voer regie op de herschikking van het zorglandschap die nodig is om de zorg toegankelijk te houden. Bij de transitie dient wel oog te zijn voor de belangen die spelen, maar gevestigde belangen mogen niet leiden tot behoud van de status quo
 - Breng in kaart hoeveel basiszorg gespreid kan worden vanuit STZ-huizen en UMC's (dichterbij) naar regionale ziekenhuizen en klinieken
 - Verken – indien dit tot schaalproblemen bij STZ-huizen en UMC's leidt – in hoeverre concentratie van functies hier een oplossing kan zijn
 - Verken de minimaal benodigde acute zorg infrastructuur en op hoeveel plekken die noodzakelijk en mogelijk is
 - Verken welke functies en infrastructuur een herpositionering van algemene ziekenhuizen tot 'community hospitals' vraagt
 - Zet beschikbare (IZA-)transformatiemiddelen in om frictiekosten op het gebied van aanbod en organisatie van zorg te dekken

Samenvatting (5/5)

1

Context: Ontsluiten van nieuwe manieren van werken om toegankelijkheid te borgen



2

Perspectief: Passende én efficiënte zorg vereist passende organisatiemodellen en bekostiging

Model	Organisatievorm: focus	Bekostiging
Diagnostiek & indicatie	Passende indicatiestelling: samen beslissen, etc	PxQ (fee-for-service)
Electieve interventies	Operational excellence	PxQ (fee-for-outcome)
Chronische zorg	Hybride zorg en netwerk samenwerking	Abonnements-tarief
Acute zorg	Brede expertise en schaal	Beschikbaarheidsbijdrage

3

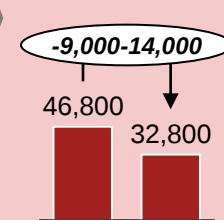
Potentieel: Focusklinieken kunnen personeelstekort met 9.000-14.000 verminderen

€2,8 Mld zorgvolume

kan met 30-40% hogere arbeidsproductiviteit in focusklinieken dan geïntegreerde ziekenhuizen worden uitgevoerd, door:

- ✓ Minder overhead / coördinatie
- ✓ Toegewijde (OK-)teams
- ✓ Routine en standaard werkwijzen
- ✓ Focus op 'operational excellence'

Impact op personeelstekort in 2033 (MSZ, # mdw)



4

Klinieken: Agenda op passende zorg

Efficiëntie



Passende zorg

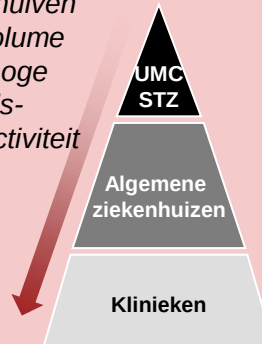
Zonder inzet op passende zorg leidt de extra efficiëntie al snel tot 'supply induced demand'

- ❑ Transparant maken hoe klinieken werk maken van passende indicatiestelling
- ❑ Separaat organiseren en bekostigen van diagnose- en indicatiestelling en interventies

5

Stelsel: Herschikken van volumes en het zorglandschap

Verschuiven van volume naar hoge arbeidsproductiviteit



Herschikken om schaaluitdagingen bij ziekenhuizen te adresseren

1. UMC/ STZ: meervoudig medisch complex
2. Algemene ziekenhuizen: meervoudig medisch-maatschappelijk
3. Focusklinieken: medisch enkelvoudig planbaar

6

Operationalisatie: Praktische aanbevelingen voor ZKN, overheid en verzekeraars

ZKN: bijdrage leveren aan regionale transformatietafels

- Inbrengen van het efficiëntiepotentieel als oplossingsrichting voor regionale personeelstekorten
- Samenwerken met ziekenhuizen en helpen ondervangen van schaaluitdagingen

Overheid en verzekeraars: stimuleren van passende organisatievormen en passende bekostiging

- Passende praktijken, ook in organisatie van zorg
- Passende bekostiging, gedifferentieerd naar type zorg

Inhoudsopgave

1. Samenvatting
2. **Context: Nieuwe manieren van werken nodig om personeelsbehoefte te verlagen en toegankelijkheid te borgen**
3. Perspectief: Focusklinieken bieden een geoptimaliseerd organisatiemodel voor een specifiek zorgpallet
4. Potentie: Focusklinieken kunnen een flinke bijdrage leveren aan oplossen van het personeelstekort
5. Randvoorwaarden: Benodigde voorwaarden om het maatschappelijk potentieel daadwerkelijk te realiseren
6. Aanbevelingen

Appendix

Het toenemende personeelstekort in de zorg zet de toegankelijkheid onder druk

Transitiedoelen uit het conceptaanvullend zorg en welzijn akkoord¹

Transitiedoel 1: Vrijspelen van personeel

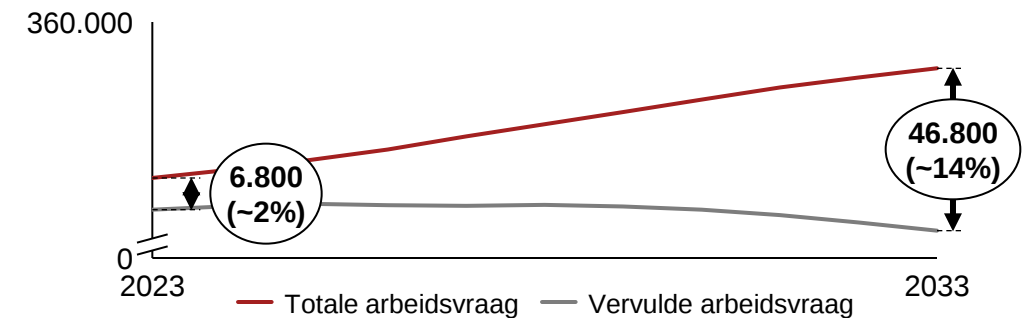
De grootste bedreiging van gelijkwaardige toegang tot zorg is het personeelstekort. De zorgvraag blijft toenemen tot 2040 en neemt pas af in 2060. Uitgaande van het prognosemodel Zorg & Welzijn moeten we tot en met 2033 de behoefte aan personele inzet van zorgmedewerkers in de medisch specialistische zorg met 47.000 verminderen om daarmee de zorg toegankelijk te houden

Transitiedoel 2: Gelijkwaardige toegang

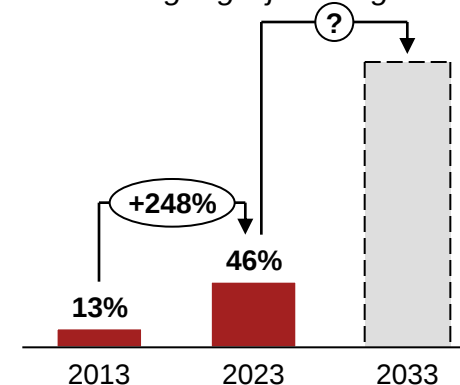
Mensen in Nederland moeten merken dat de toegang tot passende zorg gelijkwaardiger wordt, ongeacht waar je woont, hoeveel geld je hebt of wat je aandoening is. Daarvoor moeten we o.a. de wachttijden voor gelijkwaardige toegang tot passende zorg transparant maken en binnen hiervoor geschikte normen brengen.

Illustratie

Prognose van het personeelstekort in de MSZ²



% van toegangstijden hoger dan de treeknorm³



*“Patiënten vragen zich hardop af:
Kunnen wij over tien jaar nog wel de
zorg krijgen die wij nodig hebben?”*

- Patiëntenfederatie

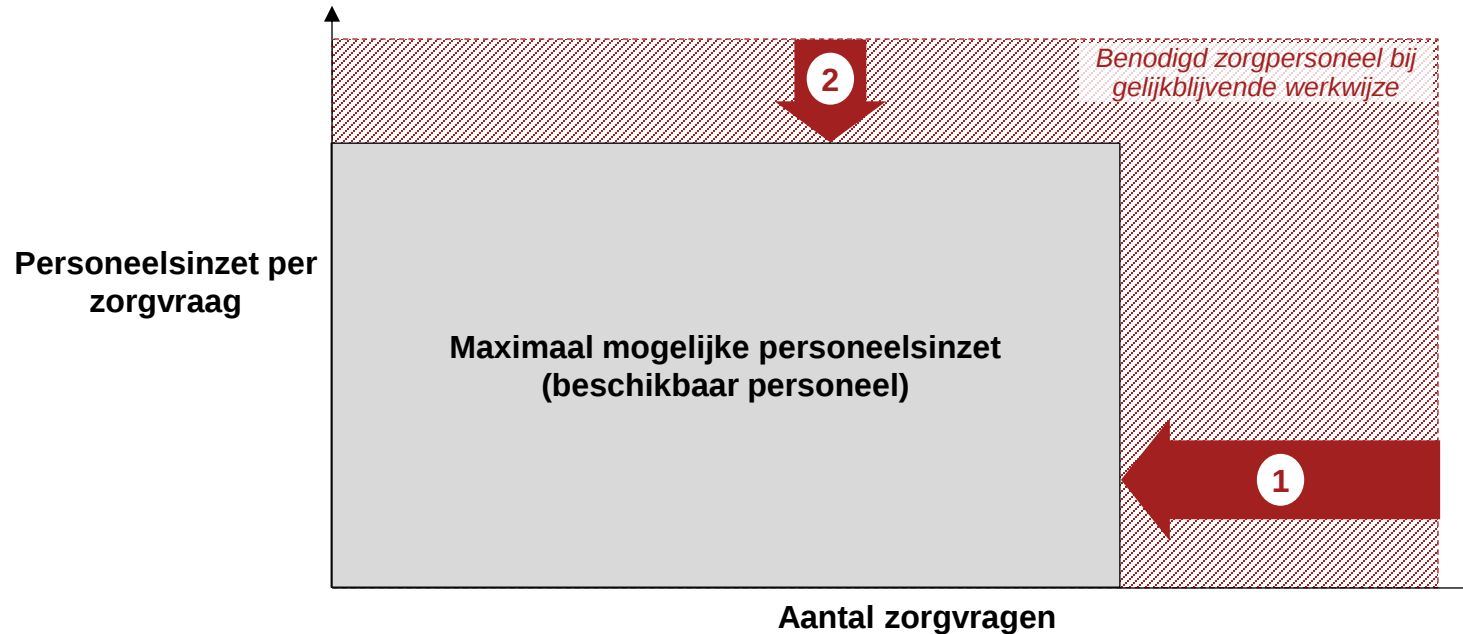
1) Bron: Concept aanvullende Zorg en Welzijn akkoord, gespecificeerd voor de MSZ

2) Bron: Prognosemodel Zorg & Welzijn 2024 (exportdatum 8 jan '25)

3) Bron: 1) Prognosemodel Zorg & Welzijn 2024 (exportdatum 8 jan '25) en CBS; 2: VZ info Wachtijd langer dan Treeknorm: behandeling (2024); voor zover de helaas gebrekkige informatie over wachttijden hier een betrouwbaar beeld van schetst

Zorgaanbieders moeten manieren van werken ontsluiten om personeelsbehoefte te verminderen (via vraagreductie en efficiëntieverbetering)

Twee sturingsopties: vraagreductie en productiviteitsverbetering



- ① **Vraagreductie: verminderen aantal zorgvragen (Doen we de juiste dingen?)**

Voorbeeld: voorkomen van onnodige of te voorkomen consulten/ interventies (via passende indicatiestelling, demedicalisering, etc.)

- ② **Efficiëntieverbetering: verlagen personeelsinzet per zorgvraag (Doen we dingen efficiënt?)**

Voorbeeld: verbeteren OK-output per dagdeel (door procesverbeteringen)

Verzekeraars moeten sturen op toegankelijkheid en de schaarse capaciteit/ personeel verdelen door keuzes in de inkoop te maken welke zorg het beste door welke aanbieder geleverd kan worden (op de meest passende manier én met de hoogste arbeidsproductiviteit)

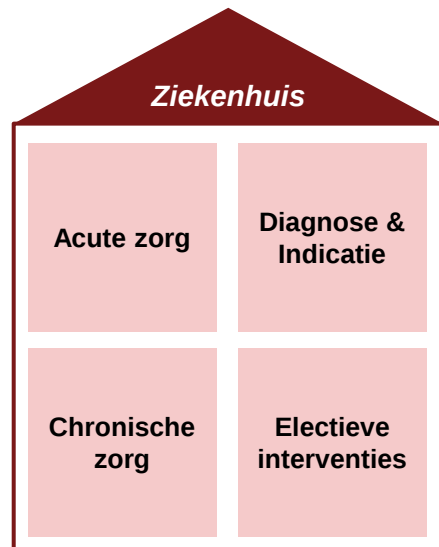
Inhoudsopgave

1. Samenvatting
2. Context: Nieuwe manieren van werken nodig om personeelsbehoefte te verlagen en zo toegankelijkheid te borgen
- 3. Perspectief: Focusklinieken bieden een geoptimaliseerd organisatiemodel voor een specifiek zorgpallet**
4. Potentie: Focusklinieken kunnen een flinke bijdrage leveren aan oplossen van het personeelstekort
5. Randvoorwaarden: Benodigde voorwaarden om het maatschappelijk potentieel daadwerkelijk te realiseren
6. Aanbevelingen

Appendix

Focusklinieken bieden deel van het pallet van zorg van algemene ziekenhuizen en optimaliseren hun organisatiemodel daarvoor

(Geïntegreerde) ziekenhuizen bieden alles onder één dak om o.a. te voorzien in ongedifferentieerde en acute zorgvraag

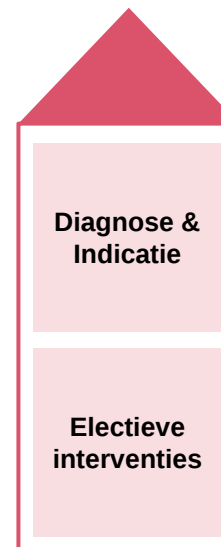


Er is een sterke logica om diverse specialismen en zorgtypen onder één dak te organiseren

- Geïntegreerde ziekenhuizen zijn per definitie nodig voor acute zorg, diagnose- en indicatiestelling voor ongedifferentieerde complexe zorgvragen en het uitvoeren van electieve interventies waarvoor intensive care achterwacht nodig is
- Daarnaast geldt de maatschappelijke verwachting rondom toegankelijkheid van zorg in de volle breedte en niet voor bijvoorbeeld alleen cataracten en heupvervangingen

>> De keerzijde van alles onder één dak is dat het voor geen van de zorgtypen écht optimaal is georganiseerd

Focusklinieken richten zich op het efficiënt en klantgericht behandelen van specifieke (planbare) zorgaandoeningen



Ontvlechten van zorg naar gefocuste organisatievormen voor electieve zorg, chronische zorg en acute zorg biedt potentieel voor productiviteitsverbetering

- Focusklinieken zijn als 'business model innovatie' ontstaan en bieden een klein, specifiek deel van het zorgpallet van een geïntegreerd ziekenhuis
- Dit heeft als voordeel dat het organisatiemodel voor een smaller pallet aan zorg geoptimaliseerd kan worden
- Hierdoor kunnen focusklinieken zich vaak onderscheiden van geïntegreerde ziekenhuizen op efficiëntie en patiëntvriendelijkheid

In bredere zin biedt het *ontvlechten* van zorg naar toegespitste organisatievormen potentieel voor efficiëntie en passende volumes

Zorgtype/ business model	Patiëntbehoefte	Zorgactiviteit	Maatschappelijke waarde	Passende organisatievorm	Passende bekostiging
 Diagnostiek & indicatie	Begrijpen wat er aan de hand is en wat daar aan gedaan kan worden	Adviseren	Vraagreductie: Tijd voor betere indicatiestelling leidt tot passende behandelkeuzes (veelal tot minder/ conservatievere ingrijpen)	Tijd en ruimte voor (gezamenlijke) besluitvorming en multidisciplinaire diagnostiek	PxQ (fee-for-service)
 Electieve interventies	Zo goed mogelijk uitvoeren van een interventie	Behandelen	Efficiëntie: met hetzelfde personeel meer zorg verlenen	Continue aandacht voor <i>operational excellence</i> en transparantie op uitkomsten	PxQ (fee-for-outcome)
 Chronische zorg	Begeleid worden bij het leren leven met de chronische ziekte	Begeleiden/ monitoren	Vraagreductie en efficiëntieslag vanuit digitaal en transmuraal zorgpad redesign	Ruimte voor digitale tools en ketensamenwerking (zorgpad inrichten vanuit het perspectief van de patiënt, niet aanbieder)	Abonnements-tarief
 Acute zorg	Acuut geholpen worden wanneer nodig	Opvangen (adviseren/ behandelen)	Beschikbaarheid van acute zorg organiseren en voorkomen van instroom	Brede expertise en zekere schaalgrootte nodig om beschikbaarheid te kunnen garanderen	Beschikbaarheidsbijdrage

Inhoudsopgave

1. Samenvatting
2. Context: Nieuwe manieren van werken nodig om personeelsbehoefte te verlagen en zo toegankelijkheid te borgen
3. Perspectief: Focusklinieken bieden een geoptimaliseerd organisatiemodel voor een specifiek zorgpallet
4. **Potentie: Focusklinieken kunnen een flinke bijdrage leveren aan oplossen van het personeelstekort**
5. Randvoorwaarden: Benodigde voorwaarden om het maatschappelijk potentieel daadwerkelijk te realiseren
6. Aanbevelingen

Appendix

Organiseren van electieve interventies in een focuskliniek leidt tot hogere efficiëntie: lagere kosten en personeelsinzet per ingreep

Een focuskliniek richt zich op efficiënt en gestandaardiseerd uitvoeren van een beperkt aantal electieve interventietypes

Hoog-volume electieve interventies gefocust organiseren in een separate organisatievorm ('buiten' een complex ziekenhuis) leidt tot hogere efficiëntie en dus lagere kosten en personeelsinzet per interventie door diverse factoren, die zijn geïdentificeerd op basis van interviews met specialisten en experts:



Beperkte overhead: minder management- en ondersteunende functies nodig om een grote diversiteit aan activiteiten en personeel te coördineren



Toegewijde (OK-)teams: kleine, stabiele OK-teams die goed op elkaar zijn ingespeeld (m.n. anesthesiologie) én waarbij wordt (door)geselecteerd op culturele fit én prestaties



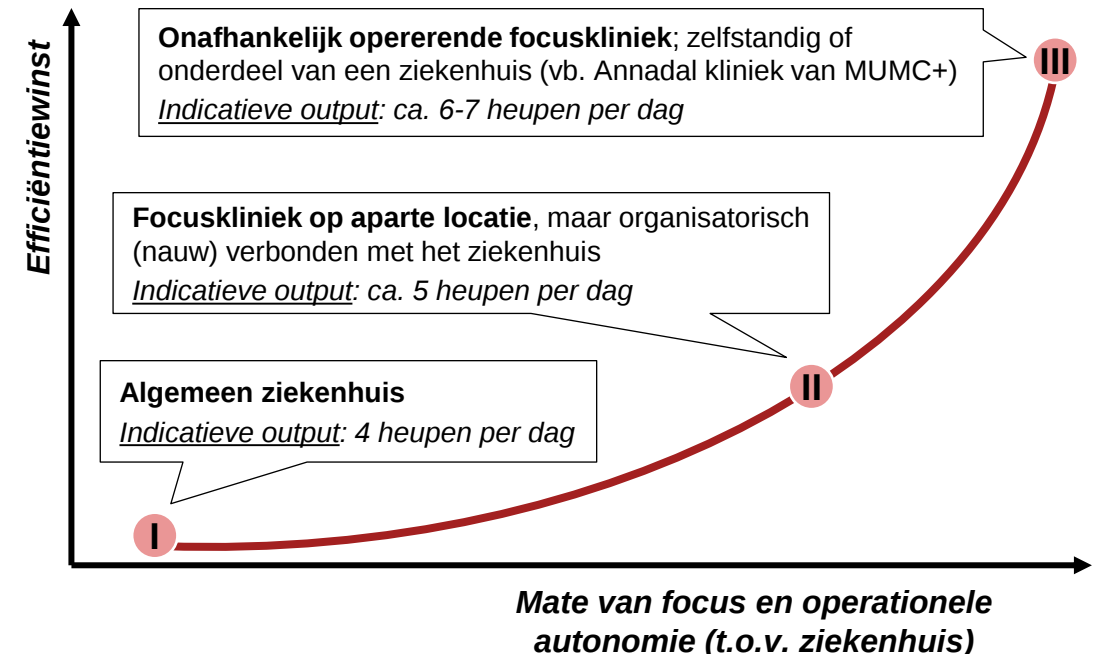
Standaardisatie: routine door vaak uitvoeren van dezelfde ingrepen en gestandaardiseerde werkwijzen vergroten voorspelbaarheid en verkorten operatietijden



Continu verbeteren: cultuur en aansturing gericht op leren en snel verbeteren t.o.v. heldere resultaat-KPI's (output/benutting/kwaliteit): 'wat kunnen we doen om extra output te realiseren?'

Operationeel onafhankelijke / autonome focusklinieken blijken het meest efficiënt in termen van output per dag

Focusklinieken die operationeel (bijna) volledig zelfstandig zijn van ziekenhuizen realiseren een hogere efficiëntie dan focusklinieken die operationeel nog deels verweven zijn met een ziekenhuis (bijvoorbeeld: gedeeld personeel en roosters, gedeelde inkoop, etc.).



O.b.v. wetenschappelijk onderzoek en praktijkervaringen schatten we in dat focusklinieken planbare ingrepen ca. 30-40% efficiënter uitvoeren

Internationaal onderzoek laat zien dat ca. 10-50% verkorting van OK-tijd mogelijk is in een focuskliniek t.o.v. ziekenhuis

Studie	Ingreep	Impact op tijd	Toelichting op impact
Enodien et al. 2022	Buikwand-breuken	-53%	• 36 (kliniek) vs. 76 (ziekenhuis) minuten operatietijd
Gulati et al. 2019	Cataract	-40%	• 16 minuten langere gemiddelde totale OK tijd in het ziekenhuis, en 5 minuten langere wisseltijden
Hair et al. 2013	Diverse	-39%	• 83 (kliniek) vs.135 (ziekenhuis) minuten operatietijd
Iweala et al. 2019	Diverse orthopedische	-35%	• 88 (kliniek) vs. 135 (ziekenhuis) minuten operatietijd
Imran et al. 2019	Diverse	-27%	• 56,2 (kliniek) vs. 77,4 (ziekenhuis) minuten operatietijd, en significante verschillen in de wisseltijd, inleiding en uitleiding
Kruse et al. 2019	Cataract	-20%	• 4,2 activiteiten (kliniek) vs. 5,5 (ziekenhuis) • Activiteiten waaronder diagnostisch, anesthesiologisch, verpleging, consulten
Condron et al. 2022	Reconstructie voorste kruisband	-12%	• 91,5 (kliniek) vs.105 (ziekenhuis) minuten operatietijd
MacKoul et al. 2019	Baarmoeder-verwijdering	-12%	• 53,7 (kliniek) vs. 61,3 (ziekenhuis) minuten operatietijd, en 12 min minder anesthesietijd

Ook in NL zien we o.b.v. kliniekdata en gesprekken met specialisten dat focusklinieken 30-40% efficiënter zijn¹

Type ingreep	Reductie OK-tijd	Toelichting op impactinschatting
Proctologie ³	-50%	Gemiddeld 8-10 ingrepen per sessie in een kliniek en ongeveer de helft daarvan in een ziekenhuis
Hand- en polschirurgie ²	-45%	Gemiddeld 14 operaties per sessie in klinieken gedreven door een effectieve planning van ingreepsoorten vs. 8 in ziekenhuizen
Cataract	-40%	Gemiddeld 6-7 per sessie in een algemeen ziekenhuis vs. 11-12 cataracten per sessie in een geoptimaliseerde kliniek
Totale heup prothese	-35%	Efficiëntie m.n. gedreven door kortere wisseltijden en anesthesie; gemiddeld 4-5 ingrepen vs. 6-8 ingrepen per sessie
Totale knie prothese	-30%	Gemiddeld 4-5 per sessie in een algemeen ziekenhuis vs. 6-7 per sessie in een focuskliniek

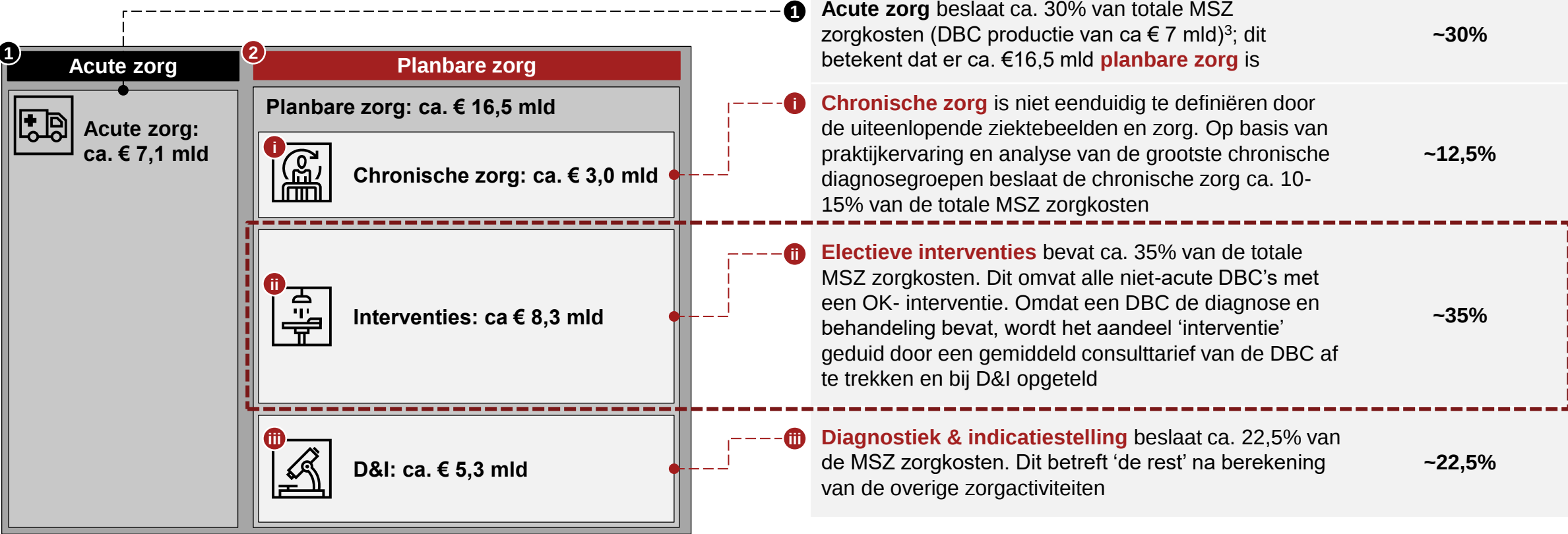
Gehanteerde impact: -30-40%

1) Bij dezelfde ingrepen op vergelijkbare patiëntmix – gebaseerd op OK-data van zelfstandige focusklinieken en interviews met specialisten (operateur) en experts met ervaring in ziekenhuizen en focusklinieken
2) O.a. carpal tunnel release, trigger finger release, kijkoperaties van de pols en skiduum herstel; het verschil wordt geobserveerd ondanks dat in klinieken deze ingrepen op OK plaatsvinden en in ziekenhuizen veelal op de POK
3) Waaronder hemorroidopexie, hemorroidectomie en fissurectomie op OK

Om de basis te bepalen waarop dit potentieel gerealiseerd kan worden is eerst het totaal volume aan electieve interventies benaderd

Verdeling van de medisch specialistische zorg (2023)

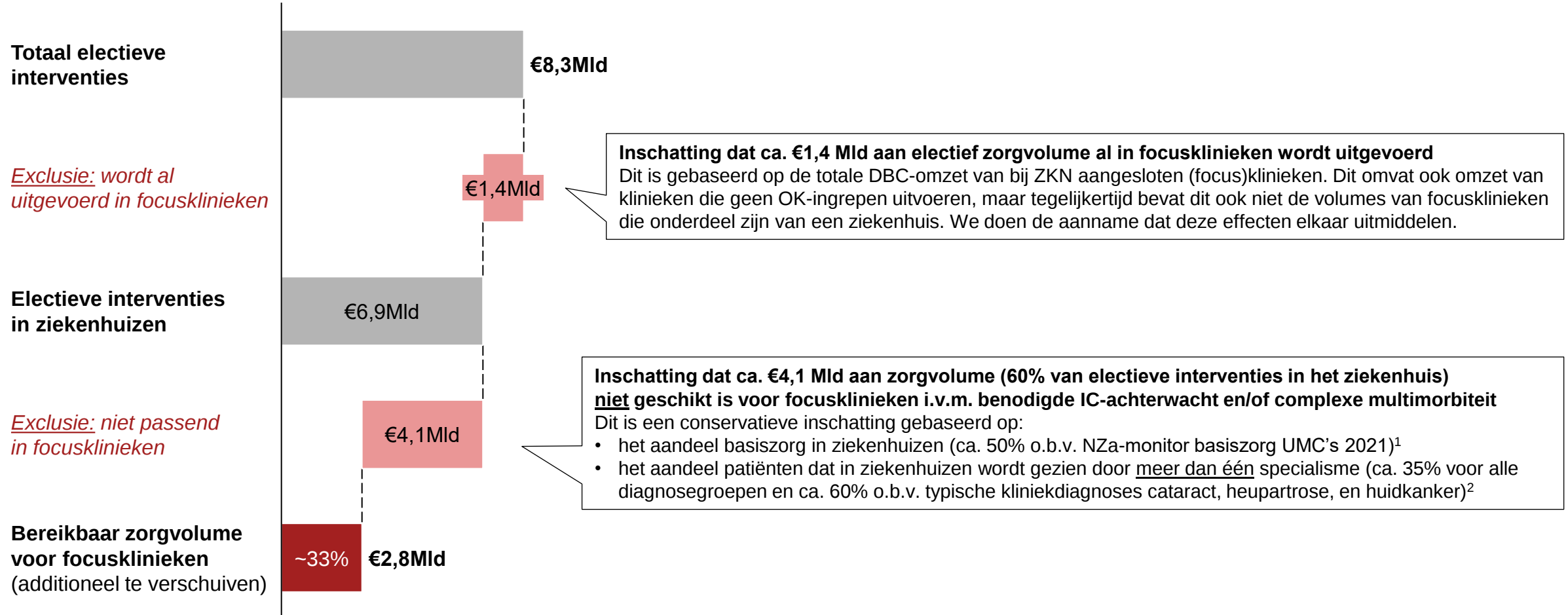
Volledige MSZ: € 23,6 mld¹
302,000 medewerkers²



● / ● Volgorde berekening

1) Bron: Vektis data (2023, excl. DGM en OVPs);
2) Bron: Prognosemodel Zorg & Welzijn 2024 (exportdatum 8 jan '25)
3) Bron: Strategy& analyse o.b.v. ervaring elders a.d.h.v. DOTS die binnen 24 uur van een SEH bezoek zijn geopend. Getallen kunnen afwijken o.b.v. afrondingen

Vervolgens hebben we ingeschat welk deel van het electieve volume nog bereikbaar is voor verschuiving naar focusklinieken: ca. €2,8Mld



1) Monitor basiszorg UMC's (2021);

2) Rapport 'De kracht van Focus' (2022), gevalideerd o.b.v. Strategy& ziekenhuiszorg database

Landelijk besparingspotentieel van verschuiving electieve zorg naar focuskliniek setting schatten we op ca. 9.000-14.000 zorgmedewerkers

Impactpotentieel (per ingreep)		Bereikbaar zorgvolume		Landelijk besparingspotentieel
30-40% efficiëntiewinst	X	€2,8 mld zorgvolume (~33% van €8,3m aan electieve OK-ingrepen)	=	9.000 - 14.200 zorgmedewerkers (€0,7 - €1,1mld zorgvolume)
- Organiseren van hoog-volume electieve interventies in een focuskliniek leidt tot hogere efficiëntie t.o.v. geïntegreerde ziekenhuizen - Internationaal wetenschappelijk onderzoek en praktijkervaringen in Nederland laten zien dat focus-klinieken planbare ingrepen ca. 30-40% efficiënter uitvoeren (meer output in dezelfde tijd)		- ca. € 8,3mld aan zorgvolume betreft electieve OK-ingrepen (ca. 35% van totale DBC-omzet)¹ - Hiervan vindt een deel al plaats in focusklinieken (ca. €1,4mld)² en is een deel niet geschikt voor focusklinieken i.v.m. benodigde IC-achterwacht en/of multimorbiditeit (conservatieve inschatting: 60% van electief volume in ziekenhuizen is niet geschikt voor focusklinieken)³ - Daarmee resteert ca. 33% van de totale electieve interventies die additioneel zou kunnen plaatsvinden binnen een focuskliniek		- Op landelijk niveau bedraagt de potentiële besparing door electieve zorg in focuskliniek setting uit te voeren zo'n €0,7-1,1mld aan zorgkosten, gedreven door efficiëntieverbetering - Deze besparing staat gelijk aan zo'n 4-5% van de totale DBC-omzet in de MSZ en daarmee dus zo'n 9.000-14.200 medewerkers, die vrijgespeeld kunnen worden t.b.v. verbetering toegankelijkheid⁴ - Hiermee wordt zo'n 20-30% van het verwachte personeelstekort in de MSZ per 2033 opgelost⁵

1) Dit omvat omzet van alle niet-acute DBC's mét een OK interventie, minus de kosten van diagnose en indicatiestelling (zie appendix voor details); 2) €1,4 mld gebaseerd op de totale DBC-omzet van ZKN-focusklinieken; 3) 60% gebaseerd op het aandeel patiënten dat gezien wordt door max. 1 specialisme én aandeel basiszorg in ziekenhuizen o.b.v. monitor basiszorg UMC's (2021), als benadering voor het aandeel ASA 3-4 patiënten; 4) Gebaseerd op de totale DBC-omzet in de MSZ van 23,6mld (Vektis data 2023) en een totaal aantal zorgmedewerkers in de MSZ van 302.000 (prognosemodel Z&W, 2023); 5) Het verwachte personeelstekort in de MSZ per 2033 is 46.800 medewerkers (prognosemodel Z&W); Getallen kunnen afwijken o.b.v. afrondingen

Breder zien we dat gefocuste, passende organisatievormen én daarbij sturen op passende volumes en efficiëntie forse besparingspotentie biedt

Zorgtype	Passende organisatievorm	Impactpotentieel	Bereikbaar zorgvolume	Landelijk potentieel
 Electieve interventies	Focuskliniek gericht op uitvoeren hoog-volume electieve interventies met aandacht voor 'operational excellence'	30-40% efficiëntiewinst <i>door hoger aantal interventies in dezelfde tijd; impact o.b.v. internationaal onderzoek en praktijkervaringen in NL</i>	€2,8 mld zorgvolume <i>~33% van €8,3mld aan electieve OK-ingrepen; inschatting voor ASA 1-2 excl. wat al in focusklinieken gebeurt</i>	9.000 - 14.200¹ zorgmedewerkers <i>(€0,7 - €1,1mld zorgvolume)</i>
 Diagnostiek & Indicatiestelling	Focus op effectieve en passende diagnose en indicatiestelling door aandacht voor o.a. doelmatige diagnostiek, Samen Beslissen, en multidisciplinaire indicatiestelling	10-15% volumereductie <i>door conservatievere behandelkeuzes; impact o.b.v. ZBC-voorbeeld en ziekenhuizen met programmatische aanpak</i>	€8,3 mld zorgvolume <i>(100% van electieve OK-interventies)</i>	10.600 - 15.900 zorgmedewerkers <i>(€0,8 - €1,2mld zorgvolume)</i>
		5-10% efficiëntiewinst <i>door 'one-time-right' en efficiëntere organisatie; impact o.b.v. praktijk-voorbeelden vanuit ZBC's</i>	€5,3 mld zorgvolume <i>(100% van alle zorgactiviteiten gerelateerd aan D&I)</i>	3.400 - 6.800 zorgmedewerkers <i>(€0,3 - €0,5mld zorgvolume)</i>
 Chronische zorg	Fundamenteel herontwerp en digitalisering van het bedienings- en organisatiemodel gericht op effectief en efficiënt 'disease management'	30-50% volumereductie / efficiëntieverbetering <i>door efficiënter (zelf)management en voorkomen exacerbaties; impact o.b.v. praktijkresultaten met o.a. thuismonitoring</i>	€3,0 mld zorgvolume <i>~50% van de chronische zorg o.b.v. inschatting patiënten met voldoende digitale vaardigheden en bereidheid</i>	5.700 - 9.400 zorgmedewerkers <i>(€0,4 - €0,7mld zorgvolume)</i>
Hiermee zou zo'n 60-100% van het verwachte personeelstekort (46.800 medewerkers in 2033)² kunnen worden voorkomen				28.600–46.200 medewerkers <i>(€2,2 – €3,6 mld)</i>

1) Het volume voor de efficiëntiewinst van electieve interventies betreft – indien gelijktijdig wordt ingezet op volumereductie D&I – geen €8,3mld, maar €7,0-7,4mld i.v.m. de D&I impact van passende indicatiestelling die hieraan vooraf gaat en daarmee ook invloed heeft op het verbeterpotentieel van electieve interventie

2) Prognosemodel Zorg & Welzijn 2024 (exportdatum 8 jan '25)

Inhoudsopgave

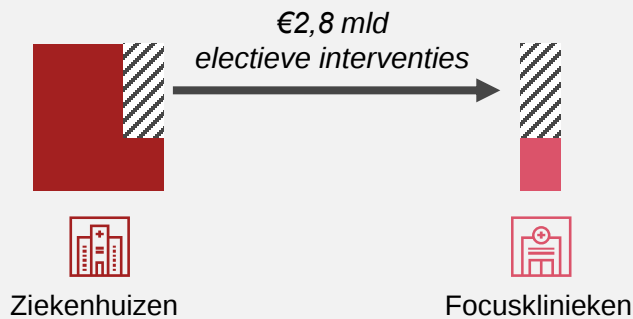
1. Samenvatting
2. Context: Nieuwe manieren van werken nodig om personeelsbehoefte te verlagen en zo toegankelijkheid te borgen
3. Perspectief: Focusklinieken bieden een geoptimaliseerd organisatiemodel voor een specifiek zorgpallet
4. Potentie: Focusklinieken kunnen een flinke bijdrage leveren aan oplossen van het personeelstekort
- 5. Randvoorwaarden: Benodigde voorwaarden om het maatschappelijk potentieel daadwerkelijk te realiseren**
6. Aanbevelingen

Appendix

Verzilveren van maatschappelijk potentieel focusklinieken vereist verschuiving volumes en medewerkers én realiseren van 2 voorwaarden

We moeten volume- en personeel verschuiven naar hogere productiviteit

- Verzilveren van het efficiëntiepotentieel van focusklinieken vereist een 'verschuiving' van electieve volumes vanuit ziekenhuizen naar focusklinieken – gestuurd door verzekeraars
- Gezien het personeelsschaarste kan dit alleen wanneer zorgpersoneel (deels) mee verschuift. Dit betekent dat huidige ziekenhuizen als totale groep zullen krimpen in personeel en volume



Tegelijkertijd inzetten op voorwaarden om maatschappelijk potentieel te realiseren

I Focusklinieken moeten hun werkagenda op passende indicatiestelling versterken

Zonder inzet op passende zorg leidt extra efficiëntie al snel tot 'supply induced demand': het feit dat er (bewust of onbewust) meer zorgvraag ontstaat door ruimere indicatiestelling

II Herschikken van het zorglandschap (als antwoord op schaaluitdagingen)

Zonder inzet op herschikking leidt volumeverschuiving potentieel tot (schaal)uitdagingen voor ziekenhuizen op m.n. dienstbezetting in de 24/7 acute zorg en opleidings-/volumenormen

Verdieping op deze voorwaarden op de volgende pagina's

Echter, deze voorwaarden mogen geen excuus vormen voor behoud status quo

- Als we niet veranderen komt de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg verder onder druk te staan door het personeelstekort
- De sector heeft dan ook geen andere keuze dan aan de slag te gaan met transformatie en volumes te verschuiven naar de meeste passende én efficiënte aanbieders
- Hierbij hebben m.n. verzekeraars een leidende rol om ook de voorwaarden te realiseren om het maatschappelijk potentieel van focusklinieken daadwerkelijk te kunnen verzilveren

Voorwaarde 1: focusklinieken moeten hun werkagenda versterken op passende indicatiestelling om efficiëntiewinst ook echt te verzilveren



Randvoorwaarde: focusklinieken moeten hun werkagenda versterken op passende zorg / indicatiestelling

- Zonder inzet op passende zorg leidt de extra efficiëntie al snel tot '*supply induced demand*': het hardnekkige gegeven dat nieuw aanbod leidt tot meer zorgvraag ontstaat door ruimere indicatiestelling voor ingrepen (bewust of onbewust)
- Dit risico ontstaat bij het 'vullen' van nieuw geopende focusklinieken, maar ook bij het opvullen van eventueel vrijgekomen ruimte in ziekenhuizen
- Om volumeverschuiving naar focusklinieken te legitimeren, zullen zij dus (naast efficiëntie) ook transparant en inzichtelijk moeten maken hoe zij werk maken van passende indicatiestelling

Mogelijke agendaonderdelen:

- **Diagnose en indicatiestelling separaat organiseren** van de uitvoering van interventies én separaat te bekostigen. Hiermee verdwijnt het incentive voor ruimere indicatiestelling én kan er juist extra worden 'geïnvesteerd' in en gefocust op passende indicatiestelling als verdienmodel
- **Eigen werkwijze en praktijkvariatie benchmarken** en transparant maken om een lerende beweging op te starten
- **Eigen passende zorg praktijken codificeren** en breed delen en praktijken van elders overnemen en implementeren

>> Voorbeelden van ziekenhuizen én klinieken die zich focussen op passende indicatiestelling laten zien dat dit in de praktijk werkt én een fors verbeterpotentieel kent (zie voorbeelden rechts én in de appendix, waaruit blijkt dat reductie tussen 10-50% haalbaar is)

Praktijkvoorbeelden waar D&I losstaand zijn georganiseerd van de uitvoering van interventies



Focus op diagnose & indicatiestelling en conservatieve behandeling bij rugklachten; verwijzen door naar ziekenhuis als operatie nodig is



50-80% van herniapatiënten met tertiaire OK-verwijzing toch conservatief behandeld



Focus op diagnose & indicatiestelling door onafhankelijke specialisten als '*second opinion*' op patiënten met een operatie-indicatie (Duitsland)



ca. 60% krijgt alsnog conservatief behandeladvies en 79% volgt dit advies ook op



Netwerk van 6 ziekenhuizen waarbij diagnose, indicatiestelling en nazorg wordt uitgevoerd op satellietlocaties en organisatorisch is gescheiden van het efficiënt uitvoeren van operaties in één centraal ziekenhuis

Voorwaarde 2: bredereerschikking van zorglandschap is belangrijk om schaaluitdagingen bij (regionale) ziekenhuizen te voorkomen



Randvoorwaarde: herschikking zorglandschap als antwoord op mogelijke schaaluitdagingen

- Concurrentie van focusklinieken kan door ziekenhuizen als oneerlijk worden ervaren, juist omdat zelfstandige klinieken niet de kosten en complexiteit hoeven te dragen van een geïntegreerd aanbod
- De electieve volumes die in theorie te verschuiven zijn van ziekenhuizen naar focusklinieken, zijn soms noodzakelijk als bijdrage voor algemene beschikbaarheidsfuncties van ziekenhuizen
- Minder volume leidt dan potentieel tot (schaal)uitdagingen voor regionale ziekenhuizen, vooral m.b.t. (1) dekkende dienstbezetting in de 24/7 acute zorg, maar ook (2) opleiding- en volumenormen en (3) onderbenutting van bestaande ziekenhuisinfrastructuur
- Onopgelost zou dit kunnen betekenen dat de continuïteit van acute zorg in het geding komt of dat verzekeraars dubbel moeten betalen: voor nieuwe efficiënte capaciteit (focusklinieken) én voor inefficiënte van bestaande capaciteit (ziekenhuizen)

>> *herschikking van zorglandschap als antwoord op schaaluitdagingen van ziekenhuizen is een belangrijke voorwaarde om het potentieel van focusklinieken maatschappelijk maximaal te laten renderen*



Grote verantwoordelijkheid voor verzekeraars én ziekenhuizen zich zullen moeten herpositioneren

Verzekeraars dragen de grote verantwoordelijkheid om:

- Volumes te leiden naar aanbieders met de hoogste arbeidsproductiviteit
- De minimale schaal voor acute zorg in stand te houden

Invulling van beide verantwoordelijkheden vraagt een herschikking van het zorglandschap met als contouren (zie ook volgende pagina):

- UMC en STZ: focus op meervoudig medisch complexe zorgvragen en basiszorgvolumes spreiden naar algemene ziekenhuizen en klinieken zodat schaaluitdagingen daar worden voorkomen¹
- Algemene ziekenhuizen: kunnen niet alles blijven doen en moeten zich duidelijker onderscheiden van UMC/STZ en focusklinieken door zich te herpositioneren tot '*community hospitals*' in verbinding met het regionetwerk en gericht op kwetsbare multimorbide ouderen
- Focusklinieken: zullen een bredere maatschappelijke rol op zich moeten nemen en o.a. ook bijdragen aan opleidingen, regionale dienstbezetting acute zorg en benutten van bestaande infrastructuur

Herschikking zorglandschap: volumeverschuiving naar hogere arbeidsproductiviteit én herpositionering gericht op specifieke zorgvraagtypen

Volumeverschuiving naar hogere arbeidsproductiviteit

Inschatting dat ca. €8,7 mld aan basiszorg¹ binnen UMC en STZ ziekenhuizen wordt uitgevoerd (en dus theoretisch naar algemene ziekenhuizen of focusklinieken kan verschuiven om schaalproblematiek bij kleinere algemene ziekenhuizen te voorkomen)

Nuancering: in praktijk kunnen waarschijnlijk niet alle basiszorgvolumes worden verschoven, omdat sommige UMC's / STZ ook een regionale basiszorgfunctie vervullen (vb. MUMC+)

Inschatting dat ca. €2,8 mld zorgvolume² aan electieve interventies kan verschuiven naar focusklinieken

Arbeidsproductiviteit

Herpositionering zorgaanbieders naar type zorgvraag / patiënt

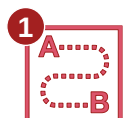
Type zorgvraag	Typische patiënten	Kernactiviteiten
UMC & STZ (Meervoudig) medisch complex	Patiënten met weinig voorkomende (combinaties) van aandoeningen óf aandoeningen waar nog geen eenduidige behandeling voor is	(Multidisciplinaire) indicatiestelling, (acute) behandeling en onderzoek vanuit superspecialisaties
Algemene ziekenhuizen ('community hospitals') (Meervoudig) medisch-maatschappelijk	(Syndemisch) kwetsbare patiënten met multimorbiditeit; m.n. kwetsbare ouderen. (en ook: voor- en nazorg bij medisch complexe zorgvragen)	Acute zorg, multidisciplinaire indicatiestelling, behandeling kwetsbare patiënten (i.v.m. IC) Samenwerking tussen specialismen én met regionaal netwerk (o.a. huisartsen, VVT, sociaal domein)
Focusklinieken Enkelvoudig medisch planbaar	'Gezonde' patiënten met enkelvoudige, veelvoorkomende zorgvraag met een duidelijk behandelmethode	Passende diagnose & indicatiestelling voor veelvoorkomende, enkelvoudige zorgvragen Efficiënte uitvoering van planbare ingrepen

Inhoudsopgave

1. Samenvatting
2. Context: Nieuwe manieren van werken nodig om personeelsbehoefte te verlagen en zo toegankelijkheid te borgen
3. Perspectief: Focusklinieken bieden een geoptimaliseerd organisatiemodel voor een specifiek zorgpallet
4. Potentie: Focusklinieken kunnen een flinke bijdrage leveren aan oplossen van het personeelstekort
5. Randvoorwaarden: Benodigde voorwaarden om het maatschappelijk potentieel daadwerkelijk te realiseren
- 6. Aanbevelingen**

Appendix

ZKN en ZKN-klinieken kunnen vanuit hun innovatie- en veranderkracht een aanjager zijn in de beweging o.b.v. een maatschappelijke werkagenda



Agenda maken van passende zorg

Toon aan dat ZKN werkwijze leidt tot zorg van gelijke of betere kwaliteit in combinatie met vermindering van de behoefte aan toekomstig personeel en reduceer het risico van supply induced demand

- Inventariseer, ontwikkel en implementeer passende praktijken die leiden tot reductie van toekomstig personeelsbehoefte vanuit focusklinieken
- Modelleer interne organisaties o.b.v. het onderscheid tussen diagnose- en indicatiestelling en behandeling om de inzet op efficiënte én passende zorg zoveel mogelijk institutioneel en voor stakeholders zichtbaar te maken
- Verken op welke manier ZKN met haar keurmerk een bijdrage kan leveren aan het transparant maken van passende zorg
- Biedt vanuit transparantie de legitimerende rugdekking aan verzekeraars om in de contractering volume om te buigen naar aanbieders met hoge arbeidsproductiviteit én passende indicatiestelling



Inbrengen van de potentie in regio's

Speel een actieve rol in regionale transformatietafels en draag oplossingen aan die bijdragen het verminderen van personeelstekort in de regionale context

- Organiseer een aanspreekpunt voor verzekeraars en collega-zorgaanbieders op regio-niveau om aan te tafel te kunnen komen
- Stel gezamenlijk een personeelplan op voor de regio waarbij schaars personeel zo efficiënt en effectief mogelijk ingezet wordt
- Vertaal de potentie van focusklinieken naar de regionale context en maak afspraken met verzekeraars en aanbieders hoe daar invulling aan te geven



Helpen ondervangen van schaaluitdagingen ziekenhuizen

Verken op welke manieren focusklinieken kunnen helpen bij het reduceren van minimale schaaluitdagingen van ziekenhuizen

- Bijvoorbeeld: gezamenlijk ondervangen van acute zorg diensten en door bij te dragen aan gezamenlijke oplossingen m.b.t. opleidingen

Flankerend is beleid nodig om tot bredereerschikking van het zorgland-schap te komen en deze beweging maatschappelijk te laten renderen

1



Ondersteunen ontvlechting naar 4 zorgtypen / business modellen

Geef een impuls aan nieuwe werkwijzen op het gebied van toegankelijkheid, kwaliteit en klantgerichtheid door te erkennen dat verschillende zorgtypen een andere optimale organisatievorm en bekostiging vragen (in lijn met oproep NVZ over passende bekostiging)

- **Werk alternatieve bekostigings-methoden** uit (gedifferentieerd naar zorgmodel) die de transformatie ondersteunt, met mogelijk ook tariefsdifferentiatie naar type (o.b.v. complexiteit)
- **Breng belemmeringen in het stelsel voor de zorgtypen in kaart** en neem deze weg (bijv. schotten tussen Wlz en Zvw bij chronische zorg)

2



Opzetten landelijke infrastructuur voor transparantie op passende en efficiënte zorgpraktijken

Maak transparant welke praktijken bijdragen aan het verminderen van personeelstekorten, zowel op het gebied van primaire zorgprocessen als van de organisatie van de zorg, en gericht op efficiëntie en doelmatigheid

- **Transparantie op passende en efficiënte zorgpraktijken** via landelijke inventarisatie en infrastructuur faciliteert passende competitie op transitiedoelen in een lerend systeem
- **Deze zorgpraktijken moeten bijdragen aan volumereductie of efficiëntieverbetering** en kunnen gericht zijn op primaire zorgprocessen, maar daarnaast juist ook op organisatie en inrichting van de zorg

3



Verkennen en regie voeren op herschikking van patiëntstromen en het landschap van aanbieders

voer regie op de herschikking van het zorglandschap die nodig is om de zorg toegankelijk te houden. Bij de transitie dient wel oog te zijn voor de belangen die spelen, maar gevestigde belangen mogen niet leiden tot behoud van de status quo

- **Breng het basiszorgvolume in kaart** dat vanuit UMC's en STZ gespreid kan worden naar algemene huizen en/of focusklinieken
- **Verken mogelijkheden voor concentratie van specialistische functies** tussen UMC's / STZ, indien spreiding basiszorg tot schaaluitdagingen voor UMC/STZ leidt
- **Onderzoek minimaal benodigde en realiseerbare acute zorg infrastructuur** (welke locaties en welk profiel)
- **Verken herprofilering van algemene ziekenhuizen** tot 'community hospitals', incl. verkenning welke functies en infrastructuur dat vraagt
- **Zet beschikbare (IZA-) transformatie-gelden in** om frictiekosten op het gebied van aanbod en organisatie van zorg te dekken

Inhoudsopgave

1. Samenvatting

2. Context: Nieuwe manieren van werken nodig om personeelsbehoefte te verlagen en zo toegankelijkheid te borgen
3. Perspectief: Focusklinieken bieden een geoptimaliseerd organisatiemodel voor een specifiek zorgpallet
4. Potentie: Focusklinieken kunnen een flinke bijdrage leveren aan oplossen van het personeelstekort
5. Randvoorwaarden: Benodigde voorwaarden om het maatschappelijk potentieel daadwerkelijk te realiseren
6. Aanbevelingen

Appendix

- **Verdieping en onderbouwing bij potentieelberekeningen van passende organisatievormen**
- Verdieping en aanvullende analyses m.b.t. volumeverschuiving vanuit UMC / STZ
- Begrippenlijst

Onderzoeksverantwoording

Prognose arbeidsmarkttekort 2033 en vertaling potentie naar personeel

- Het MSZ-arbeidsmarkttekort in 2033 is gebaseerd op het prognosemodel Zorg & Welzijn 2024¹: prognose arbeidsvraag minus vervulde vraag, gecorrigeerd voor de minimale vacaturegraad
- Het (later berekende) landelijke besparingspotentieel van focusklinieken hebben we gerelateerd aan bovenstaand arbeidsmarkttekort door het besparingspotentieel (uitgedrukt in zorgvolume) te vermenigvuldigen met de ratio van totaal aantal medewerkers en totaal zorgvolume in de MSZ (o.b.v. prognosemodel Z&W 2024 en Vektis 2023 excl. DGM en OVP)

Inschatting efficiëntievoordeel van focusklinieken per ingreep (%)

- We hebben efficiëntievoordeel van focusklinieken t.o.v. geïntegreerde ziekenhuizen uitgedrukt in aantal meer (%) operaties per tijdseenheid (bij een vergelijkbare patiëntmix)²
- Dit voordeel is ingeschat op basis van triangulatie tussen 3 bronnen:
 - Internationale wetenschappelijke literatuur met aantal operaties per tijd of operatieduur als uitkomstmaat (na 2010 en peer-reviewed)
 - Ca. 10-15 interviews met medisch specialisten (operateurs), management van klinieken en ziekenhuizen, benchmark experts om aantal operaties per OK-sessie in te schatten én onderliggende mechanismen voor efficiëntie
 - Data over gerealiseerd aantal operaties per OK-sessie per diagnosegroep / type ingreep, aangeleverd vanuit focusklinieken
- Het (productiviteits)voordeel van bredere ontvlechting is gebaseerd op diverse overige bronnen³

Inschatting bereikbaar zorgvolume voor focuskliniek setting (€ Mld)

- We hebben het totale zorgvolume in de medisch specialistische zorg bepaald o.b.v. DBC-declaratiedata uit Vektis 2023, excl. DGM en OVP en uitgedrukt in miljarden euro's
- We hebben dit volume indicatief verdeeld naar 4 zorgtypen⁴ o.b.v. een verschillende methodiek per zorgtype – bijv. het %-aandeel van niet-acute DBC's met operatieve OK-ingreep minus de kosten van de goedkoopste ambulante DBC per diagnosegroep; o.b.v. declaratiedata van enkele representatief veronderstelde ziekenhuizen (PwC-database)
- Vervolgens hebben we ingeschat welk deel van het volume additioneel in focuskliniek setting gedaan zou kunnen worden o.b.v. aandeel wat nu al in focusklinieken gebeurt én een inschatting van het aandeel ASA 1-2 patiënten

Identificeren van mogelijke kansen, risico's en oplossingsrichtingen

- Een brede groep van experts en bestuurders vanuit de wetenschap, zorgverzekeraars, ziekenhuizen en patiëntenfederatie hebben tegengelezen op een eerdere conceptversie van dit rapport
- Zij hebben hun perspectieven, opmerkingen en inzichten met ons gedeeld en onder andere ook input gegeven op mogelijke risico's, kansen en oplossingsrichtingen om het maatschappelijk potentieel van focusklinieken te realiseren
- Wij zijn hen zeer erkentelijk voor hun bijdragen. De conclusies van dit onderzoek blijven uiteraard voor onze rekening

1) Het prognosemodel Zorg en Welzijn 2024 (exportdatum 8 jan 2025) houdt rekening met meerdere korte-termijn (4 jaar) en lange-termijn historische trends in de arbeidsvraagontwikkeling (bijv. 0,3% verbetering arbeidsproductiviteit per jaar); 2) o.b.v. interviews en het onderzoek 'de Kracht van Focus' (2022) is er beperkt verschil in de patiëntmix op hoog-volume ingrepen zoals heupvervanging en cataractoperatie.

3) zie volgende pagina's in de appendix; 4) 4 zorgtypen: acute zorg, diagnose & indicatiestelling, electieve zorg, chronische zorg

We zien in de breedte dat gefocuste organisatievormen én daarbij sturen op passende volumes en efficiëntie fors besparingspotentieel biedt

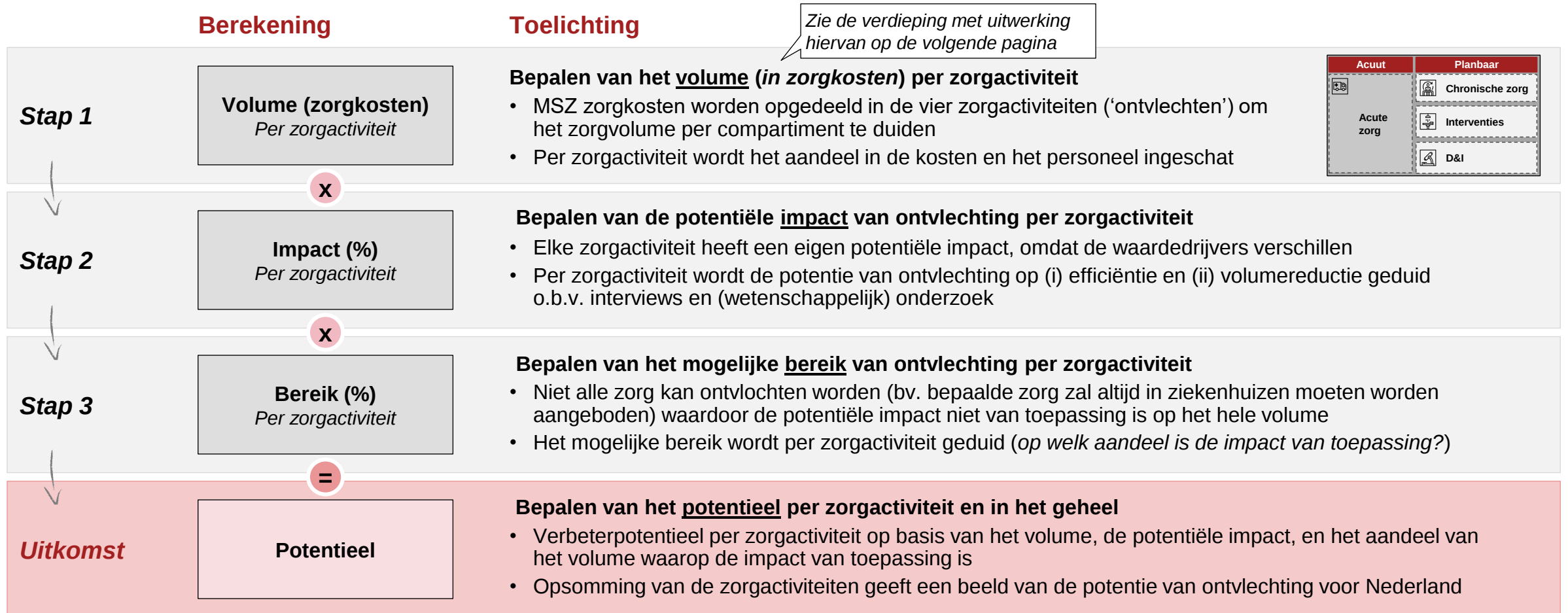
Zorgtype	Gefocuste organisatievorm	Impactpotentieel	Bereikbaar zorgvolume	Landelijk potentieel
 Electieve interventies	Focuskliniek gericht op uitvoeren hoog-volume electieve interventies met aandacht voor 'operational excellence'	30-40% efficiëntiewinst door hoger aantal interventies in dezelfde tijd; impact o.b.v. internationaal onderzoek en praktijkervaringen in NL	€2,8 mld zorgvolume ~33% van €8,3mld aan electieve OK-ingrepen; inschatting voor ASA 1-2 excl. wat al in focusklinieken gebeurt	9.000 - 14.200¹ zorgmedewerkers (€0,7 - €1,1mld zorgvolume)
 Diagnostiek & Indicatiestelling	Focus op effectieve en passende diagnose en indicatiestelling door aandacht voor o.a. doelmatige diagnostiek, Samen Beslissen, en multidisciplinaire indicatiestelling	10-15% volumereductie door conservatievere behandelkeuzes; impact o.b.v. ZBC-voorbeeld en ziekenhuizen met programmatische aanpak	€8,3 mld zorgvolume (100% van electieve OK-interventies)	10.600 - 15.900 zorgmedewerkers (€0,8 - €1,2mld zorgvolume)
		5-10% efficiëntiewinst door 'one-time-right' en efficiëntere organisatie; impact o.b.v. praktijk-voorbeelden vanuit ZBC's	€5,3 mld zorgvolume (100% van alle zorgactiviteiten gerelateerd aan D&I)	3.400 - 6.800 zorgmedewerkers (€0,3 - €0,5mld zorgvolume)
 Chronische zorg	Fundamenteel herontwerp en digitalisering van het bedienings- en organisatiemodel gericht op effectief en efficiënt 'disease management'	30-50% volumereductie / efficiëntieverbetering door efficiënter (zelf)management en voorkomen exacerbaties; impact o.b.v. praktijkresultaten met o.a. thuismonitoring	€3,0 mld zorgvolume ~50% van de chronische zorg o.b.v. inschatting patiënten met voldoende digitale vaardigheden en bereidheid	5.700 - 9.400 zorgmedewerkers (€0,4 - €0,7mld zorgvolume)
Hiermee zou zo'n 60-100% van het verwachte personeelstekort (46.800 medewerkers in 2033)² kunnen worden voorkomen				28.600–46.200 medewerkers (€2,2 – €3,6 mld)

1) Het volume voor de efficiëntiewinst van electieve interventies betreft – indien gelijktijdig wordt ingezet op volumereductie D&I – geen €8,3mld, maar €7,0-7,4mld i.v.m. de D&I impact van passende indicatiestelling die hieraan vooraf gaat en daarmee ook invloed heeft op het verbeterpotentieel van electieve interventies

2) Prognosemodel Zorg & Welzijn 2024 (exportdatum 8 jan '25)

We bepalen het potentieel door per gefocuste organisatievorm een inschatting te maken van het relevante volume, impact en bereik

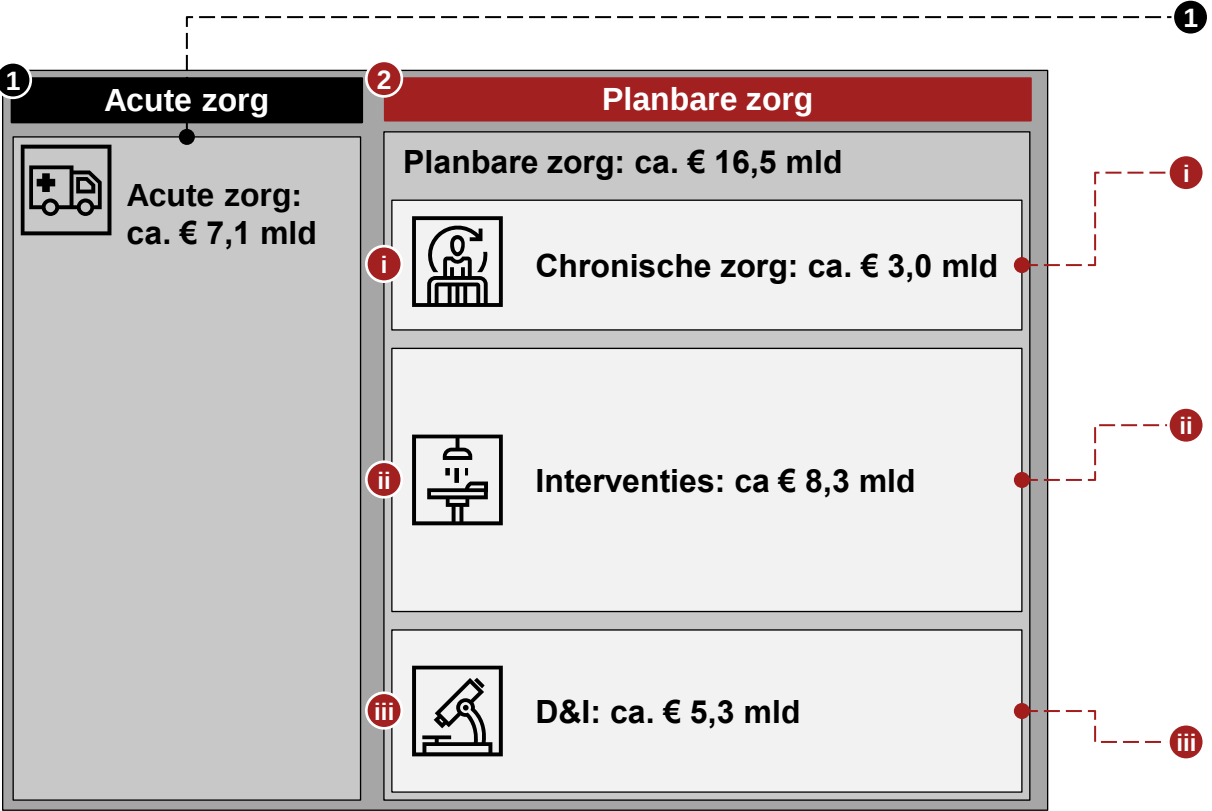
Berekening potentie van ontvlechting naar gefocuste organisatievorm



Stap 1: Bepalen van het volume (in zorgkosten) per zorgactiviteit

Verdeling van de medisch specialistische zorg (2023)

Volledige MSZ: € 23,6 mld¹
302k medewerkers²



● / ● Volgorde berekening

Zorgactiviteit	Aandeel zorgkosten
Acute zorg beslaat ca. 30% van totale MSZ zorgkosten (DBC productie van ca € 7 mld) ³ ; dit betekent dat er ca. €16,5 mld planbare zorg is	~30%
Chronische zorg is niet eenduidig te definiëren door de uiteenlopende ziektebeelden en zorg. Op basis van praktijkervaring en analyse van de grootste chronische diagnosegroepen beslaat de chronische zorg ca. 10-15% van de totale MSZ zorgkosten	~12,5%
Electieve interventies bevat ca. 35% van de totale MSZ zorgkosten. Dit omvat alle DOTs met een OK interventie. Omdat een DBC de diagnose en behandeling bevat, wordt het aandeel 'interventie' gedeuid door een gemiddeld consulttarief van de DBC af te trekken en bij D&I opgeteld	~35%
Diagnostiek & indicatiestelling beslaat ca. 22,5% van de MSZ zorgkosten. Dit betreft 'de rest' na berekening van de overige zorgactiviteiten	~22,5%

1) Bron: Vektis data (2023, excl. DGM en OVPs);
2) Bron: Prognosemodel Zorg & Welzijn 2024 (exportdatum 8 jan '25)
3) Bron: Strategy& analyse o.b.v. ervaring elders a.d.h.v. DBC's die binnen 24 uur van een SEH bezoek zijn geopend. Getallen kunnen afwijken o.b.v. afrondingen

Stap 2: internationaal onderzoek laat zien dat ca. 10-50% verkorting van OK-tijd mogelijk is in een focuskliniek t.o.v. ziekenhuis

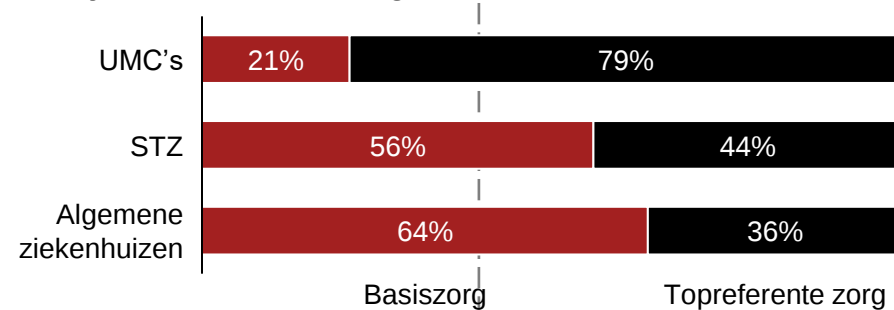
Studie	Omschrijving studie	Specialisme	Type ingreep	Impact op OK-tijd	Toelichting op impact
Enodien et al. 2022	Retrospectief onderzoek naar anesthesietijd en snijtijd bij 234 behandelingen in een kliniek en ziekenhuis in Zwitserland ⁴	Heelkunde	Buikwandbreuken	-53% 	36 (kliniek) vs. 76 (ziekenhuis) minuten operatietijd - Verschil door: een vast team, geen operaties door artsen in opleiding, anesthesie techniek en preoperatieve voorbereiding
Gulati et al. 2019	Statusonderzoek van OK tijden bij 7847 cataract behandelingen in een Amerikaans ziekenhuis zonder opleidingen en de 2 geaffilieerde klinieken ⁵	Oogheelkunde	Cataract	-40% 	16 minuten langere gemiddelde totale OK tijd in het ziekenhuis, en 5 minuten langere wisseltijden - Verschil door: standaardisatie en training van het team
Hair et al. 2013	Onderzoek van 5,5 mln ingrepen uit een nationale survey van klinieken, met een vergelijking van vrijgevestigde klinieken t.o.v. een gevestigd binnen een zkh in de VS ⁷	Diverse	Diverse	-39% 	83 (kliniek) vs. 135 (ziekenhuis) minuten operatietijd
Iweala et al. 2019	Operatieduur in ziekenhuizen of dagbehandeling klinieken m.b.v. de kwaliteitsregistraties van de American College of Surgeons met meer dan 500k patiënten ¹	Orthopedie	Diverse ingrepen (orthopedische)	-35% 	88 (kliniek) vs. 135 (ziekenhuis) minuten operatietijd
Imran et al. 2019	Statusonderzoek met 220 ingrepen in een kliniek van een ziekenhuis op een externe locatie vs. een interne kliniek in datzelfde ziekenhuis in de VS ⁸	Diverse	Diverse	-27% 	56,2 (kliniek) vs. 77,4 (ziekenhuis) minuten operatietijd, en significante verschillen in de wisseltijd, inleiding en uitleiding
Kruse et al. 2019	Aantal perioperatieve activiteiten bij complexe cataractoperaties in Nederlandse klinieken o.b.v. verzekeraarsdata ⁶	Oogheelkunde	Cataract	-20% 	4,2 (kliniek) vs. 5,5 (ziekenhuis) activiteiten (diagnostisch, anesthesiologisch, verpleging, consulten)
Condrón et al. 2022	In een statusonderzoek naar de OK duur met 135 chirurgen uit dagbehandeling klinieken en ziekenhuizen en meer dan 1300 procedures in de VS ²	Orthopedie	Reconstructie voorste kruisband	-12% 	91,5 (kliniek) vs. 105 (ziekenhuis) minuten operatietijd - Verschil door: vast OK-team
MacKoul et al. 2019	Retrospectieve Amerikaanse studie met 2000+ hysterectomieën in klinieken versus ziekenhuizen ³	Gynaecologie	Baarmoeder-verwijdering	-12% 	53,7 (kliniek) vs. 61,3 (ziekenhuis) minuten operatietijd, en 12 min minder anesthesietijd in kliniek - Verschil door: ervaren, efficiënte teams en processen

Noot: Internationale wetenschappelijke literatuur geïdentificeerd o.b.v. een 'forward en backward snowballing' aanpak, waarbij studies met aantal operaties per tijd of operatieduur als uitkomstmaat, publicatiedatum na 2010, én peer-reviewed als selectiecriteria zijn gebruikt

Stap 3 (1/2): inschatting dat ca. 60% van de electieve interventies in het ziekenhuis niet in een focuskliniek kunnen worden uitgevoerd

Het is niet mogelijk eenduidig vast te stellen hoe groot het aandeel zorg is dat in een passendere organisatievorm plaats kan vinden, maar een aantal belangrijke indicatoren geven een orde van grootte

Proxy: Aandeel basiszorg in ziekenhuizen¹



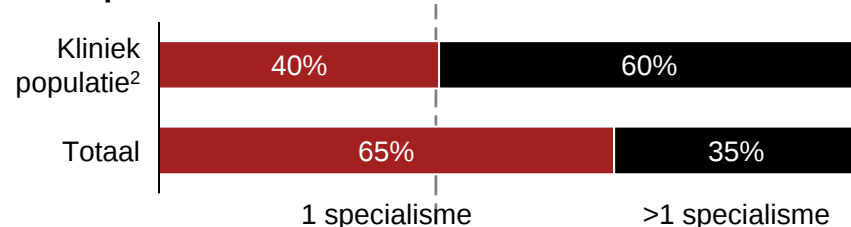
Bereik

21-64%

Gewogen
gemiddelde:
54%

- Mogelijke onderschatting van ASA 3-4 populatie doordat in de basiszorg ook zorgzware patiënten zitten met aanvullende behoeften
- Mogelijke overschatting doordat topreferente zorg ook in specialistische organisatievormen kan plaatsvinden (zie bijvoorbeeld de Martini-Kliniek, Duitsland, voor prostaatkanker)

Proxy: Aandeel dat in ziekenhuizen gezien wordt door maar 1 specialisme²



35-60%

- Mogelijke overschatting van ASA 3-4 populatie doordat veel aandoeningen waarvoor patiënten gezien worden in een ziekenhuis niet direct effect hoeven te hebben op de conditie van een patiënt (vb. een patiënt die gezien wordt door een orthopeed voor rugklachten én de dermatoloog voor psoriasis)

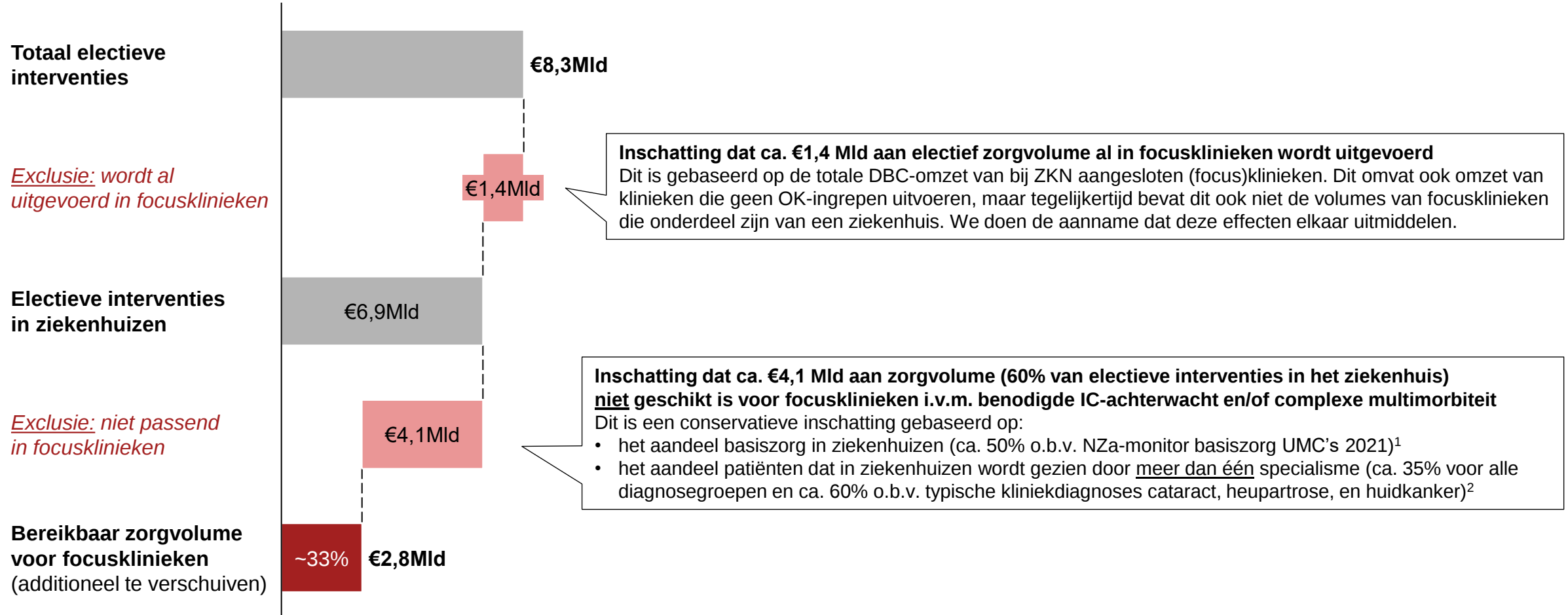
Gehanteerd bereik: 60% niet in een focuskliniek

De **ASA classificatie** is een belangrijke factor die wordt gehanteerd als selectiecriteria voor operaties in klinieken. Echter kent een bepaling van het bereik op basis van deze factor belangrijke limitaties doordat:

- Overschatting: Zorg kan ook om andere redenen dan de conditie van de patiënt in ziekenhuis moeten plaatsvinden
- Onderschatting: ingrepen zonder narcose kunnen ook voor ASA 3-4 plaatsvinden in klinieken. Daarnaast zijn er ook mogelijkheden waarin door samenwerking klinieken ASA 3-4 kunnen opereren (met IC achterwacht vanuit ziekenhuizen)

1) Monitor basiszorg UMC's (2021), uitgedrukt in zorgkosten; (2) Bron: rapport De kracht van Focus (2022), Gupta. Gebaseerd op de patiëntenpopulaties voor cataracten, heupartrose en huidkanker. Gevalideerd o.b.v. Strategy& ziekenhuiscare database

Stap 3 (2/2): we schatten in dat ca. €2,8Mld van het electieve volume nog bereikbaar is voor verschuiving naar focusklinieken



1) Monitor basiszorg UMC's (2021);

2) Rapport 'De kracht van Focus' (2022), gevalideerd o.b.v. Strategy& ziekenhuiszorg database

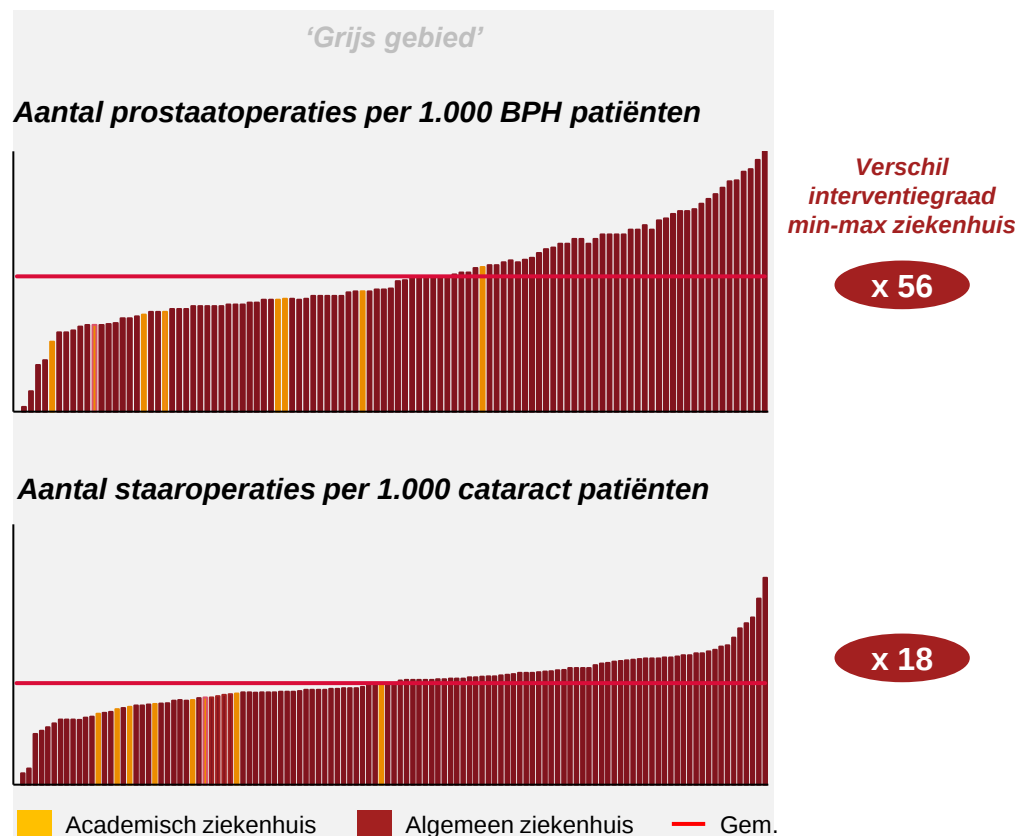
Stap 2 (1/2): indicatiestelling kent een groot 'grijs gebied'; deze ruimte in de besluitvorming geeft aanknopingspunten voor verbeterpotentie

Onderbehandeling

Algemeen geaccepteerde medische praktijk

Overbehandeling

Toelichting

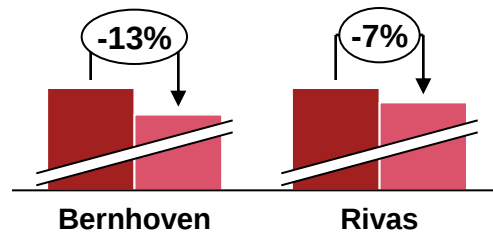


- Binnen de algemeen geaccepteerde medische praktijk maken (artsen in) verschillende ziekenhuizen radicaal andere keuzes bij dezelfde aandoening (bv. 56 keer zo vaak een prostaatoperatie)
- Oorzaken zijn o.a.:
 - Onduidelijkheid over de gewenste uitkomst (vb. levensverwachting vs. kwaliteit van leven)
 - Gebrek aan wetenschappelijk bewijs (~50% van alle behandelingen zijn niet 'evidence based')
 - Meerdere behandelopties met diverse risico's en voordelen
- Vanuit passende zorg is het belangrijkste uitgangspunt **dat de behandelkeuze aansluit bij de behandeldoelen van de patiënt**
- De praktijk leert dat patiënten vaker conservatieve behandelkeuzes maken dan artsen
- In relatie tot passende zorg toont dit aan dat inzet op passende diagnose- en indicatiestelling de potentie heeft om gelijktijdig:
 - Kwaliteit te verbeteren (de behandeling sluit goed aan op de behandeldoelen van de patiënt)
 - Zorgvolume te verminderen (door conservatievere keuzes)

Stap 2 (2/2): inzet op passende indicatiestelling laat forse impact op zorgvolumes zien; zowel vanuit ziekenhuizen als vanuit klinieken

A. Programmatische inzet op passende zorg leidt tot brede volumereductie

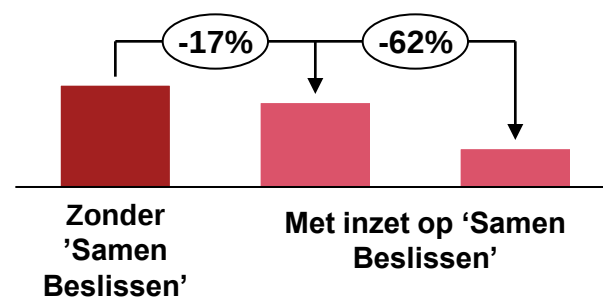
■ Zorgvolumes voor het programma ■ Zorgvolumes na het programma



- In 2015 hebben Bernhoven en Rivas omvangrijke veranderprogramma's ingevoerd gericht op passende zorg
- Evaluatie door CPB, IQ healthcare en de NZa over de eerste drie jaar toont een **volumereductie van 7% en 13%** t.o.v. controleziekenhuizen¹

B. Specifiek: Inzet op Samen Beslissen leidt tot volumereducties in interventies

■ Zorgvolume



- 'Samen Beslissen' zet gezamenlijke besluitvorming met de patiënt centraal bij de totstandkoming van het behandelplan
- In de praktijk leidt dit tot conservatievere behandelkeuzes en daarmee werklastreductie
- Door 'Samen Beslissen' kunnen **volumereducties van 17-62%** worden bereikt²

C. Focuskliniek: specifieke werkwijzen die leiden tot lagere volumes

Voorbeelden resultaten D&I klinieken³



50-80% van hernia patiënten doorverwezen voor OK kunnen conservatief behandeld worden

~50% minder operaties bij plasklachten én **57%** minder onnodige biopsies



5-10% lagere kosten door efficiënt D&I-proces



~90% van patiënten worden conservatief behandeld
10% minder MRI-aanvragen door inzet van echoapparatuur

1) Bron: Evaluatie programma's Beatrixziekenhuis en Bernhoven, CPB (2020)
2) Bron: Wetenschappelijke onderzoeken naar keuzehulp: o.a. Latenstein et al. 2019 (-17%, liesbreukoperatie); Vuorma et al. 2004 (-62%, Menorragie-behandeling), en ook Arterburn et al. 2012; Deyo et al. 2000. De grote variabiliteit in de uitkomsten is te wijten aan de diverse wijzen waarop de inzet wordt vormgegeven, en de mate waarin essentiële randvoorwaarden (bv. financieel comfort bij volumedaling) zijn ingeregeld
3) Bron: interviews met medewerkers van de klinieken door Strategy&

Stap 1: chronische zorg is niet eenduidig, maar schatten we op 10-15% van het MSZ-volume o.b.v. de 16 grootste chronische diagnosegroepen

Het chronische zorgvolume is niet eenvoudig te isoleren

- Het is niet eenvoudig om het zorgvolume gerelateerd aan chronische aandoeningen te isoleren omdat mensen met chronische aandoeningen vaak meerdere vormen van zorg ontvangen (bv. doorlopende begeleiding in de 1^e en 2^e lijn, én zorg bij periodieke exacerbaties)
- Daarbij is het de vraag welk deel van de zorg voor chronische aandoeningen ook daadwerkelijk 'chronische zorg' is, en niet (bv.) acute zorg bij een exacerbatie of ongerelateerd gezondheidsprobleem
- Hier wordt met chronische zorg bedoeld: *alle planbare zorg bij aandoeningen waarbij de behandeling zich richt op effectief management van langdurige ziekten, inclusief eventuele behandeling bij verslechtering maar exclusief acute zorg*
- Voor de bepaling van het aandeel chronische zorg in de MSZ is een selectie gemaakt van de grootste chronische diagnosegroepen en de gerelateerde zorgkosten

Inschatting: Chronische zorg is ca. 10-15% van de MSZ kosten

Chronische diagnosegroepen ¹	MSZ kosten ² (€, mln)
Nierfalen	729,2
Hartritmestoornissen	513,0
Stofwisselingsziekten (overige)	451,6
Hartfalen	377,4
Dementie	351,7
Inflammatoire darmziekten	295,3
COPD	249,2
Reumatoïde artritis	233,3
Astma	205,1
Diabetes mellitus	200,6
Epilepsie	119,7
Multipale Sclerose	114,7
Artrose (overige)	95,7
Hypertensie	82,9
Ziekte van Parkinson	28,7
Osteoporose	27,9
Totaal	4.079
Aandeel chronische zorg van de totale MSZ²	14%

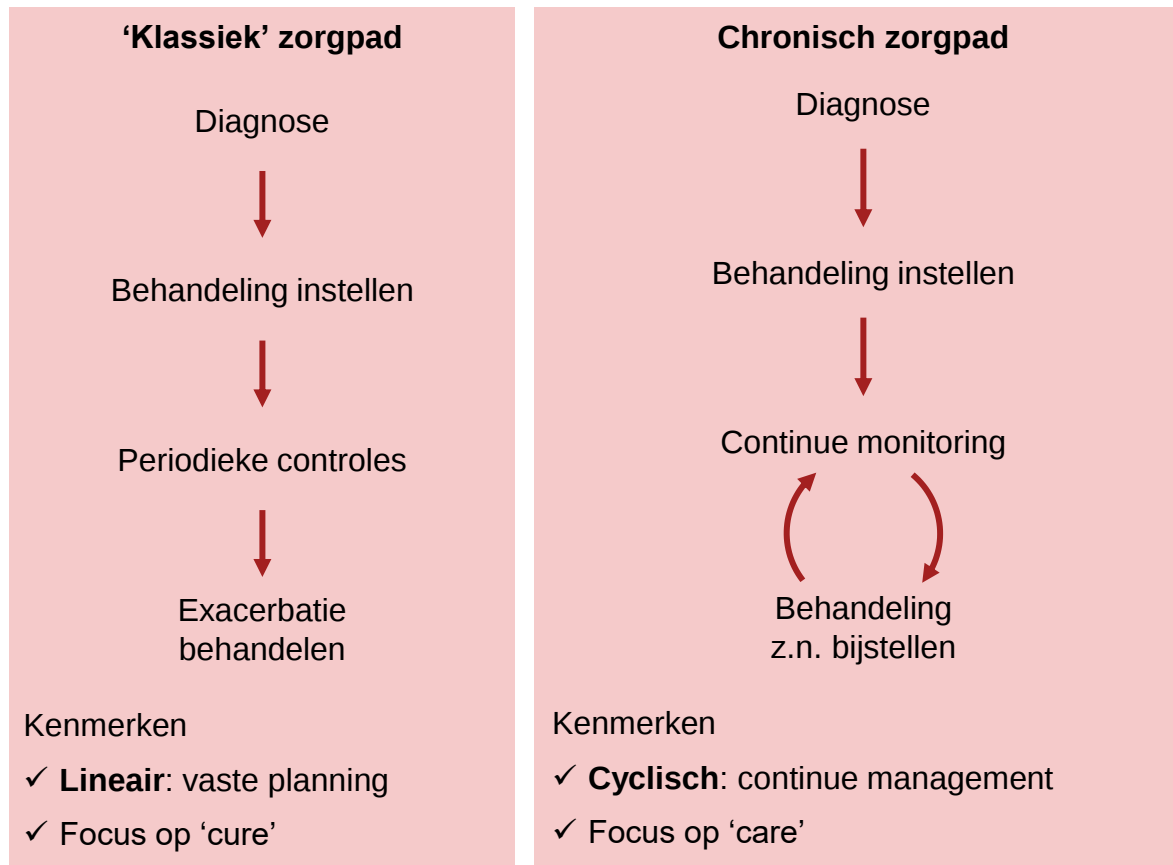
Omdat binnen deze zorgkosten mogelijk ook een deel acute kosten zitten, en anderzijds omdat deze lijst niet uitputtend is, gaan we uit van een **spreiding van 10-15%** en hanteren we **12,5%**

1) Selectie door Strategy& o.b.v. expert opinion en ervaringen elders

2) Bron: Kosten van Ziekten, RIVM (2019) (4mln op een totale basis in deze dataset van 29mln leidt tot een aandeel van 14%)

Stap 2 (1/3): Klassieke zorgpaden sluiten vaak niet goed aan op het non-lineaire beloop van chronische aandoeningen

Chronische zorg kent een ander beloop dan een klassiek zorgpad



Dit leidt tot uitdagingen en hoger zorggebruik

Uitdagingen: Zorg sluit niet aan bij 'de zorg'

- De 'care' behoefte van chronische zorg sluit niet aan bij de 'cure' inrichting van de zorg, en specifiek de MSZ
- Dit leidt tot niet-passende zorg:
 - belasting van patiënt door periodieke controles met beperkte waarde (omdat er op dat moment geen nieuwe klachten zijn)
 - beperkte beschikbaarheid van poliklinische zorg wanneer het wél nodig is (door lange toegangstijden)
 - alleen acute beschikbaarheid van zorg bij ernstige verslechtering (die voorkomen had moeten worden)
- De zorgverlener heeft beperkt zicht op het dagelijkse verloop van de aandoening, waardoor exacerbaties niet voorkomen kunnen worden
- De patiënt heeft beperkt zicht op de impact van het eigen gedrag en weinig regie over de eigen gezondheid
- Als gevolg wordt meer zorg ingezet dan nodig en wenselijk vanuit patiënt perspectief, door onnodige controles en zorg bij exacerbaties die voorkomen hadden kunnen en moeten worden

Stap 2 (2/3): Organisaties die inzetten op innovatie van chronische zorg geven zo effectief invulling aan de behoeften van patiënten

Voorbeelden

Organisatie



Innovatie

- Bieden 24/7 bereikbaarheid voor spoedvragen
- Zijn continu beschikbaar via mail en voor evaluaties van digitaal geüploade zelfmetingen
- Faciliteren bijeenkomsten voor ouders, kinderen en leerkrachten van patiënten
- Organiseren maandelijkse 'Diabeter Live' uitzendingen, waarin actuele onderwerpen worden belichten en kijkers live vragen kunnen stellen aan een van de sprekers (experts op het gebied van type 1 diabeteszorg)

- Gebruiken HartWacht voor thuismonitoring d.m.v. zelfmetingen waarvan de resultaten via een app worden gedeeld met het behandelteam
- Werken nauw samen met ziekenhuizen voor hybride behandeltrajecten waarbij de (chronische) nazorg plaatsvindt buiten het ziekenhuis

- Faciliteren thuismonitoring vanuit een gecentraliseerd centrum voor de diverse diagnosegroepen
- Bouwen een platform voor 24/7 dienstverlening en online consulten
- Sturen a.d.h.v. data en onderzoek steeds effectiever op (secundaire) preventie
- Werken samen met andere digitale oplossingen (vb. BeterDichtbij, Patient Journey)

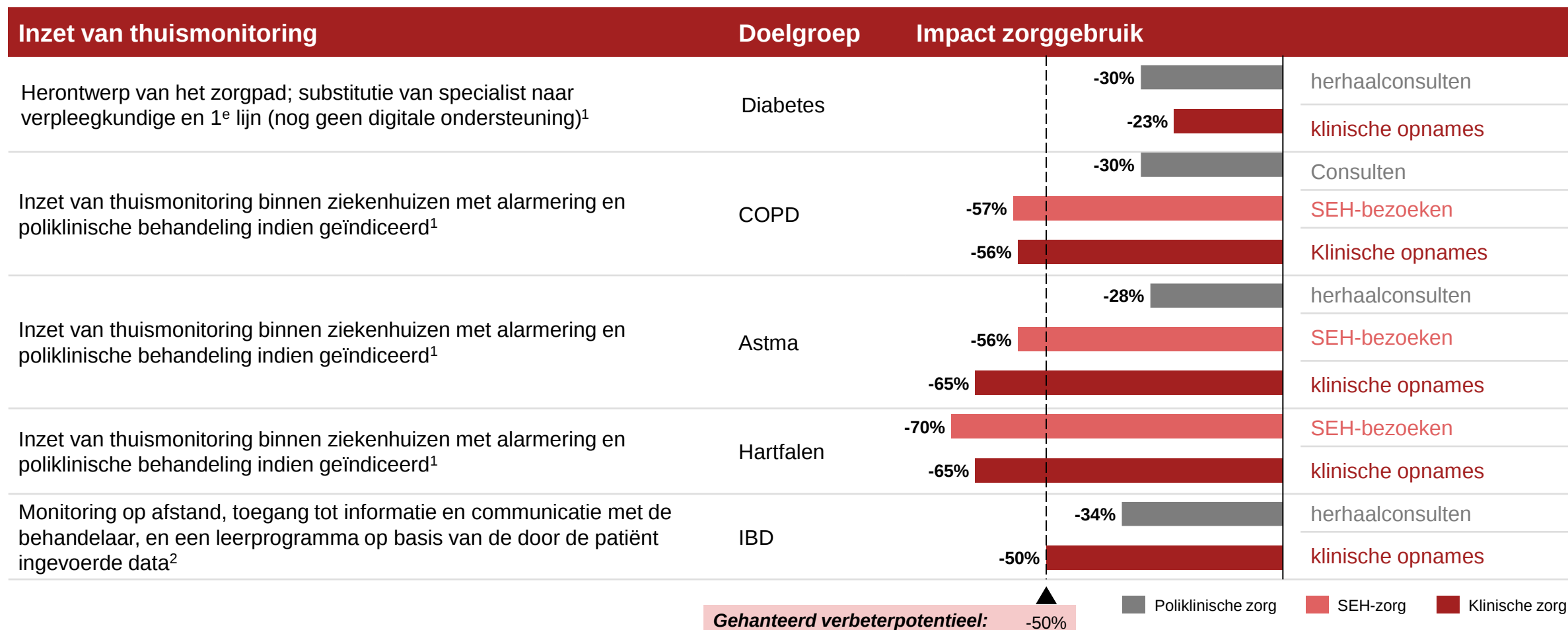
- Bieden innovatieve revalidatieprogramma's (multidisciplinaire behandeling en groepstherapie) voor mensen met chronische pijnklachten
- Werken vanuit een coördinerende rol samen met ziekenhuizen en huisartsen om na een uitgebreide screening van de klachten met de patiënt te bepalen wat de juiste zorg op de juiste plek is
- Beperken onnodige behandelingen met aandacht voor psychosociale aspecten, participatie en zingeving

Chronische zorg klinieken zijn nog relatief zeldzaam

De meeste 'chronische zorg' klinieken bieden slechts tijdelijke behandeltrajecten aan (gericht op het verbeteren van verwachtingen, klachten en zelfmanagement)

Dit lijkt vooral te komen door het ontbreken van een passend verdienmodel voor échte begeleiding van chronische patiënten

Stap 2 (3/3): Praktijkonderzoek wijst erop dat met thuismonitoring een kwaliteitsverbetering en reductie van het zorggebruik mogelijk is



1) Bron: Praktijkervaringen Strategy& o.b.v. pilots in ziekenhuizen waarbij resultaten nog niet extern zijn gepubliceerd;

2) Bron: de Jong et al. Lancet 2017

Inhoudsopgave

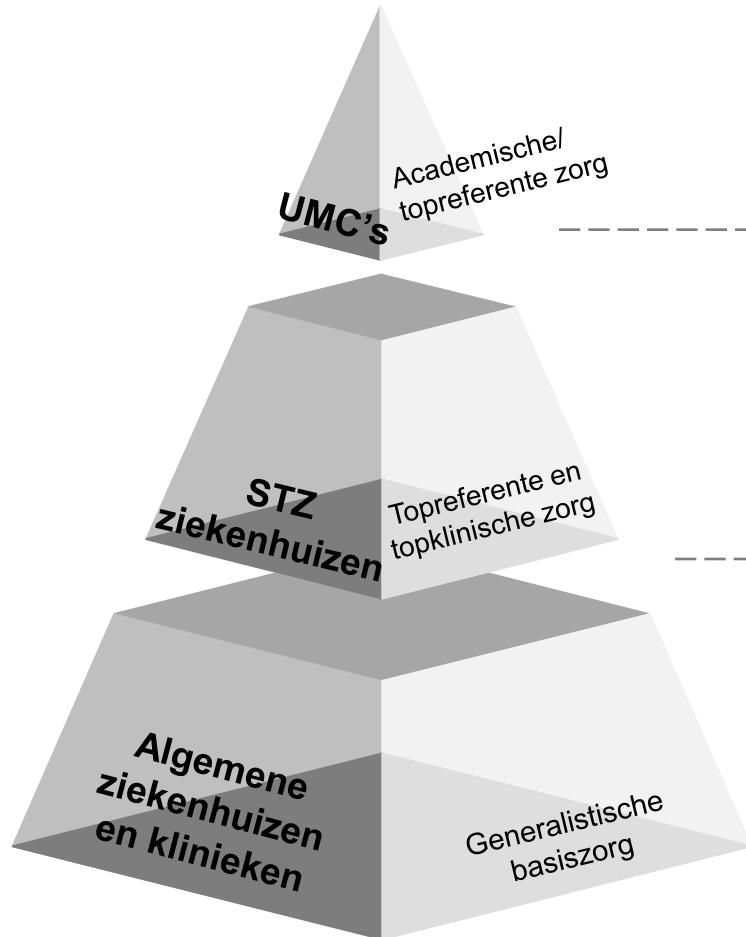
1. Samenvatting

2. Context: Nieuwe manieren van werken nodig om personeelsbehoefte te verlagen en zo toegankelijkheid te borgen
3. Perspectief: Focusklinieken bieden een geoptimaliseerd organisatiemodel voor een specifiek zorgpallet
4. Potentie: Focusklinieken kunnen een flinke bijdrage leveren aan oplossen van het personeelstekort
5. Randvoorwaarden: Benodigde voorwaarden om het maatschappelijk potentieel daadwerkelijk te realiseren
6. Aanbevelingen

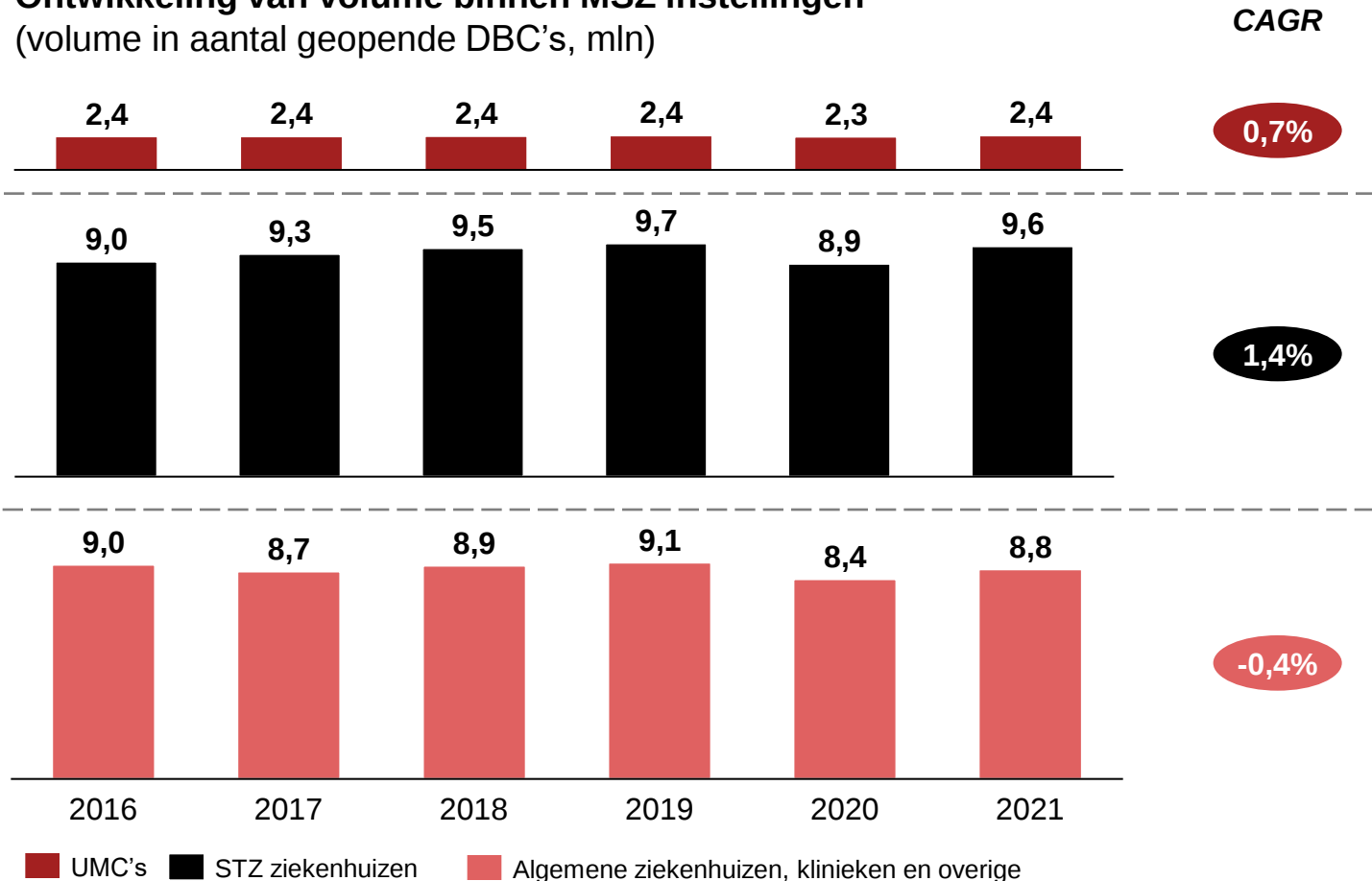
Appendix

- Verdieping en onderbouwing bij potentieelberekeningen van passende organisatievormen
- **Verdieping en aanvullende analyses m.b.t. volumeverschuiving vanuit UMC / STZ**
- Begrippenlijst

Academische en STZ huizen realiseren volumegroei, waardoor de basis in algemene ziekenhuizen versmalt

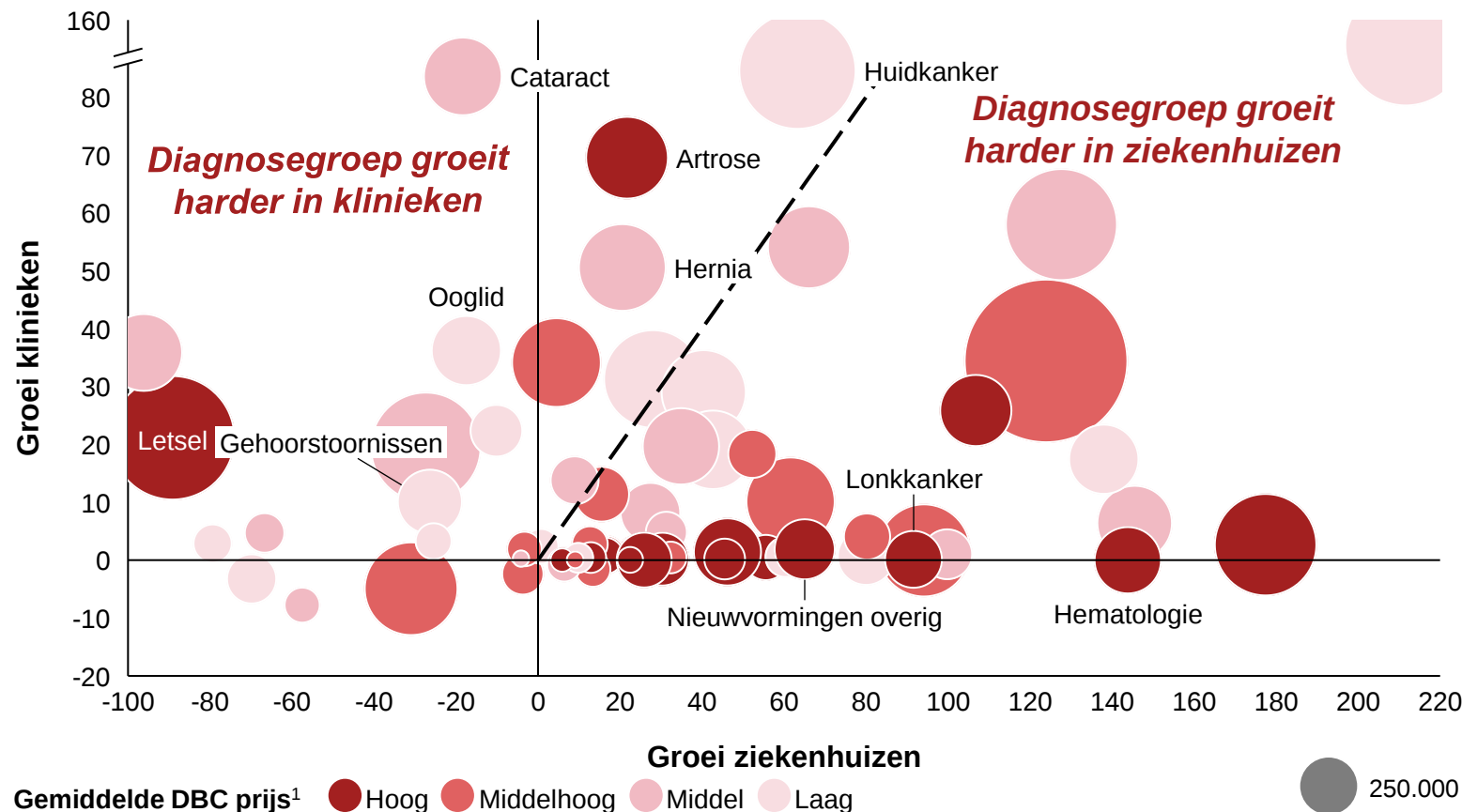


Ontwikkeling van volume binnen MSZ instellingen
(volume in aantal geopende DBC's, mln)



Relatief goedkope DOTs zijn verschoven richting klinieken, waarmee ruimte is vrijgekomen voor duurdere zorg in ziekenhuizen

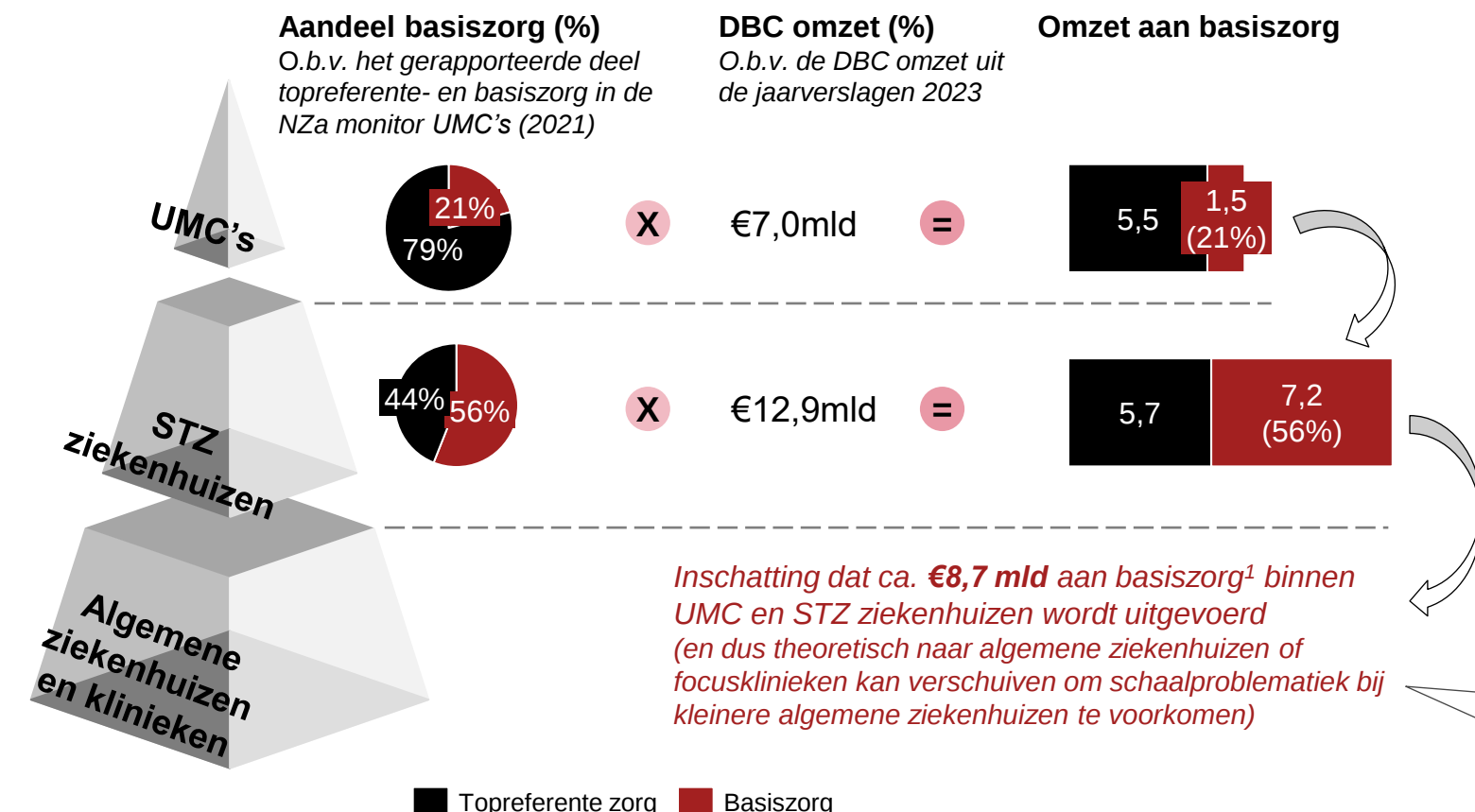
Absolute groei in volume per diagnosegroep
(aantal DBC's, '000; 2013-2021)



- In het verleden kon relatief goedkope zorg verschuiven van ziekenhuis naar kliniek om ruimte te maken voor andere, duurdere typen zorg in ziekenhuizen
 - Sommige goedkope DBCs groeien in klinieken en krimpen in ziekenhuizen (bijv. cataract, ooglid, gehoorstoornissen)
 - Andere goedkope DBC groeien nog wel in ziekenhuizen (huidkanker, hernia), maar sterker in klinieken
 - De meer zorgzware diagnoses, met duurdere DOTs, groeien vooral in ziekenhuizen (bijv. longkanker, hematologie, nieuwvormingen overig)
 - Opvallende uitzondering (bijv. letsel, artrose) zijn veelal brede diagnosegroepen waarbij de gemiddelde DBC prijs door sommige erg dure interventies een verkeerd beeld geven
- Naar de toekomst toe kan een verschuiving van zorg niet meer leiden tot meer ruimte voor andere zorg in ziekenhuizen. Vanwege het personeelstekort gaat groei in klinieken ten koste van capaciteit in ziekenhuizen

Een verschuiving van electieve interventies naar klinieken kan opgevuld worden met spreiding van basiszorg vanuit UMC's en STZ

Het beschikbare volume voor het verstevigen van de basis met spreiding van basiszorg langs de zorgpiramide is niet eenduidig, maar in te schatten o.b.v. topreferente zorg¹



Herschikking van patiëntenstromen is mogelijk en gewenst

Spreiden van basiszorg naar regionale ziekenhuizen is goed voor patiënten en zorgt bovendien voor minder spanningen (en kosten) rond de bekostiging van de minimale schaal van algemene ziekenhuizen

Voor zover dit leidt tot schaalproblematiek bij afdelingen van grotere STZ-ziekenhuizen ligt concentratie van complexere zorg voor de hand. Die concentratie kan ook een impuls aan de kwaliteit van de zorg geven (volumes nemen toe en daarmee vaardigheden van artsen en hun teams)

Nuancering: in praktijk kunnen waarschijnlijk niet alle basiszorgvolumes worden verschoven, omdat sommige UMC's / STZ ook een regionale basiszorgfunctie vervullen (vb. MUMC+)

Inhoudsopgave

1. Samenvatting

2. Context: Nieuwe manieren van werken nodig om personeelsbehoefte te verlagen en zo toegankelijkheid te borgen
3. Perspectief: Focusklinieken bieden een geoptimaliseerd organisatiemodel voor een specifiek zorgpallet
4. Potentie: Focusklinieken kunnen een flinke bijdrage leveren aan oplossen van het personeelstekort
5. Randvoorwaarden: Benodigde voorwaarden om het maatschappelijk potentieel daadwerkelijk te realiseren
6. Aanbevelingen

Appendix

- Verdieping en onderbouwing bij potentieelberekeningen van passende organisatievormen
- Verdieping en aanvullende analyses m.b.t. volumeverschuiving vanuit UMC / STZ
- **Begrippenlijst**

Overzicht van afkortingen (1/2)

	Definitie / omschrijving
ASA	American Society of Anesthesiologists – een classificatiesysteem voor de algehele (preoperatieve) gezondheidstoestand van patiënten: ASA 1-2 (lager risico patiënten): Gezonde patiënten of patiënten met milde aandoeningen zonder beperkingen ASA 3-4 (hoger risico patiënten): Patiënten met ernstige systemische aandoeningen die functionele beperkingen of constante levensbedreiging met zich meebrengen
AZWA	Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord; een uitbreiding op het Integraal Zorgakkoord. Met het AZWA wordt ingezet op verbreding, intensivering en concretisering van het IZA, waarin gelijkwaardigere toegang tot zorg en welzijn en het afwenden van het arbeidsmarkttekort centraal staan
BPH	Benigne prostaathyperplasie
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Chronische obstructieve longziekte)
D&I	Diagnostiek en indicatiestelling – alle zorgactiviteiten waarmee de aandoening wordt vastgesteld en de behandelkeuze wordt gemaakt, voorafgaand aan behandelingen (of het afzien daarvan)

	Definitie / omschrijving
DBC	Diagnose Behandelcombinatie - een landelijk gestandaardiseerd 'zorgproduct' welke alle zorg die is geleverd voor een specifieke aandoening en behandeling omvat en waarvoor tussen zorgverleners en zorgverzekeraars een prijs is afgesproken
DGM	Dure Geneesmiddelen
IBD	Inflammatory Bowel Disease (Inflammatoire darmziekten)
IC	Intensive Care
IZA	Integraal Zorgakkoord – een meerjarige overeenkomst (tot 2028) tussen de overheid, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties om de zorg toekomstbestendig te maken
KPI	Key Performance Indicator
MSZ	Medisch Specialistische Zorg
MUMC+	Maastricht Universitair Medisch Centrum
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen – brancheorganisatie voor algemene ziekenhuizen, revalidatiecentra en categorale zorginstellingen in Nederland
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit

Overzicht van afkortingen (2/2)

Definitie / omschrijving	
OK	Operatiekamer
OVP	Overige zorgproducten ¹
POK	Poliklinische operatiekamer
PxQ	Prijs x Kwantiteit – een bekostigingsmodel waarin er wordt betaald op basis van geleverde (zorg)volumes
SEH	Spoedeisende hulp
STZ	Stichting Topklinische Ziekenhuizen
UMC	Universitair Medisch Centrum
VVT	Verpleging, Verzorging en Thuiszorg
Wlz	Wet langdurige zorg
ZBC	Zelfstandig behandelcentrum
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZKN	Zelfstandige Klinieken Nederland – brancheorganisatie van zelfstandige behandelcentra (ZBC's) met ca. 123 leden die goed zijn voor zo'n 95% van alle zorg die wordt geleverd in ZBC's

Begrippenlijst (1/3)

Definitie / omschrijving	
Business model	Een business model is de manier waarop een organisatie waarde toevoegt en bestaat uit een (maatschappelijke en financiële) waardepropositie, de daarvoor benodigde middelen (medewerkers, technologie, infrastructuur) en de capabilities en processen die nodig zijn om dat te ondersteunen
Business model innovatie	Business model innovatie is het ontwikkelen van nieuwe business modellen die op een specifiek gebied meer waarde kunnen creëren. In dit rapport beargumenteren we dat de 4 verschillende zorgtypen ook een ander businessmodel vragen (organisatievorm, werkprocessen, bekostiging, etc.)
Conservatieve behandeling	Een medische behandeling die niet-invasieve of minder ingrijpende technieken gebruikt, zoals bijvoorbeeld medicatie, fysiotherapie, en aanpassingen in levensstijl, om een aandoening te beheersen of te verbeteren zonder ingrijpende medische (chirurgische) ingreep
Electieve interventies	Medische ingrepen die niet spoedeisend en daarmee planbaar zijn. In de context van dit rapport definiëren we dit als (OK)-ingrepen, maar in bredere zin vallen bijvoorbeeld ook radio- en chemotherapieën hieronder
Focuskliniek	Een medisch specialistische zorginstelling of afdeling gericht op een beperkt aantal aandoeningen, patiënten en/of behandelingen

Definitie / omschrijving	
Hybride zorgpaden	Een deels digitaal (online) en deels fysiek (offline) zorgpad
Indicatiestelling	Proces waarbij zorgverleners bepalen of een specifieke medische behandeling of interventie geschikt is voor een patiënt, op basis van medische diagnose, individuele behoeften en behandelopties
Multi-morbiditeit	Patiënten met twee of meer (chronische) aandoeningen of ziekten
Ontvlechting naar zorgtypen	Scheiden van verschillende zorgtypen door deze afzonderlijk te organiseren en te bekostigen
Passende zorg	Zorg die waarde toevoegt aan het leven van mensen én oog heeft voor de maatschappelijke opgaven waarvoor we staan. Het is daarmee een individueel en collectief begrip, gebaseerd op professionele waarden van zorgverleners, persoonlijke waarden van mensen en maatschappelijke waarden van de samenleving
Passende indicatiestelling	Indicatiestelling gebaseerd op de uitgangspunten van passende zorg (o.a. om daarmee onnodige electieve ingrepen te voorkomen)
Passende praktijken	Voorbeelden van passende zorg uit de praktijk die zichtbare impact hebben op meer persoonsgerichte, houdbare en duurzame zorg. Passende zorgpraktijken laten de zorg van de toekomst zien en zijn daarmee een praktisch voorbeeld voor anderen

Begrippenlijst (2/3)

Definitie / omschrijving	
Samen beslissen	Proces waarin zorgprofessional en patiënt samen bespreken welke behandeling of zorg het beste bij de patiënt past. Hierbij worden alle opties, voor- en nadelen, voorkeuren en omstandigheden van de patiënt meegenomen
Sociaal domein	Gemeentelijke activiteiten en voorzieningen gericht op zorg en ondersteuning van burgers met een hulpvraag, gericht op o.a. participatie, zorg, jeugd, onderwijs en inburgering
Supply induced demand	Een fenomeen waarbij de vraag naar producten of services stijgt wanneer de beschikbaarheid ervan toeneemt (een illustratief voorbeeld hiervan buiten de zorg zijn snelwegen, waar uitbreiding vrijwel altijd leidt tot meer weggebruikers)
Syndemische kwetsbaarheid	Opeenstapeling van sociale problemen en gezondheidsproblemen die elkaar in negatieve zin versterken
Tertiaire verwijzing	Verwijzing van patiënt door een 2 ^e lijn zorgverlener (vb. algemeen ziekenhuis) patiënt naar 3 ^e lijns zorgverlener (vb. UMC)
Treeknorm	Een richtlijn in de Nederlandse gezondheidszorg die de maximale wachttijd aangeeft voor patiënten op verschillende stadia van zorg, zoals de tijd tot een eerste consult of behandeling

Definitie / omschrijving	
Zelfstandige kliniek	Een onafhankelijke – niet aan een ziekenhuis verbonden – aanbieder van medisch specialistische zorg, vaak met een focus op specifieke aandoeningen, patiënten of behandelingen (focuskliniek)
(Geïntegreerd) ziekenhuis	Aanbieder van medisch specialistische zorg waar verschillende specialismen samenwerken binnen één organisatie om verschillende zorgtypen te leveren (acute zorg, chronische zorg, diagnose en indicatiestelling en electieve zorg)
ZKN-keurmerk	Alle klinieken die bij ZKN zijn aangesloten moeten jaarlijks het ZKN-keurmerk behalen. Het keurmerk is bedoeld de professionaliteit, kwaliteit en veiligheid van ZKN-klinieken continu te verbeteren. Toetsing gebeurt door een onafhankelijke auditor van Kiwa of Qualicor. Het College van Deskundigen bewaakt de kwaliteit en actualiteit van de keurmerkeisen en is verantwoordelijk voor aanpassingen van de toetsingscriteria
Zorgpalet	Het volledige aanbod aan zorgdiensten en -voorzieningen dat een zorginstelling of -systeem aanbiedt

Begrippenlijst (3/3)

	Definitie / omschrijving
Zorgtypen	Acute zorg: alle medisch specialistische zorg die zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen een paar minuten of uren, verleend moet worden om schade aan de gezondheid of overlijden door een acute levensbedreigende aandoening of een ongeval te voorkomen
	Planbare zorg: alle noodzakelijke, niet-acute medisch specialistische zorg die kan worden afgesproken en ingepland, zoals bijvoorbeeld routinecontroles en niet-spoedeisende operaties
	Chronische zorg: langdurige, vaak levenslange zorg voor mensen met een chronische aandoening of beperking, waarbij de focus ligt op het ondersteunen van kwaliteit van leven, het bevorderen van zelfredzaamheid en het omgaan met de gevolgen van de aandoening (vb. diabetes, hartziekten, astma)
	Diagnose & Indicatiestelling (D&I): alle zorgactiviteiten waarmee de aandoening wordt vastgesteld en een keuze wordt gemaakt voor de meest passende behandeling (of afzien daarvan)
	Electieve interventies: Medische ingrepen die niet spoedeisend en daarmee planbaar zijn. In de context van dit rapport definiëren we dit als (OK)-ingrepen, maar in bredere zin vallen bijvoorbeeld ook radio- en chemotherapieën hieronder

	Definitie / omschrijving
Zorgsoort	Basiszorg: niet-topreferente medisch specialistische zorg
	Topreferente zorg: zeer specialistische medische zorg voor patiënten met moeilijk te behandelen aandoeningen, moeilijk vast te stellen diagnoses of zeldzame ziekten. Voor inschatting van de omvang van topreferente zorgvolumes wordt gebruik gemaakt van de ROBIJN-systematiek.
Z&W (prognose-model)	Zorg en Welzijn (prognosemodel) – een prognosemodel voor het arbeidsmarkttekort in de zorg opgesteld in opdracht van het ministerie van VWS

Thank you
