



Federatie
**Medisch
Specialisten**



Handreiking 'Implementatie Juiste zorg op de juiste plek'



Een invulling van 'juiste zorg op de juiste plek' met accent
op de samenwerking tussen huisarts en medisch specialist

Handreiking

‘Implementatie Juiste zorg op de juiste plek’

FOCUS

Deze Handreiking van de Federatie Medisch Specialisten (Federatie) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) is een vervolg op de Handreiking ‘Substitutie van zorg’ (2017) en bevat formats voor de beschrijving van de meest relevante punten voor een projectplan en rekenvoorbeelden.

Colofon

De handreiking ‘Implementatie Juiste zorg op de juiste plek’ is een uitgave van de Federatie Medisch Specialisten in samenwerking met de Landelijke Huisartsen Vereniging. Alle opgenomen informatie is eigendom van de Federatie. Overnemen van inhoud, geheel of gedeeltelijk, is toegestaan mits met bronvermelding.

In deze handreiking van de Federatie en de LHV ligt de focus op het tot stand brengen van duurzame lokale samenwerking, via bij voorkeur door huisartsen en medisch specialisten zelf geïnitieerde zorginhoudelijke initiatieven, met het doel de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden voor iedereen. Zorg dichtbij waar dat kan en verder weg als dat nodig is.

Vrijwaring

De Federatie heeft de grootst mogelijk zorg besteed aan de samenstelling van deze handreiking. Desondanks accepteren wij geen aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden in de informatie, noch voor schade, overlast of ongemak dan wel andersoortige gevolgen die voortvloeien uit of samenhangen met het gebruik van de informatie.

Copyright

© Federatie Medisch Specialisten
September 2019

Vormgeving: IJzersterk.nu

Voorwoord

Om ervoor te zorgen dat de kwaliteit, de toegankelijkheid, en de betaalbaarheid van de zorg in Nederland tot de beste van de wereld blijft behoren, zullen we ons moeten heroriënteren op de inrichting van die zorg. Want de behoefte van Nederlanders met betrekking tot die zorg is aan het veranderen. We willen de zorg graag dichterbij huis als het kan, op een moment dat het ons schikt, maar wel door een zorgverlener die daar op en top toe in staat is en die ook goed samenwerkt met andere zorgverleners. Tegelijkertijd merken we dat de behoefte aan zorg groter wordt, dat de zorg steeds complexer wordt en dat er ook steeds meer mogelijk is. Veelgehoorde termen in de genoemde heroriëntatie zijn 'concentratie en spreiding van zorg', en 'de juiste zorg op de juiste plek'. Dit betekent naar onze mening niet het simpelweg verplaatsen van de zorg, en dus de patiënt, van de ene naar de andere lijn. De bedoeling is juist om de muren tussen de lijnen lager te maken en de patiënt centraal te zetten in een netwerk van samenwerkende professionals die de patiënt én elkaar met hun respectievelijke kennis en kunde bijstaan, binnen én buiten het ziekenhuis. Er zijn in het land mooie voorbeelden van samenwerking tussen huisartsen en medisch specialisten die leidt tot duurzame verandering van het zorgaanbod en 'juiste zorg op de juiste plek'.

Goede samenwerking komt lokaal en regionaal tot stand als huisartsen en medisch specialisten elkaar 'vinden' in de gedeelde behoefte om zorg gezamenlijk op te pakken. Niet alleen voor dat onderlinge overleg, óók voor het contact met de patiënt moet dan wel voldoende tijd beschikbaar zijn. Uit diverse projecten blijkt dat 'meer tijd voor de patiënt' in de spreekkamer een belangrijk vehikel voor huisartsen is om de steeds complexere zorgvragen goed te kunnen bespreken. De huisarts kan daardoor beter onderzoeken wat de onderliggende zorgvraag is en daarop – samen met de patiënt – beslissen wat een passende oplossing is. Naast het verhogen van het werkplezier leidt 'meer tijd voor de patiënt' ook tot een betere kwaliteit, juistere en minder verwijzingen en kostenbesparingen. Ofwel tot de juiste zorg op de juiste plek. Hetzelfde geldt voor de medisch specialist: meer tijd voor het 'goede gesprek' en om 'samen te kunnen beslissen' legt een basis voor het bieden van gepaste zorg met meer arbeidsvreugde.

Gezamenlijk zetten we in op het stimuleren van de juiste zorg, op de juiste plek, in een samenwerking tussen huisartsen en medisch specialisten. Voor het realiseren van die samenwerking hebben partijen handvatten nodig om plannen en ideeën concreet te maken en financieel te onderbouwen. Deze Handreiking 'Implementatie van Juiste zorg op de juiste plek' beoogt die handvatten te bieden.

Marcel Daniëls
voorzitter Federatie Medisch Specialisten

Ella Kalsbeek
voorzitter Landelijke Huisartsen Vereniging



Inhoud

Inleiding	6
Doel en reikwijdte Handreiking	6
Aandachtspunten en focus	7
Zorgvraag en complexiteit	7
01 Projectplan	9
Projectplan, stappenplan en format	9
02 Financiële onderbouwing	13
Investerings en kosten	14
Toelichting op de kostensoorten	15
Transitie- en frictiekosten	16
Overige (kosten)posten en besparingen	18
Bijlage 1	
Toelichting kostensoorten	21
Bijlage 2	
Auteurs en ontwikkeling Handreiking 'Implementatie Juiste zorg op de juiste plek'	22

Inleiding

Door demografische ontwikkelingen, technologische vooruitgang en veranderende opvattingen over ziekte en gezondheid, zullen in de nabije toekomst meer mensen een beroep doen op de gezondheidszorg. Met name het aantal oudere patiënten en (daarmee) het aantal patiënten met één of meerdere (chronische) aandoeningen zal toenemen. Deze patiënten bewegen zich in verschillende fasen van het ziektebeeld tussen huisartsenzorg en medisch specialistische zorg en zijn niet strikt als een “huisartspatiënt” of “ziekenhuispatiënt” te beschouwen.

In 2017 hebben de Federatie Medisch Specialisten (Federatie) en de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) gezamenlijk de Handreiking 'Substitutie van zorg' uitgebracht. De nu voorliggende Handreiking 'Implementatie Juiste zorg op de juiste plek' is een vervolg hierop.

Sinds publicatie van de Handreiking in 2017 heeft langs meerdere wegen een oriëntatie op herinrichting van de zorg plaatsgevonden. Zo heeft de Taskforce de Juiste zorg op de juiste plek (JZOJP) in 2018 een gelijknamig rapport uitgebracht.¹

De Taskforce pleit voor een transformatie van de zorg. De door de Taskforce bepleitte beweging wordt breed omarmd en is vervolgens ook opgenomen in de hoofdlijnenakkoorden 2019-2022 van de huisartsenzorg en medisch specialistische zorg. De essentie van 'juiste zorg op de juiste plek' is:

- het voorkomen van (duurdere) zorg,
- het verplaatsen van zorg (zoveel mogelijk dichterbij huis en indien nodig geconcentreerd wat verder weg) en
- het vervangen van zorg (door andere vormen van zorg zoals e-Health).

Met het begrip 'juiste zorg op de juiste plek' is substitutie van zorg zoals beschreven in de eerste handreiking, geen op zichzelf staande beweging meer. Bovendien dwingen de omstandigheden op de arbeidsmarkt, de stijgende zorguitgaven en de toenemende complexiteit van de zorgvraag partijen de zorg anders te organiseren. Daarbij staan de zelfredzaamheid en het functioneren van mensen, samen met behoud van de kwaliteit van zorg voorop. Samenwerking tussen huisartsen en medisch specialisten, is één van de mogelijkheden – maar zeker niet de enige – om juiste zorg op de juiste plek te realiseren.

DOEL EN REIKWIJDTE HANDREIKING

Aanleiding voor het schrijven van deze nieuwe Handreiking 'Implementatie Juiste zorg op de juiste plek', als vervolg op de Handreiking 'Substitutie van zorg' van de Federatie en LHV (2017), is dat er behoefte bleek te bestaan aan handvatten en concreet uitgewerkte adviezen over het opzetten van projecten die 'juiste zorg op de juiste plek' bewerkstelligen, inclusief een format voor een projectplan en rekenvoorbeelden.²

In de Handreiking 'Substitutie van zorg' (2017) staat beschreven welke aandachtspunten vanuit het oogpunt van kwaliteit, organisatie en bekostiging van zorg belangrijk zijn voor het organiseren en implementeren van zorg die in onderlinge samenwerking door huisartsen en medisch specialisten wordt geleverd. Daarbij zijn in deze eerdere Handreiking de volgende vormen van samenwerking benoemd, die overigens ook allemaal te beschouwen zijn als een (mogelijke) invulling van 'juiste zorg op de juiste plek':

1. terug verwijzing van patiënten(-groepen) van de tweede lijn naar de eerste lijn zonder verdere medisch-specialistische bemoeienis;
2. het zo gericht mogelijk verwijzen van eerste lijn naar tweede lijn, en zo snel mogelijk terugverwijzen indien mogelijk;
3. het anders organiseren van zorg die niet persé in de tweede lijn hoeft te worden geleverd, maar ook niet geheel zonder medisch specialistische expertise en directe advisering in de eerste lijn kan plaatsvinden, het zorggebied waar je kunt spreken van anderhalvelijns zorg, of 'gedeelde zorg';

4. het verplaatsen van specifieke, afgebakende zorgactiviteiten van de medisch specialist naar de huisartsenpraktijk, zoals bijvoorbeeld (onderdelen van) chronische zorg controles en chirurgische verrichtingen buiten de tweedelijnsinstelling, op verzoek van de huisarts en gezamenlijk met de medisch specialist (bijv. in ketenzorg vorm) of zelfstandig door de huisarts;
5. vormen van geborgde e-Health consultatie tussen huisartsen en medisch specialisten onderling en met de patiënt.

E-Health toepassingen kunnen ook voor de patiënt een belangrijke rol spelen bij 'juiste zorg op de juiste plek'. Bij het structureel inzetten van e-Health is aandacht en uitwerking nodig voor de vastlegging van medische gegevens en voor technische- en juridische aspecten zoals beveiliging, privacy, verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid. Ook op landelijk niveau wordt door VWS en veldpartijen overlegd over kaders en eisen voor de uitwisseling van informatie en de beschikbaarheid van patiëntgegevens in de keten.

De beweging van 'de Juiste zorg op de juiste plek' gaat verder dan alleen het verplaatsen van zorg over de lijnen heen.³ De nu voorliggende handreiking biedt een format voor een projectplan en rekenvoorbeelden.

AANDACHTSPUNTEN EN FOCUS

Voor alle zorgverleners staat het telkens verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de zorg voorop. Voor de uitgangspunten, kaders en aandachtspunten m.b.t. 'juiste zorg op de juiste plek' en ten aanzien van de inhoudelijke samenwerking tussen huisartsen en medisch specialisten en de continuïteit en organisatie/logistiek van zorg wordt verwezen naar de Handreiking 'Substitutie van zorg' (2017).

Om 'juiste zorg op de juiste plek' met handhaving of verbetering van de kwaliteit, voor (een) specifieke zorg(activiteit of -proces) mogelijk te maken is het belangrijk de financiële en overige consequenties van de voorgenomen verandering in het zorgaanbod of zorgproces (data, logistiek, te betrekken partijen, te maken afspraken) te analyseren. Dit geldt zowel voor huisarts(enorganisatie), medisch specialist en ziekenhuis, als voor andere zorgverleners zoals wijkverpleging/thuiszorg of bijvoorbeeld paramedici. Het op andere wijze aanbieden van zorg door huisartsen en medisch specialisten gezamenlijk, kan immers consequenties hebben voor de aansluiting van o.a. de wijkverpleegkundige zorg. Ook de impact die dit voor de patiënt heeft, moet hierbij geanalyseerd worden.

Samenwerking op inhoud is de basis voor samenwerking in de relatie tussen huisartsen en medisch specialisten. Voor het tot stand komen of bestendigen van de onderlinge werkafspraken is het van belang dat huisartsen en medisch specialisten beiden voordeel ondervinden van de (medische) samenwerking en afstemming. Inrichting en ondersteuning van administratieve en logistieke processen zijn randvoorwaardelijk, evenals tijd, goede communicatie, werkende overlegstructuren en adequate informatie-uitwisseling. Daarbij is het wenselijk dat de samenwerking gaat over een redelijk volume van patiënten.

De op inhoud gebaseerde samenwerking tussen huisartsen en medisch specialisten kan zich richten op patiëntniveau/patiëntengroepen en/of op procesniveau en/of op organisatorisch niveau.

ZORGVRAAG EN COMPLEXITEIT

De zorgvraag verandert en zal ook de komende tijd blijven toenemen. Uit cijfers van de afgelopen 10 tot 20 jaar blijkt dat er een continue autonome jaarlijkse groei van de medisch specialistische zorgvraag is van 3%. Bijna 1% als gevolg van de demografische ontwikkeling en ruim 2% als gevolg van technologische vernieuwing. Door doelmatigheidsverbeteringen in de ziekenhuizen is deze groei beperkt tot een effectieve groei van 1 à 1,5% in de afgelopen jaren. Dit betekent dat zonder maatregelen, wachtlijsten in ziekenhuizen kunnen ontstaan dan wel toenemen. Daarnaast verandert het maatschappelijke perspectief op de beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg: dichter bij huis als het kan en op een moment dat er behoefte aan is. Met de beweging 'juiste zorg op de juiste plek' wordt beoogd kwalitatief goede zorgverlening te bieden die tegemoet komt aan de groeiende en veranderende zorgvraag met waar mogelijk beperking van de kosten. 'juiste zorg op de juiste plek' kan erin resulteren dat een deel van de zorg buiten het ziekenhuis wordt aangeboden: hetzij onder de verantwoordelijkheid van een medisch specialist dan wel op andere wijze en in samenwerking met andere professionals vormgegeven. Voor andere vormen van zorg kan blijken dat het ziekenhuis 'de juiste plek' is of wordt. Alles overziend kan

niet zonder meer worden verwacht dat er een absolute krimp van tweedelijnszorg zal gaan plaatsvinden, wel van een ombuiging/remming van de groei hiervan. Daar waar zorg wordt verplaatst naar de eerste lijn, dienen de kosten van deze verplaatsing gedekt te worden met afdoende budget in de eerste lijn, voldoende (huis)artsen, POH-ers en ondersteunend personeel. Ook dient – waar nodig – zorg door wijkverpleegkundigen en paramedici geregeld te worden en dienen voorts o.b.v. indicatiestelling van de huisarts voldoende acute eerstelijnszorgbedden beschikbaar te zijn.

In het NIVEL-Prismant rapport 'Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg' (november 2018) wordt de verwachte ontwikkeling van de vraag tussen 2018 en 2023 respectievelijk 2028 naar huisartsenzorg in beeld gebracht. Op basis van de demografische ontwikkeling neemt de zorgvraag bij huisartsen toe met 1,06% per jaar (tot 2023) en 0,94% per jaar in de periode 2023-2028. Bovenop de demografische ontwikkeling neemt de zorgvraag tevens toe vanwege horizontale en verticale substitutie, sociaal culturele ontwikkelingen, epidemiologie en vakinhoudelijke ontwikkelingen. Bij deze laatste ontwikkelingen worden twee varianten onderscheiden: een minimumvariant en een maximumvariant. Bij de minimumvariant ligt de jaarlijkse stijging van de zorgvraag (exclusief demografie) op 0,9% per jaar. Bij de maximumvariant is dit 1,8% per jaar. De zorgvraag stijgt in de minimum variant dus in totaal met 1,95% per jaar (tot 2023) en 1,82% per jaar in de periode 2023-2028. Volgens de maximumvariant gaat het om een jaarlijkse stijging van 4,51% per jaar (tot 2023) en 4,38% per jaar in de periode 2023-2028. Dit betekent dat verplaatsing van zorg richting huisartsen alleen mogelijk is als de huisarts plezier houdt in zijn werk, er meer tijd voor de patiënt in de spreekkamer is⁴ én het huidige en in de toekomst te verwachten tekort aan huisartsen opgevangen wordt. Uit diverse projecten blijkt dat 'meer tijd voor de patiënt' in de spreekkamer een belangrijk vehikel voor huisartsen is om de steeds complexere zorgvragen goed te kunnen bespreken. De huisarts kan daardoor beter onderzoeken wat de onderliggende zorgvraag is en daarop – samen met de patiënt- beslissen wat een passende oplossing is. Naast verhogen van het werkplezier leidt 'meer tijd voor de patiënt' ook tot een betere kwaliteit, juistere en minder verwijzingen en kostenbesparingen. Ofwel tot de juiste zorg op de juiste plek. Ook samenwerkingsafspraken zoals (tele)consultatie tussen de medisch specialist en de huisarts blijken tot een betere onderlinge afstemming, juistere en minder verwijzingen en bij beiden meer werkplezier te leiden. Tegelijkertijd evalueren ook patiënten deze afspraken als positief. Ook voor de medisch specialist geldt dat meer tijd voor het 'goede gesprek' met de patiënt en om 'samen te kunnen beslissen' een basis legt voor het bieden van gepaste zorg met meer arbeidsvreugde.

Noten:

1. Rapport van de Taskforce - Juiste zorg op de juiste plek. Wie durft? (2018).
2. Dit document beoogt een handreiking te zijn voor (met name) medisch specialisten en huisartsen die gezamenlijk aan de slag willen met het op enigerlei wijze realiseren van 'juiste zorg op de juiste plek'. Partijen willen met dit document de beweging 'juiste zorg op de juiste plek' ondersteunen en stimuleren, maar niet opleggen.
3. Waar in deze Handreiking een karakterisering van een zorgverlener wordt gegeven (bijvoorbeeld 'medisch specialist' of 'huisarts') kan ook een andere zorgverlener worden gelezen. Waar in de Handreiking de term 'lokaal' wordt gebruikt wordt hiermee een gebied/samenwerkingsverband van een ziekenhuis met in het adhaerentie gebied liggende huisartsenpraktijken bedoeld.
4. Op de website <https://meertijdvoordepatient.lhv.nl/> staan diverse mogelijkheden om meer tijd voor de patiënt te creëren.

01 Projectplan

Dit hoofdstuk bevat handvatten en adviezen voor het opzetten van projecten die 'juiste zorg op de juiste plek' bewerkstelligen met een stappenplan om een project van idee tot uitvoering te brengen, en een format voor een projectplan.

Een goed projectplan met een kwalitatieve, kwantitatieve én financiële onderbouwing is de basis voor het uitwerken van samenwerkingsvormen die invulling kunnen geven aan de uitgangspunten van de 'juiste zorg op de juiste plek'. Het in de toolkit opgenomen format voor een projectplan is ontwikkeld aan de hand van de aandachtspunten voor het borgen van kwaliteit van zorg, organisatie en bekostiging, zoals beschreven in de Handreiking 'Substitutie van zorg' (2017). Het gaat hierbij met name om het goed van tevoren inventariseren van de ideeën, feiten, doelen, patiëntengroep, beoogde resultaten en of alle betrokkenen daar hetzelfde beeld bij hebben, gebruik van richtlijnen en voldoende basis voor minimaal behoud van kwaliteit van zorg. Dit Format Projectplan biedt ondersteuning bij het gestructureerd en overzichtelijk in kaart brengen van de verschillende aspecten van het project.

PROJECTPLAN, STAPPENPLAN EN FORMAT

Relevante partijen

Het is van belang om bij het opstellen van een projectplan vooraf zo goed mogelijk te bepalen welke de direct te betrekken relevante partijen zijn. Dit zijn meestal de huisartsenpraktijken, huisartsposten en/of zorggroepen, huisartsenkringen, medisch specialisten, ziekenhuisbestuur, zorgverzekeraar en patiënt, maar dat kunnen ook andere zorgverleners zijn. Belangrijk is om in te schatten wat de (potentiële) consequenties voor alle direct betrokken partijen zijn, ook met betrekking tot beschikbare capaciteit en impact op werkdruk op zorgprofessionals. Om dit in te schatten is afstemming met een goede vertegenwoordiging van alle betrokken partijen van belang die voldoende draagvlak heeft bij de achterbannen, vooral als het om grotere groepen zorgprofessionals gaat, zoals bijvoorbeeld huisartsen aangesloten bij meerdere huisartsenorganisaties/zorggroepen en medisch specialisten vanuit verschillende vakgroepen. Hoewel hierop in het Format Projectplan niet de focus ligt, is het ook van belang om in te schatten wat de indirecte impact en consequenties kunnen zijn van het anders aanbieden van zorg door huisartsen en medisch specialisten samen, op aanpalende gebieden en partijen zoals wijkverpleging en thuiszorg, tweede lijn en andere eerste en/of nulde lijn partijen. Ook dient natuurlijk altijd het effect van dit soort veranderingen in de zorg voor de patiënt ingeschat te worden.

Stappenplan

Het hieronder beschreven 7-stappenplan omvat in principe alle fasen die voor het opzetten van een project doorlopen kunnen worden. Voor kleine(re) projecten, zoals bijvoorbeeld projecten met een beperkte impact of een enkelvoudige goed omschreven patiëntengroep betreffende, kunnen de stappen uiteraard snel(ler) doorlopen of samengevoegd worden.

De 7 fasen zijn de volgende:

1. De 'Verkenningfase': hierin wordt een eerste idee voor het realiseren van een vorm van 'juiste zorg op de juiste plek' op hoofdlijnen uitgewerkt. In dit plan is ook een beschrijving opgenomen van de beoogde zorg en de patiëntengroep. Tevens worden relevante deelnemers en stakeholders geïdentificeerd. Deze informatie wordt verwerkt in het eerste deel van het Format Projectplan en kan vervolgens worden besproken met de zorgverzekeraar om draagvlak en steun voor het verder uitwerken van het plan te toetsen. Met een akkoord op dit eerste deel van het projectplan geeft de zorgverzekeraar aan positief te staan tegenover het initiële projectvoorstel en de verdere uitwerking ervan in meer detail en met een eerste financiële onderbouwing.

2. De 'Initiatiefase': eerste uitwerking van het plan waarin het aanwezig zijn van een 'gelijk beeld' bij eenieder wordt getoetst. Het projectteam en de eventueel aan te stellen projectleider worden benoemd en het projectvoorstel wordt opgesteld. Hiervoor kan het tweede deel van het Format Projectplan worden gebruikt.
3. De 'Definitiefase': met nadere definiëringen, bespreken en opstellen van het plan van aanpak, nadere afstemming met zorgverzekeraar en relevante partijen en patiënten vertegenwoordiging.
4. De 'Ontwerpfase': het maken van een meer gedetailleerd ontwerp met onderwerpen als projectresultaat, borging van (o.a. medisch inhoudelijke) kwaliteit van zorg, risicoanalyse, evaluatie(s) – ook ten aanzien van de kwaliteit van zorg –, benodigde nascholing en opstellen van een financiële onderbouwing.
5. De 'Vorbereidingsfase': het realiseren van de organisatie van de implementatie van het projectplan, van het draaiboek, PR-plan en de mogelijkheden inventariseren tot structurele voortzetting.
6. De 'Implementatiefase': fase waarin het plan daadwerkelijk geïmplementeerd wordt en de mogelijkheden en randvoorwaarden voor structurele voortzetting van het project vastgelegd worden.
7. De 'Nazorgfase': borging van resultaat en evaluatie van het projectplan (o.a. op kwaliteit en effectiviteit), evt. bijsturen, schrijven projectverslag, opheffen van het projectteam, overdracht naar of overgaan in (project)beheerdersteam en het structureel maken van het programma/de patiëntenzorg(vorm).

Stappenplan:





Format Projectplan

Het 'Format Projectplan' (zie toolkit) en het bovenstaande stappenplan bieden concrete handvatten om het project verder uit te werken.

Het Format Projectplan heeft 2 verschillende delen:

- Deel I voor de eerste uitwerking van een idee of plan om met samenwerkingsafspraken de 'juiste zorg op de juiste plek' te realiseren. Met een eerste uitwerking op hoofdlijnen kan, met instemming van direct betrokkenen, vervolgens bij de zorgverzekeraar worden getoetst of er voor het voorstel draagvlak is en of deze de verdere uitwerking van het voorstel steunt. Betrokkenheid van de zorgverzekeraar in dit stadium is belangrijk voor het draagvlak.
- Bij voldoende draagvlak en instemming van huisartsen(organisaties), medisch specialisten, ziekenhuisbestuur en zorgverzekeraar voor verdere uitwerking van het plan, kan deel II van het Format Projectplan worden gebruikt. Daarin

wordt op meer detailniveau beschreven wat het project behelst, welke kosten en investeringen hiermee gemoeid zijn en wat de te verwachten resultaten zijn, zowel kwalitatief als financieel. Het is raadzaam om ook in deze fase, naast – direct betrokkenen – patiëntenvertegenwoordiging, de zorgverzekeraar en eventuele andere partijen te betrekken. De zorgverzekeraar kan bijdragen aan het bieden van inzicht in patiëntenstromen, kosten van zorg in eerste- en tweede lijn etc.

Afhankelijk van de impact en omvang van het project kan in bepaalde situaties volstaan worden met het eerste deel van het Format Projectplan.⁵

Met het tijdig toetsen van het idee/plan op hoofdlijnen bij de zorgverzekeraar en andere betrokkenen kan worden voorkomen dat de initiatiefnemers veel tijd en energie steken in het uitwerken van het projectplan en een financiële onderbouwing om in een later stadium ontdekken dat er bij de zorgverzekeraar en andere betrokkenen onvoldoende draagvlak is voor het anders organiseren van de betreffende zorg.

Noten:

5. Projectplannen en financiële onderbouwing dienen te voldoen aan de door de Autoriteit Consument en Markt opgestelde regels voor samenwerking tussen zorgaanbieders binnen de kaders van de Mededingingswetgeving. Kijk voor meer informatie op <https://www.acm.nl/nl/onderwerpen/zorg>

02 Financiële onderbouwing

In dit hoofdstuk wordt een toelichting gegeven op de financiële onderbouwing van een project aan de hand van verschillende rekenvoorbeelden. Deze worden eveneens in een toolkit opgenomen. De toolkit is separaat van de Handreiking beschikbaar voor gebruik. De verschillende rekenvoorbeelden bieden inzicht in onder meer de kosten van het realiseren van een vorm van 'juiste zorg op de juiste plek' zowel op de korte als op langere termijn en kunnen ook worden gebruikt om een tarief te berekenen of bij het opstellen van een financiële onderbouwing van het project. De verschillende kostensoorten worden nader toegelicht.

Het implementeren van een vorm van de 'juiste zorg op de juiste plek' middels samenwerkingsafspraken tussen huisartsen en medisch specialisten heeft financiële gevolgen voor zowel het ziekenhuis, de medisch specialisten als de huisartsen en huisartsenpraktijken/-organisaties/-zorggroepen/eerstelijns gezondheidscentra, thuiszorgorganisaties en anderen, én patiënten. Ook kan dit invloed hebben op bijvoorbeeld het eigen risico van de patiënt. Bij het opstellen van een projectplan voor een vorm van de 'juiste zorg op de juiste plek' past een analyse van de financiële- en overige consequenties. De projectgroep kan hiertoe advies en ondersteuning inhuren van een ter zake deskundige professional.

Een financiële onderbouwing biedt inzicht in de investeringen, kosten en opbrengsten van een project en vormt daarmee de financiële kant van de onderbouwing van het besluit om een project te starten. Naast kosten en opbrengsten is het van belang om aan bijvoorbeeld zorgverzekeraars te kunnen aantonen dat in de onderbouwing ook rekening gehouden is met:

- de kwaliteit van de zorg, o.a. op medisch inhoudelijk gebied;
- eventuele 'extra zorg' die ontstaat omdat er door de uitvoering van een project extra aandacht is voor een bepaald ziektebeeld/bepaalde patiëntengroep;
- het effect van het project op het eigen risico van patiënten;
- het percentage patiënten voor wie alsnog doorverwijzing naar medisch specialistische zorg nodig blijkt;
- de beschikbare capaciteit, o.a. aantal zorgprofessionals, acute zorgbedden en eerstelijnsverblijf bedden (ELV).

Uitgangspunt is een positief financieel resultaat (op termijn), waarbij de kwaliteit van zorg ten minste gelijk blijft en in balans is met toegankelijkheid en betaalbaarheid. Dat wil niet zeggen dat het financieel resultaat altijd positief uitpakt. Zeker in de eerste jaren kan een project een negatief financieel resultaat hebben als gevolg van o.a. investerings- en opstartkosten. Soms ligt een goede spin-off niet (alleen) in een financieel positief resultaat, maar in afgeleide 'waarde-creatie'. Denk aan een intensievere samenwerking tussen tweede- en eerstelijnszorgprofessionals, de zorg die meer is georganiseerd rond de patiënt en zijn wensen en met meer (middelen voor) zelfmanagement en/of nog gericht (en eventueel minder) verwijzen naar de tweede lijn. Ook een potentieel lagere aanspraak op het eigen risico van de patiënt kan als een positief effect van 'juiste zorg op de juiste plek' worden gezien. Dat neemt niet weg dat met het project uiteindelijk een doelmatiger besteding van middelen wordt beoogd.

Onderstaande toelichting op de diverse kostensoorten en de toolkit met de rekenvoorbeelden bieden concrete handvatten om het project financieel te onderbouwen.

INVESTERINGEN EN KOSTEN

Investeringsen

Partijen dienen zich ervan bewust te zijn dat het realiseren van 'juiste zorg op de juiste plek' tussen eerste- en tweede lijn een meerjaren traject is en veelal vraagt om investeringen in onder meer kennis en organisatie. In de financiële onderbouwing dient dan ook een goede analyse van de benodigde investeringen te worden opgenomen. Een investering is een opoffering in geld, tijd of mankracht ten behoeve van een doel dat pas op lange termijn wordt behaald. Investeren wordt in het dagelijks spraakgebruik vaak in een ruimere betekenis gebruikt, waarbij de nadruk wordt gelegd op een uitgave nu, die opbrengsten in de toekomst genereert. Voor een project is het relevant om investeringen in de aanschaf van bijvoorbeeld ICT-voorzieningen, apparatuur of huisvesting op te nemen in de financiële onderbouwing.

Kosten

Het is voor het opstellen van een financiële onderbouwing, het bepalen van een tarief en van de totale kosten bij projecten van belang om onderscheid te maken in kostensoorten en daar rekening mee te houden. Kostensoorten kunnen op verschillende wijzen worden ingedeeld. Een gebruikelijk onderscheid in kostensoorten is de onderverdeling in enerzijds structurele kosten en niet-structurele kosten en anderzijds vaste en variabele kosten (zie de toelichting in bijlage 1).

Aan de hand van onderstaand overzicht met kostensoorten kan een rekenvoorbeeld worden ingevuld zoals opgenomen in de toolkit.

In onderstaande tabel staat een overzicht van verschillende kostensoorten die bij het uitwerken van een financiële onderbouwing van het project relevant kunnen zijn.⁶

Kostensoort	Voorbeeld	Toelichting
Personele kosten	- Huisarts, waarnemer - POH, verpleegkundige etc. - Assistent(e) - Medisch specialist - PA en/of VS - Ondersteunend personeel voor huisarts en/of medisch specialist - Projectleider en projectteam - Ondersteuners ICT, administratie - Etc. Ook niet zorg-gebonden inzet van personeel moet worden meegenomen (bijvoorbeeld inrichten en ondersteunen ICT en administratieve processen)	Toerekenen personele kosten: eerst de inzet in tijd specifiek voor het project toerekenen. Daarna opnemen in de post structurele variabele kosten. Het betreft patiënt- en niet patiëntgebonden tijd. Niet patiëntgebonden tijd is bijvoorbeeld overlegtijd, bellen i.v.m. patiëntgerelateerde zaken. Maar ook overleg met team, management, etc.
Facilitaire kosten	- Huur spreekkamerruimtes/onderzoeksruijnte - Materialen - Schoonmaakkosten - ICT-voorzieningen (licenties, onderhoud, certificering) - Verzekeringen - Reguliere afschrijvingskosten op ICT, gebouw etc. (indien van toepassing)	Dit zijn structurele en vaste kosten en alleen op te nemen als kosten van het project voor zover inzet/gebruik ervan specifiek is toe te wijzen aan het project.

Overige kosten	- Materialen (zoals hechtmateriaal, testen) - Kosten van diagnostiek - Kantoorbenodigdheden - Facturering - Kosten van (na-)scholing - Accountantskosten	Dit zijn niet-structurele, deels variabele en deels vaste kosten. Hoogte van de kosten is afhankelijk van het verbruik/ volume/ aantal patiënten.
Kapitaalkosten	- Rentekosten van een lening	
Frichtiekosten	Kosten die samenhangen met de afbouw van bestaande capaciteit die niet meer gedekt worden door inkomsten als gevolg van het veranderen/aanpassen van werkprocessen, bijvoorbeeld: - Extra afschrijving van apparatuur; - Kosten van afvloeiing van personeel; - Kosten van beëindigen van gebruiksovereenkomsten voor medische apparatuur; etc.	Of van deze kosten sprake is zal afhankelijk zijn van de aard en omvang van de samenwerkingsafspraken die huisartsen en medisch specialisten met elkaar maken voor bepaalde zorg(processen) in het project. Dit zijn niet-structurele kosten.
Transitiekosten	Eenmalige kosten voor projectuitvoering en innovatie om te komen van de oude naar de nieuwe situatie en die niet gefinancierd worden in het kader van productie: - Kosten verbouwing en verhuiskosten - Aanpassing ICT/ software etc.	Transitiekosten en investeringen t.b.v. het project kunnen overlappend zijn. Maak in de projectgroep en met de zorgverzekeraar goede afspraken hierover. Dit zijn niet-structurele kosten.
Kosten eigen risico en - verrekening	Gemiddelde derving van de opbrengst van eigen risico van patiënten die niet in de tweede lijn terecht komen.	Kosten opnemen als percentage of per zorgactiviteit toerekenen, afhankelijk van de aard van het project (in afstemming met zorgverzekeraar). Dit zijn structurele, variabele kosten.
Flankerend beleid: Kosten van alsnog doorverwijzing naar het ziekenhuis	DBC-tarief x het aantal patiënten dat naar verwachting alsnog naar het ziekenhuis wordt doorverwezen	Structurele variabele kosten op te nemen als percentage of als concrete kostenpost, afhankelijk van de aard van het project (in afstemming met zorgverzekeraar)
Kosten aanzuigende werking	Kosten van extra zorg door de 'aanzuigende werking' van het project.	Structurele variabele kosten op te nemen als percentage of als concrete kostenpost, afhankelijk van de aard van het project (in afstemming met de zorgverzekeraar)

TOELICHTING OP DE KOSTENSOORTEN

Inzet huisarts en medisch specialist m.b.t. patiëntenzorg

Dit zijn kosten voor de inzet van de huisarts en de medisch specialist, in tijd verrekend tegen een marktconform tarief. De expertise van de huisarts (-waarnemer) en de medisch specialist is niet gebonden aan de omgeving waarin hij/zij deze levert. Bij de inzet dient niet alleen rekening te worden gehouden met tijd voor directe patiënten zorg maar ook met overlegtijd, inschakelen andere zorgverleners, administratie tijd, etc.

Inzet ondersteunend personeel

De kosten voor de inzet van ondersteunend personeel voor de betreffende zorg en overige activiteiten in het project, bijvoorbeeld de inzet van een praktijkondersteuner, assistente in het ziekenhuis of een wijkverpleegkundige. Dit betreft de feitelijke extra kosten, niet de formatie waarvan de kosten mogelijk al voor worden vergoed.⁷

Materialen

De kosten voor bijvoorbeeld behandelmateriaal (hechtingsmateriaal, vragenlijsten, verbruiksmateriaal t.b.v. testen, instrumentarium etc.).

Jaarlijks terugkerende kosten voor bijvoorbeeld certificering /ICT etc.

Alleen terugkerende structurele kosten worden meegenomen in het tarief van het project van 'juiste zorg op de juiste plek'. Het betreft dan bijvoorbeeld de kosten (inclusief versnelde afschrijving) voor ICT-toepassingen en kosten voor jaarlijkse certificering, opleiding etc.. Daarnaast betreft het, indien van toepassing, structurele kosten van zaken als Zorgdomein, huur van ruimten en faciliteiten, gebruikskosten van applicaties en ICT-apparatuur en overige facilitaire kosten. Dat zijn kosten die jaarlijks (opnieuw) vastgesteld moeten worden en waarvan een deel kan stijgen of juist dalen bij opschaling van het project (variabele kosten). Deze kosten en de wijzigingen daarvan moeten meegenomen worden in de jaarlijks vast te stellen tarieven. Kosten die gemaakt worden om de zorg over te nemen vanuit het ziekenhuis op een andere plek en die éénmalig van karakter zijn, zijn investeringen en worden niet beschouwd als reguliere kosten die in het tarief moeten worden verwerkt. Deze investeringskosten dienen wel beschreven te worden en er moet met de zorgverzekeraar worden afgesproken op welke wijze deze kunnen worden gefinancierd.⁸

Inzet van diagnostiek in eerste- of tweede lijn;

In het projectplan dat medisch specialisten en huisartsen met elkaar opstellen, wordt beschreven op welke wijze de diagnostiek van patiënten in het project wordt georganiseerd voor zover deze direct verband houdt met het de aandoe-ning/patiëntengroep voor wie de zorg anders wordt georganiseerd. De diagnostiek kan binnen de huisartsenpraktijk plaatsvinden, in een eerstelijns diagnostisch centrum zoals een huisartsen laboratorium óf in het ziekenhuis. Dit is afhankelijk van de bestaande lokale diagnostische infrastructuur, van de betreffende patiëntengroepen en keuzes die de project-groep hierin samen met de zorgverzekeraar maakt.

De kosten van de inzet van diagnostiek kunnen o.b.v. afspraken met de zorgverzekeraar (deels of geheel) binnen of buiten de tariefberekening van het project worden gehouden. Afhankelijk van de aard van de diagnostiek en de aanbieder zijn hierbij voor- of nadelen aanwezig. Voor het project is het van belang deze af te wegen en een keuze te maken m.b.t. het al dan niet opnemen van de kosten van diagnostiek in het tarief. Het is van belang in het projectplan te beschrijven welke aanbieder de diagnostiek uitvoert. Diagnostiek kan consequenties hebben voor het eigen risico van de patiënt en daarmee moet in het projectplan en bij het opstellen van de financiële onderbouwing rekening worden gehouden.

In de Handreiking "Substitutie van zorg" (2017) is in bijlage 1 een overzicht opgenomen van aandachtspunten voor de financiering en bekostiging van projecten, van belang voor het maken van een financiële onderbouwing van het plan. Daarin is ook het belang aangegeven van het vergelijken van de kosten van zorg die bijvoorbeeld vanuit het ziekenhuis (DBC-DOT declaraties) overgenomen wordt naar een andere plek, het bepalen van de impact die dat heeft en de wijze waarop dit meetbaar te maken is.

TRANSITIE- EN FRICTIEKOSTEN

Frictiekosten

Bij het maken van samenwerkingsafspraken tussen medisch specialisten en huisartsen, kunnen ziekenhuizen zich gecon-fronteerd zien met verlies van omzet terwijl het kostenniveau niet gelijktijdig daalt. De kosten van vastgoed, personeel, facilitaire infrastructuur etc. zijn immers vaste kosten die niet zonder meer afnemen met het uitvoeren van minder zorgacti-viteiten. Tarieven van zorgactiviteiten in het ziekenhuis zijn gebaseerd op gemiddelden. Ziekenhuizen en medisch specialis-ten geven aan dat als bepaalde zorgactiviteiten in de huisartsenpraktijken worden uitgevoerd, de in het ziekenhuis achterblijvende verrichtingen gemiddeld duurder worden. Wat een aanpassing van een tarief rechtvaardigt. Partijen spreken in dit kader wel van zogeheten 'frictiekosten'.⁹ Dit kan ook gelden voor huisartsenpraktijken. In het onderzoek dat Berenschot uitvoerde naar frictiekosten en transitiekosten is dit als volgt gedefinieerd:

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

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

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

Bron: pag. 30 - Berenschot, 'Zorg op de juiste plek; Meer dan alleen transitie- en frictiekosten', juni 2018

In het onderzoek komt naar voren dat het verplaatsen van zorg beter lukt als sprake is van lokale afspraken die zijn overeengekomen tussen zorgaanbieders. Ook het maken van meerjarenafspraken door zorgverzekeraars kan partijen meer zekerheid bieden om enerzijds de noodzakelijke investeringen in vastgoed, mensen en apparatuur te ondersteunen en anderzijds tot concrete afspraken over eventuele af- of opbouw te komen. De omvang van de frictiekosten wordt bepaald door het aandeel 'vaste kostencomponenten' in de kostenstructuur, zoals overhead en huisvesting.

Transitiekosten

In de Handreiking 'Substitutie van zorg' (2017) is aangegeven dat voor een goede ontwikkeling en implementatie van projecten over samenwerking tussen huisarts en medisch specialist, een goede organisatie van dit project belangrijk is. Bij het opzetten van (lokale) trajecten voor 'juiste zorg op de juiste plek' dient naar een professionele opzet gestreefd te worden. Dat betekent dat er een projectteam van betrokken eerste- en tweedelijns zorgverleners moet worden geformeerd met een projectleider. De projectleider betreft vervolgens zowel de zorgverzekeraar(s) als de (ziekenhuis)instelling(en) en huisartsen(organisaties) en breed de eerste lijn en stelt een helder en gedegen projectplan op. In het projectplan wordt aandacht besteed aan beoogde kwaliteitseisen en de evaluatie daarvan binnen gezette termijnen (met PDCA-cyclus). Dit wordt bij voorkeur ondersteund door professionals met ervaring op dit gebied.

De kosten die gemoeid zijn met het realiseren van 'juiste zorg op de juiste plek' (in welke verschijningsvorm dan ook), worden beschouwd als 'transitiekosten'. Het betreft eenmalige kosten waar geen reguliere vergoedingsmogelijkheden voor bestaan bij zorgverzekeraars.

Eenmalige kosten voor projectuitvoering en innovatie, ook wel transitiekosten genoemd

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

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

Bron: pag. 30 - Berenschot, 'Zorg op de juiste plek; Meer dan alleen transitie- en frictiekosten', juni 2018

Berenschot adviseert partijen deze 'transitiekosten' te vergoeden om het realiseren van de 'juiste zorg op de juiste plek' te ondersteunen en hierover goede afspraken te maken.

OVERIGE (KOSTEN)POSTEN EN BESPARINGEN

Eigen risico en verrekening

Bij verwijzing van een patiënt voor medisch-specialistische zorg, wordt het eigen risico van de patiënt belast. Bij verplaatsing van zorg tussen eerste en tweede lijn als een van de vormen van 'juiste zorg op de juiste plek' is het streven te voorkomen dat een patiënt zorg in de tweede lijn nodig heeft dan wel minder of minder vaak een beroep hoeft te doen op de tweedelijnszorg. Dat kan voor de patiënt een lagere aanspraak op het eigen risico betekenen. Bij het opstellen van de financiële onderbouwing van het project dient rekening te worden gehouden met het percentage patiënten dat met de nieuwe zorg niet in de tweede lijn terecht komt en de gemiddelde derving van eigen risico dat hiermee gemoeid is voor de zorgverzekeraar. Dit is voor de zorgverzekeraar een relevant deel van de inkomsten dat wegvalt terwijl de kosten van zorg wel gemaakt worden, maar dan in een ander echelon van de zorg en tegen lagere kosten. De zorgverzekeraar beschikt over data waarmee het gemiddeld eigen risico van de patiëntenpopulatie in het project kan worden berekend.

Flankerend beleid

Met het anders organiseren van zorg in de tweede- en eerste lijn of door het in samenwerking tussen medisch specialist en huisarts aanbieden van zorg kan een extra effect ontstaan dat ook wel 'aanzuigende werking' wordt genoemd. Er worden bijvoorbeeld meer patiënten op het spreekuur met de huisarts en/of medisch specialist in de eerste- of anderhalvelijn gezien dan op voorhand verwacht, als gevolg van het feit dat er door het project extra aandacht is voor een ziektebeeld of patiëntgroep.

Voorbeeld aanzuigende werking

In een centrum voor anderhalvelijns zorg kunnen patiënten met verdenking op een kwaadaardige huidaandoening, worden doorverwezen naar een dermatoloog voor een eenmalige beoordeling. Daarmee wordt voorkomen dat patiënten onnodig in het ziekenhuis terecht komen. Het gevolg kan echter zijn dat vanwege de nabijheid van de dermatoloog in het anderhalvelijns centrum, er relatief méér patiënten worden doorverwezen voor een eenmalige beoordeling, dan wanneer dit met een reguliere verwijzing naar de tweedelijnszorg het geval zou zijn geweest.

In de financiële onderbouwing van een project is het raadzaam om een correctiepercentage op te nemen voor dit effect in overleg met de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft wellicht op grond van ervaringen in soortgelijke projecten elders, een concreter beeld van de omvang van de mogelijke aanzuigende werking voor het betreffende project.

Kosten van (alsnog) doorverwijzing naar de 2e lijn

Doelstelling van 'juiste zorg op de juiste plek' en het meer in samenhang en afstemming tussen huisarts en medisch specialist aanbieden van bepaalde zorg, is het zoveel mogelijk voorkomen van diagnostiek en behandeling in de tweede lijn. Dat neemt niet weg dat er altijd een aantal patiënten is dat vanwege de gestelde diagnose en/of het ziektebeeld alsnog wordt doorverwezen voor tweedelijnszorg. Een goede keuze en omschrijving van patiëntengroepen/ziektebeelden waarvan het zorgproces wordt aangepast en bijbehorende kenmerken is van groot belang evenals de evaluatie en eventuele bijsturing. Het is raadzaam om voor de kosten een percentage af te spreken met de zorgverzekeraar als correctie op de beoogde besparing van het project. Het betreft dan uiteraard alleen de kosten voor verwijzingen die direct verband houden met de patiëntgroep waarvoor het project is opgezet.

Gerealiseerde besparingen

Het realiseren van 'juiste zorg op de juiste plek' kan leiden tot een besparing van kosten op langere termijn. Het advies is om lokaal goede afspraken te maken over het meten van de (eventueel) gerealiseerde doelmatigheidswinst en het maken van afspraken over de aanwending van aanwezige 'gedeelde besparingen'. De ervaring leert dat als één van de betrokken partijen relatief meer (financiële) baten heeft bij het herinrichten van het zorgaanbod, belangen in onbalans kunnen raken. Dit kan leiden tot wrijving. Het op voorhand maken van afspraken over de besteding van gerealiseerde besparingen is daarom raadzaam. Bij voorkeur vindt herinvestering in het 'juiste zorg op de juiste plek' project plaats, maar tijdelijke compensatie voor gedeelde opbrengsten moet ook mogelijk zijn. Uiteindelijk zullen gerealiseerde besparingen, als het project overgaat in reguliere samenwerking, leiden tot besparingen van het macrokader. Daarom is het van belang om korte en lange termijn kosten en opbrengsten te scheiden. Dit met name wat betreft:

- de korte termijn kosten en opbrengsten in de opzet- en pilotfase van het project;
- de daarmee gemoeid gaande algemene project-, frictie- en transitiekosten, en
- de langere termijn kosten en opbrengsten als het project deze fase voorbij is en het structurele zorg is geworden.

Sommige opbrengsten worden soms pas op een veel later moment gedurende de looptijd van het project gerealiseerd, zoals het afvloeien van personeel in de tweede lijn bijvoorbeeld. De doelmatigheidswinst kan dan ook pas op de lange termijn worden 'verzilverd'. Naast financiële besparingen kunnen de projecten echter ook 'winst' opleveren in bijvoorbeeld kwaliteit en klantgerichtheid van zorg, betere samenwerking tussen zorgprofessionals en meer werkplezier. Ook in aanpalende zorggebieden of in andere sociale domeinen kan doelmatigheidswinst worden gerealiseerd, bijvoorbeeld omdat arbeidsverzuim van patiënten verkort wordt. De handreiking en de rekenvoorbeelden voorzien niet in het in kaart kunnen brengen van deze bredere effecten – hiervoor is een maatschappelijke businesscase nodig.

Noten:

6. Opsomming van de kostenposten is indicatief.

7. De tijdsinzet van de huisarts of medisch specialist bij het feitelijk leveren van zorg in de nieuwe situatie wordt niet altijd bekostigd. Mocht dit niet het geval zijn, wordt aanbevolen de tijdsinzet wel op te nemen in de financiële onderbouwing van het plan.

8. Mits direct samenhangend met het project.

9. In het Hoofdlijnenakkoord MSZ 2019-2022 zijn afspraken over frictiekosten en transitiekosten opgenomen en zijn 'transformatiegelden' opgenomen in het Budgettair Kader Zorg. De transformatiegelden kunnen worden ingezet voor initiatieven die concreet bijdragen aan de beweging van 'Juiste zorg op de juiste plek' en waarbij ten minste een aanbieder van medisch specialistische zorg en een zorgverzekeraar betrokken zijn. Meer informatie over de transformatiegelden is terug te vinden op de website van zorgverzekeraars.

Bijlagen

Bijlage 1

Toelichting kostensoorten

Structurele kosten

Structurele kosten zijn kosten die blijvend zijn. Deze kosten zullen gedurende de hele looptijd van het project aanwezig zijn, maar meestal ook als het project afgelopen is, de zorg doorgaat en ingebed is als gebruikelijke zorg. Voorbeelden van structurele kosten zijn de kosten van de zorgverlener die de zorg verleent, vaste personele ondersteuning, de ruimte(n) die gebruikt worden en het gebruik en onderhoud van ICT/EPD.

Niet-structurele kosten

Dit zijn kosten die van tijdelijke aard zijn en alleen in de loop van het project aanwezig zijn en/of afgebouwd kunnen worden dan wel niet meer aanwezig zijn als de zorg ingebed is als gebruikelijke zorg. Voorbeelden van niet-structurele kosten zijn projectgebonden kosten, zoals de kosten verbonden aan het opzetten van het project zelf, het aanstellen van een projectleider en kosten van een (eenmalige) investering zoals een verbouwing in relatie tot het project.

Vaste kosten

Dit zijn kosten die niet variëren met de omvang van de productie of met het gebruik. Deze kosten worden zonder uitzondering gemaakt gedurende het project en meestal ook als dit ingebed is als gebruikelijke zorg. Ze zijn dus onafhankelijk van de grootte van het project en van het aantal consulten dat gedaan wordt c.q. de hoeveelheid zorg die geleverd wordt. Voorbeelden van vaste kosten zijn de kosten van schoonmaak van ruimten, afschrijving en onderhoud van apparatuur, ICT/EPD, etc. Deze kosten moeten dus als vaste uitgaven meegenomen worden, ze staan al van tevoren vast. Wel is het zo dat bij toename van het aantal consulten deze kosten meer uitgesmeerd kunnen worden, maar bij afname van het aantal consulten meer zullen drukken op de 'exploitatie', iets dat jaarlijks moet worden ingeschat.

Variabele kosten

Deze kosten veranderen door een toename of afname in de productieomvang. Hoe meer consulten hoe hoger deze kosten in totaal worden, wat van belang is voor de omvang van de declaraties waar rekening mee moet worden gehouden. Voorbeelden van variabele kosten zijn kosten die echt gebonden zijn aan het consult c.q. de geleverde zorg, zoals kosten van inzet van zorgverlener(s) en kosten van aanvullende diagnostiek.

Bijlage 2

Auteurs en ontwikkeling Handreiking 'Implementatie Juiste zorg op de juiste plek'

TAAKOPDRACHT

De opdracht aan de auteurs was te komen tot een document met daarin handvatten en randvoorwaardelijke kaders voor praktische implementatie van 'Juiste zorg op de juiste plek (JZOJP)' ter ondersteuning van lokale initiatieven, in aansluiting op de in februari 2017 gepubliceerde 'Handreiking Substitutie van zorg' van grotendeels dezelfde auteurs van Federatie Medische Specialisten (Federatie) en Landelijke Huisarts Vereniging (LHV). Ook in deze Handreiking 'Implementatie Juiste zorg op de juiste plek' staat weer de samenwerking tussen huisarts en medisch specialist op de voorgrond, maar is er tevens verbreding in de verbinding naar andere zorgprofessionals. Juiste zorg op de juiste plek is immers breder dan alleen substitutie van zorg. Vanuit de zorgverzekeraars is ondersteuning gegeven met betrekking tot de opstelling van de rekenvoorbeelden.

AUTEURS VANUIT DE WERKGROEP SUBSTITUTIE FEDERATIE MEDISCH SPECIALISTEN

De werkgroep Substitutie van de Federatie bestaat uit vertegenwoordigers vanuit verschillende wetenschappelijke verenigingen.

Leden werkgroep:

- Drs. M.R. van der Linde, voorzitter
- Drs. L.B.J. van der Velden
- Drs. F.G. Bruins
- Drs. Th.F.M. Fennis
- Dr. G.M.A. Beckers
- Drs. C. Moerland
- Drs. H. Bonke
- Drs. H.R. Speelman
- Dr. J.A. Louwers
- Dr. R. Meerwaldt
- Dr. M.G.L.M. Elisen
- Dr. R. Baumgarten
- Drs. B.W.H. van de Lagemaat-Brasser

Wetenschappelijke Vereniging:

- NVVC
- NVMM
- NVDV
- NVN
- NVU
- NOG
- NOV
- NVvR
- NVOG
- NVvH
- NVKC
- NVKC
- secretaris, senior adviseur Federatie Medisch Specialisten

AUTEURS VANUIT DE LHV

- Drs. C.F.H. Rosmalen, huisarts en hoofd van de afdeling Beleid en Belangenbehartiging
- Drs. J.G.M. Schulten, senior beleidsmedewerker LHV

ADVIES VANUIT DE ZORGVERZEKERAAAR

- Dhr. M. Wijnen, 1e zorginkoper regio regio CZ

WERKWIJZE

De werkgroep Substitutie van de Federatie is begin 2015 samengesteld en gestart. Na diverse bijeenkomsten van de Federatie werkgroep en LHV auteurs en het publiceren van de Handreiking Substitutie van zorg in februari 2017, heeft deze werkgroep in 2018 samen met de LHV het vervolg opgepakt ten aanzien van een verbrede en praktische Handreiking 'Implementatie Juiste zorg op de juiste plek' met handvatten en randvoorwaardelijke kaders. Ook hierin is feedback van en afstemming binnen de Federatie Medisch Specialisten, zowel als van het bureau van de Landelijke Huisartsen Vereniging verwerkt, evenals adviezen vanuit de zorgverzekeraar. Daarmee is ook dit document een inhoudelijk document dat door deze partijen is opgesteld en gedragen wordt.

Het bureau van de Federatie heeft de Werkgroep Substitutie begeleid en ondersteund, de inhoudelijke afstemming met andere beleidsdomeinen bewaakt en de verschillende inhoudelijke bijdragen geredigeerd tot één document.



Bezoekadres:

Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht

www.demedischspecialist.nl
www.lhv.nl