

HANDREIKING

Implementatie Passende zorg

Bouwstenen voor de praktijk



COLOFON:

Handreiking Implementatie Passende zorg

Copyright

© Federatie Medisch Specialisten juli 2023

Vormgeving

IJzersterk.nu

Alle opgenomen informatie is eigendom van de Federatie Medisch Specialisten. Overnemen van inhoud, geheel of gedeeltelijk is toegestaan mits met bronvermelding. Vrijwaring De Federatie heeft de grootst mogelijke zorg besteed aan de samenstelling van dit document. Desondanks accepteert de Federatie 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.



Federatie
**Medisch
Specialisten**

Inhoud

Voorwoord	4
Doel en reikwijdte handreiking	5
Leeswijzer	5
Samenvatting	6
Inleiding	9
Kader Passende zorg	9
Vijf principes van passende zorg	9
Domeinoverstijgend	10
Regionale samenwerking	10
Vorbereiden van de samenleving op veranderingen in de zorg	10
Hoofdstuk 1 Perspectief van de medisch specialist op implementatie van passende zorg	11
Beweging naar passende zorg	11
Uitdagingen voor optimale implementatie	12
Hoofdstuk 2 Handvatten voor gremia en vakgroepen van medisch specialisten	13
Achtergrond	13
Handvatten	13
Hoofdstuk 3 Randvoorwaarden en aandachtspunten	19
Randvoorwaarden	19
Landelijke/overkoepelende randvoorwaarden	19
Lokale/deels overkoepelende randvoorwaarden	20
Enkele aanvullende aandachtspunten	20
Hoofdstuk 4 Zorgafspraken, verdeelsystematiek en benchmarking	22
Zorgafspraken	22
Capaciteitsmodel en verdeelsystematiek	22
Benchmarking en (spiegel)informatie	25
Hoofdstuk 5 Conclusie	26
Bijlagen	27
Bijlage 1 Legenda	28
Bijlage 2 Capaciteitsmodel	30
1.a Passende zorg als onderdeel van een capaciteitsmodel	30
1.b Normtijden vormen geen belemmering voor passende zorg	31
1.c Passende zorg is onderdeel van en wordt gestimuleerd door efficiency	33
2. Aanvullend inzichtelijk maken van passende zorg in een capaciteitsmodel	34
Bijlage 3 Aanvullende en overige aspecten passende zorg	39
Passende zorg vanuit maatschappelijk en overig perspectief	39
Stimuleren van passende zorg via zorgprestaties en passende bekostiging	40
Stimuleren van passende zorg via afspraken met de zorginstelling, zorgverzekeraar en binnen de (benchmark-)verdeelsystematiek	42
Andere zaken van belang voor ondersteuning bij het kunnen leveren van passende zorg door de medisch-specialistische zorgprofessional	44
Belemmeringen door overige omstandigheden	44
Enkele voorbeelden van het leveren van passende zorg (niet volledig/uitputtend)	46
Bijlage 4 Samenstelling commissie Verdeelmodel (en normtijden) en werkgroep voorbereiding handreiking Implementatie Passende Zorg	48

Voorwoord

Het zijn uitdagende tijden voor de maatschappij als geheel maar de zorg in het bijzonder. Door vergrijzing, toename van technologische mogelijkheden en veranderingen in verwachtingen van de burgers hebben we steeds vaker te maken met tekorten aan personeel, capaciteiten en financiën. En dat terwijl de zorgvraag stijgt. De toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg staan onder druk. In het WRR rapport Kiezen voor houdbare zorg uit 2021 staan concrete adviezen om deze problematiek met hoge urgentie aan te pakken.

Als antwoord hierop hebben de zorgpartijen met VWS zich gecommitteerd aan het actieplan zoals dat in het Integraal Zorgakkoord is geformuleerd. Centraal hierin staat het begrip 'passende zorg'. De kenmerken hiervan zijn:

- Passende zorg is waardegedreven
- Komt tot stand samen met en gezamenlijk rondom de patiënt
- Vindt plaats op de juiste plek
- Gaat over gezondheid in plaats van ziekte

Deze uitgangspunten sluiten naadloos aan op ons visiedocument Medisch Specialist 2025.

Natuurlijk is passende zorg niet nieuw en wordt dit al dagelijks door de medisch specialisten in Nederland toegepast. Veel initiatieven die in de afgelopen jaren zijn gestart vormen belangrijke bouwstenen voor passende zorg. Denk hierbij bijvoorbeeld aan juiste zorg op de juiste plek (JZOJP), digitale/hybride zorg, e-health, zorg op afstand (digitaal en dichtbij als het kan, fysiek en verder weg als het moet), netwerkzorg, samen beslissen, zorgevaluatie en gepast gebruik (ZE&GG).

Toch is er wat betreft de implementatie van passende zorg in de dagelijkse praktijk nog veel te winnen. En veel daarvan zal op lokaal en regionaal niveau moeten worden gerealiseerd. Dit vergt nieuwe vormen van samenwerking binnen de medisch collectieven maar ook daarbuiten: gezamenlijk optrekken met zorgprofessionals in de eerste lijn, maar ook met andere zorgaanbieders in de regio (ziekenhuizen, zbc's, vvt) en zorgverzekeraars is daarbij cruciaal.

En dat is niet makkelijk. Het vergt een andere mindset (van concurrentie naar samenwerking) maar ook allerlei praktische belemmeringen komen hierbij naar boven zoals beperkingen in databeschikbaarheid, maar ook communicatieve, juridische en financiële vraagstukken.

Deze handreiking beoogt om de verdere implementatie van passende zorg in de dagelijkse praktijk te faciliteren. Naast het bieden van handvatten en inspiratie aan de hand van vele goede voorbeelden wordt er aandacht besteed aan randvoorwaarden en aandachtspunten. Ook worden er handvatten gegeven voor vrijgevestigde collectieven om passende zorg in te passen in het verdeelmodel.

Implementatie van passende zorg in de dagelijkse praktijk is essentieel om de zorg van morgen kwalitatief goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. Wij hopen jullie allen met deze handreiking een helpende hand te bieden om dit mogelijk te maken.

Karel Hulsewé
Bestuurslid, portefeuille Beroepsbelangen
Federatie Medisch Specialisten

Marcel van der Linde
Voorzitter Commissie Verdeelmodel en normtijden
Federatie Medisch Specialisten

Doel en reikwijdte handreiking

Deze handreiking Implementatie Passende zorg - Bouwstenen voor de praktijk is op verzoek van het bestuur van de Federatie Medisch Specialisten opgesteld door de Commissie Verdeelmodel en normtijden¹ om medisch specialisten, hun vakgroepen en gremia informatie en bouwstenen te bieden om met (optimalisering van) passende zorg aan de slag te gaan. Aangegeven wordt hoe dit verder kan worden gestimuleerd, gefaciliteerd, zichtbaar gemaakt en geïncorporeerd, in o.a. een zorgbegroting en capaciteitsmodel van medisch-specialistische zorg. Verder wordt aangegeven welke randvoorwaarden nodig zijn voor het in de medisch-specialistische zorg leveren van passende zorg en hoe eventuele knelpunten daarin kunnen worden aangepakt. Dit geldt zowel voor medisch specialisten in dienstverband (werkzaam in algemene ziekenhuizen, categorale instellingen, umc's en ggz-instellingen) als vrijgevestigd medisch specialisten.

Passende zorg, zoals beschreven door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het Zorginstituut Nederland (ZiNL) en in het IZA, is een breed begrip en een 'paraplu' voor verschillende vormen van transitie in de zorg, die zijn gericht op de uitgangspunten en principes van passende zorg. Deze handreiking geeft ook informatie over passende zorg en de vijf pijlers die in het IZA document worden genoemd. In de term 'passende zorg' komen diverse eerdere begrippen en situaties samen, waaronder JZOJP met 'zorg dichtbij waar het kan en verder weg waar het moet', zorgevaluatie en gepast gebruik, netwerkzorg, digitale/hybride zorg, zorg op afstand, samen beslissen, uitkomstgericht werken, etc. Het geven van een eenduidige definitie van wat passende zorg inhoudt, is niet eenvoudig. In deze handreiking bespreken we ook het begrip passende zorg vanuit het perspectief van de medisch specialist.

LEESWIJZER

Na de samenvatting van deze handreiking worden in de inleiding de achtergronden van passende zorg besproken zoals beschreven in het Kader Passende Zorg van het ZiNL en de afspraken in het IZA. Ook bespreken we diverse aspecten van, en perspectieven m.b.t. passende zorg. In de daaropvolgende hoofdstukken worden handvatten geboden en randvoorwaarden en aandachtspunten benoemd voor het verder kunnen optimaliseren van passende zorg (in de eigen situatie). Verder wordt aangegeven hoe passende zorg in een verdeelsystematiek zichtbaar gemaakt kan worden en daarin kan meewegen. Veelgebruikte begrippen en termen staan vermeld in de Legenda in bijlage 1. In bijlage 2 zijn praktische mogelijkheden voor het zichtbaar maken en incorporeren van passende zorg in een benchmark (verdeel)model verder uitgewerkt. Tenslotte volgen in bijlage 3 aanvullende aspecten m.b.t. passende zorg en enkele voorbeelden van hoe medisch specialisten al dagelijks passende zorg leveren.

Waar in dit document over medisch specialisten wordt gesproken, worden alle medisch specialisten bedoeld, zowel in vrije vestiging als dienstverband. Datzelfde geldt voor hun gremia, zijnde msb's/combi-coöperaties, vmsd's, umc stafconventen, asv's (academisch specialisten verenigingen) en medische staven. Enkele zaken betreffen specifiek vrijgevestigd medisch specialisten c.q. hun msb's/(combi-)coöperaties, wat daarbij apart benoemd of uit de tekst te herleiden is.

Vrijwaring

De Federatie Medisch Specialisten heeft de grootst mogelijke zorg besteed aan de samenstelling van deze handreiking. Desondanks accepteert de Federatie Medisch Specialisten 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. Aan deze handreiking kunnen geen rechten worden ontleend.

¹ Zie bijlage 4.

Samenvatting

‘Passende zorg’ is de term die sinds 2020 is geïntroduceerd door het ZiNL en de NZa en in het Kader Passende Zorg is uitgewerkt en waarover afspraken zijn opgenomen in het IZA. Alle partijen in de zorg hebben de opdracht gekregen om hierin samen te werken en ieder zelf hun rol te pakken, zo ook medisch specialisten en hun gremia.

Het bestuur van de Federatie Medisch Specialisten heeft de commissie Verdeelmodel en normtijden verzocht om een handreiking op te stellen over de implementatie van passende zorg mede in het licht van de verdeelsystematiek. Deze handreiking geeft algemene informatie over het begrip passende zorg, gezien vanuit verschillende perspectieven en gaat nader in op de rol die medisch specialisten hierin hebben. Deze handreiking geeft richting en bouwstenen aan het (verder) optimaliseren van passende zorg in, en in relatie tot de medisch-specialistische zorg. Aan msb's en aanbieders van verdeelmodellen worden handvatten gegeven hoe passende zorg in verdeelmodellen zichtbaar gemaakt kan worden en hoe dit meegewogen en financieel vertaald kan worden.

Het leveren van passende zorg wordt voortdurend door medisch specialisten gedaan, primair in de spreekkamer en in samenspraak met de patiënt. Hierbij wordt, vanuit hun professionele standaard, zorg geleverd die voldoet (voor zover bekend) aan de stand van wetenschap en praktijk, met behulp van richtlijnen en rekening houdend met individuele patiëntvoorkeuren en -omstandigheden en zoveel als mogelijk met het maatschappelijk perspectief. Omdat er altijd ruimte is voor verbetering zetten medisch specialisten zich dagelijks in voor (nieuwe) activiteiten en initiatieven die bijdragen aan verdere optimalisering van passende zorg. Om de medisch specialisten en hun gremia hierin te ondersteunen binnen een verdeelsystematiek, worden in deze handreiking de volgende handvatten en aanknopingspunten benoemd:

De belangrijkste punten uit de handreiking Passende zorg – mede in relatie tot verdeelsystematiek

- Passende zorg is een domeinoverstijgende beweging met een breed maatschappelijk perspectief. De medisch-specialistische zorg is één van de schakels in deze (zorg)keten.
- Passende zorg is een complex begrip. De voorkeuren en het perspectief van de individuele patiënt en het maatschappelijk perspectief komen niet altijd overeen. De voorkeuren van de individuele patiënt dienen zoveel als mogelijk leidend te zijn in de spreekkamer en meegenomen te worden in het samen beslissen.
- Aan verdere optimalisering van passende zorg (naast passende zorg die standaard al geleverd wordt) kan door zorgverleners zelf, zoals medisch specialisten en hun vakgroepen, een belangrijke bijdrage worden geleverd door:
 - Het (naast bestaande trajecten) initiëren van nieuwe activiteiten en trajecten die bijdragen aan passende zorg, samen met het ziekenhuis en relevante partijen in de regio;
 - Het continu bijstellen en updaten van richtlijnen en protocollen naar de lokale situatie (met implementatie en adaptatie);
 - Het gericht uitvoeren van passende diagnostiek met het vermijden van 'dubbel diagnostiek';
 - Het steeds kritisch blijven beoordelen van (medisch-specialistische) follow-up indicaties en termijnen daarvan;
 - Het overnemen van best practices;
 - Het toepassen van een holistische benadering in het kader van positieve gezondheid en het intensiveren van de interne en externe samenwerking omtrent (multimorbide) patiënten;
 - Het samen beslissen met de patiënt, al dan niet met gebruik van samen beslissen ondersteunende instrumenten;
 - Het intensiveren van onderlinge samenwerking zowel binnen en buiten de medisch-specialistische zorg;
 - Het daarbij initiëren, inrichten en uitbreiden van vormen van netwerkzorg met de eerste en nulde lijn;
 - Het werken aan preventie en leefstijlissues;
 - Het nadenken over profielkeuzes en concentratie en spreiding van zorg;
 - Het continu aandacht hebben voor duurzame personele inzetbaarheid (gezond en veilig werken) en voor werkplezier.

Het continu leren en verbeteren op lokaal en landelijk niveau en het geven van ondersteuning in bovenstaande zaken gebeurt via en door de eigen wetenschappelijke vereniging, en overkoepelend via de Federatie Medisch Specialisten en het Kennisinstituut m.b.t. onder andere **geïntegreerd kwaliteitsbeleid** en **goede toepassing en implementatie van kwaliteitsinstrumenten**).

Om passende zorg binnen de medisch-specialistische zorg nóg beter te faciliteren en stimuleren, moet voldaan worden aan enkele randvoorwaarden. Bijvoorbeeld:

- Voor (het optimaliseren van) passende zorg is het fungeren van een 24/7 instroombeperking en bevordering van door- en uitstroom van patiënten met betrekking tot medisch-specialistische zorg en ziekenhuizen essentieel. Hiervoor is het, naast goed lopende netwerkafspraken tussen de lijnen op werkdagen, ook noodzakelijk dat er in de avond-, nacht en weekend-(anw-)diensten:
 - Sprake is van een goede triage en selectie vooraf ten aanzien van beperking van instroom naar hap en seh (bijvoorbeeld m.b.v. zorgcoördinatie door een zorgcoördinatiecentrum (zcc)).
 - Sprake is van duidelijk overzicht over en ruime mogelijkheden voor een vlotte uitstroom vanuit de seh en het ziekenhuis naar thuis of elders (vvt).
- De almaar stijgende zorgvraag dient bij voorkeur absoluut, maar zeker relatief te gaan afnemen, waarbij hulpvragen buiten het medisch domein niet (meer) dienen te leiden tot verwijzing naar dit medisch domein.
- Het gerealiseerd zijn van **betrouwbare, gebruiksvriendelijke (digitale) databeschikbaarheid en gegevensuitwisseling** over de lijnen en domeinen heen die de zorg ondersteunt, in een systeem dat aanvoelt als één epd. Ook dient bij het verlenen van zorg altijd een **actueel medicatie overzicht** beschikbaar te zijn.

- Het stimuleren, faciliteren en ondersteunen van digitaal zorggebruik, ook voor patiënten en zorgverleners die deze vaardigheden niet of onvoldoende hebben. Zorg ervoor dat **patiënt en arts beschikken over de juiste faciliteiten en goedwerkende techniek** om überhaupt digitale zorg te kunnen gebruiken.
- Het streven naar passende zorg mag niet leiden tot een toename van bureaucratie en administratieve lasten – zowel voor zorgprofessionals als voor zorgorganisaties.
- Passende zorg vraagt om (nieuwe) passende, landelijk uniforme (digitale) zorgprestaties, goede registraties en een passende bekostiging over de lijnen en domeinen heen. Om dit te bewerkstelligen zijn aanpassingen noodzakelijk binnen de huidige registratie- en declaratiesystematiek, zonder te streven naar een nieuwe bekostigingsstructuur.
- Wanneer passende zorg leidt tot een verminderde schadelast kunnen 'shared savings'-afspraken ruimte creëren voor nieuwe initiatieven en innovaties die op hun beurt weer een positief effect hebben op passende zorg.
- Indien het ziekenhuis de passende zorg initiatieven heeft opgenomen in de begroting, is dit veelal onderdeel van een capaciteitsmodel. Daarmee is passende zorg dan (ook) vaak onderdeel van de actuele verdeelsystematiek binnen msb's/(combi-)coöperaties. Om optimalisering van passende zorg expliciet te maken voor medisch specialisten worden drie varianten voorgesteld die opgenomen kunnen worden in een gebruikt (capaciteits)model: (1) informatief weergeven, (2) meenemen in norm-fte-bepaling en (3) separaat geormerkt budget.

Inleiding

De houdbaarheid van de zorg staat al langer onder druk, waarbij de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg in het gedrang aan het komen is. Dit door een steeds verder toenemende zorgvraag, bij steeds meer technologische behandelmogelijkheden en vergrijzing, het groeiend tekort aan zorgpersoneel en het door dit alles steeds duurder worden van de zorg. Dit legt een toenemend beslag op de financiële middelen van de Nederlandse Staat, wat leidt tot verdringing in andere belangrijke sectoren zoals onderwijs, sociaal beleid, defensie, etc. op personeel en financieel terrein. Het rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) **Kiezen voor houdbare zorg**, beschrijft deze urgente problemen en geeft suggesties voor oplossingen. In het in september 2022 gesloten Integraal Zorgakkoord (IZA) hebben de zorgpartijen afspraken gemaakt over het behouden van de kwaliteit, de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg in Nederland door de inzet op passende zorg. Het doel hierbij is om met de beweging richting passende zorg te kunnen blijven voldoen aan de groeiende zorgvraag met een gelijkblijvende hoeveelheid zorgpersoneel en binnen de financiële kaders. Dit hoofdstuk bevat een toelichting op het begrip passende zorg zoals dat door verschillende overheids- en zorgorganisaties wordt gehanteerd. Vervolgens worden de principes van passende zorg nader beschreven.

KADER PASSENDE ZORG

Passende zorg is een relatief nieuw begrip, geïntroduceerd door het ZiNL en NZa in hun gezamenlijke document **Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú** (actieplan voor het behoud van goede en toegankelijke gezondheidszorg) van november 2020 en het **Kader Passende Zorg** (ZiNL) van juni 2022. Daarin wordt passende zorg gedefinieerd als:

‘Gepast gebruik én passende organisatie van zorg: passende zorg is zorg die van waarde is voor de gezondheid en het functioneren van het individu, tegen een redelijke prijs.’

Het in september 2022 gepubliceerde **IZA Samen werken aan gezonde zorg** stelt ook (het leveren van) passende zorg centraal. Hierin worden onder andere vijf principes van passende zorg beschreven. Alle partijen in de zorg die het IZA getekend hebben, committeren zich aan de ambitie, uitgangspunten en benodigde acties zoals deze in het IZA zijn vormgegeven.

VIJF PRINCIPES VAN PASSENDE ZORG

Gepast gebruik en passende organisatie van zorg zijn tot nu toe veelal als losstaande onderwerpen behandeld. In het bovengenoemde document **Samenwerken aan passende zorg** wordt nog een aantal nadere duidingen gedaan en daarbij worden vier principes van passende zorg beschreven:

1. Passende zorg is **waardegedreven**: doelmatige inzet van effectieve zorg, met als doel voor de patiënt relevante winst in gezondheid en functioneren tegen een redelijke prijs.
2. Passende zorg komt **samen met en gezamenlijk rondom de patiënt** tot stand: de functioneringsvraag staat centraal in het samen beslissen, met multidisciplinaire expertise en bezien in de sociale context van de patiënt.
3. Passende zorg is de **juiste zorg op de juiste plek**: (duurdere) zorg voorkomen, verplaatsen en rondom mensen organiseren, vervangen door slimme zorg en e-health.
4. Passende zorg **gaat over gezondheid i.p.v. ziekte**: overheidsbeleid inzetten op gezondheidsbevordering en verkleinen van gezondheidsverschillen, focus op eigen ervaren gezondheid en functioneren en voorkomen van ziekte en zwaardere zorg.

Daarnaast is passende zorg alleen te realiseren met voldoende zorgprofessionals, die met plezier in de zorgsector aan het werk zijn én blijven. Om die reden is er in het IZA een vijfde principe toegevoegd:

5. Passende zorg vindt plaats **in een prettige en goede werkomgeving voor zorgprofessionals**.

Samen vormen deze vijf principes de basis van het IZA. Ze geven richting bij de uitwerking ervan.

DOMEINOVERSTIJGEND

Passende zorg is domeinoverstijgend. Passende zorg is ingebed in de hele zorgketen: van patiënt, thuiszorg, eerste lijn t/m derde lijn en alles wat daar raakvlak mee heeft. Zoals voorlichting, sociale en culturele en andere persoonlijke omstandigheden, levensfase, verwijstroom, organisatie en financiering/bekostiging van zorg, innovaties, technologische ontwikkelingen en overige zaken die in de tijd veranderen. De beweging richting passende zorg is al langer geleden in gang gezet en er lopen momenteel tal van programma's en initiatieven, op het gebied van zorgevaluatie, gepast gebruik, uitkomstgericht werken, samen beslissen, juiste zorg op de juiste plek, preventie en leefstijlinterventies, dure geneesmiddelen, etc. Er valt echter nog veel te winnen, met name als het gaat om congruente samenwerking tussen alle partijen in de zorg, binnen en tussen de domeinen, en het laten landen van kennis en inzicht hieromtrent op de werkvloer. Daarom is de betrokkenheid van belang van alle instanties die met de zorg te maken hebben. Alle betrokkenen hebben een eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van passende zorg. De medisch specialisten, via hun wetenschappelijke verenigingen en overkoepelend via de Federatie Medisch Specialisten, blijven zich inzetten voor (het leveren van) passende zorg en bijdragen aan het verder optimaliseren daarvan.

REGIONALE SAMENWERKING

Passende zorg als domeinoverstijgend concept is o.a. juiste zorg op de juiste plek, wat veelal is vormgegeven in de regio. Passende zorg vraagt dus om nauwe regionale samenwerking. Het IZA bepaalt dat lokale zorgpartijen de regionale uitdagingen identificeren aan de hand van regiobeelden. Om de gewenste transformatie naar passende zorg in te zetten, worden er gezamenlijke plannen opgesteld op basis van de regiobeelden om deze beweging in gang te krijgen. Ziekenhuizen en medisch specialisten spelen een belangrijke rol in deze samenwerking, samen met huisartsen, verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg, ggz-instellingen, náást zorgverzekeraars, gemeenten en welzijnsorganisaties. Er zijn transformatiemiddelen beschikbaar om de plannen uit te voeren. Het **Beoordelingskader Impactvolle zorgtransformaties en inzet transformatiemiddelen** van VWS van januari 2023 is een richtinggevend document voor de wijze waarop lokale en regionale samenwerking moet worden geïnitieerd, vormgegeven en geconcretiseerd. Naast dit beoordelingskader zijn hieromtrent ook de **Criteria voor Regiobeelden en regioplannen** en de **Criteria voor ROAZ-beelden en ROAZ-plannen** gepubliceerd, waarin praktische kaders staan genoemd hoe de deze lokale en regionale samenwerking via regiobeelden en -plannen kan worden gerealiseerd. Recent is hiervoor ook de **Factsheet regionale samenwerking** door Federatie en NVZ gepubliceerd en eerder al omtrent dit onderwerp de **handreiking Implementatie Juiste zorg op de juiste plek** door de Federatie en LHV. Op de website www.demedischspecialist.nl/jzojp staan alle actuele documenten die gebruikt kunnen worden ter ondersteuning.

VOORBEREIDEN VAN DE SAMENLEVING OP VERANDERINGEN IN DE ZORG

Een ander belangrijk punt is het voorbereiden van de samenleving op de situatie waarin het niet langer vanzelfsprekend is dat alle zorg beschikbaar is. Dit is een opdracht voor alle betrokken partijen, maar vooral de politiek en overheid moeten hierin duidelijke richting geven en keuzes maken. Het evalueren van zorg, het verminderen van niet beslist noodzakelijke behandelingen en het gezamenlijk nemen van beslissingen in de spreekkamer kunnen bijdragen aan passende zorg, maar vormen slechts een deel van de oplossing. Preventie en het gezamenlijk aanpakken van leefstijlproblemen (ook voorafgaand aan mogelijke ingrepen) zijn ook deeloplossingen, waarbij burgers en patiënten een eigen verantwoordelijkheid hebben.

HOOFDSTUK 1

Perspectief van de medisch specialist op implementatie van passende zorg

In dit hoofdstuk worden de uitdagingen van het implementeren van passende zorg in de medisch-specialistische praktijk beschreven. Verder worden elementen en randvoorwaarden genoemd die daarbij een rol spelen.

BEWEGING NAAR PASSENDE ZORG

De beweging naar passende zorg werd eerder al omarmd door de Federatie in het visiedocument **Medisch Specialist 2025** met als thema's de unieke patiënt en de moderne medisch specialist, richting netwerkgeneeskunde, betrokken bij gezondheid en gedrag, en voorop in vernieuwing. Het uitgangspunt is het leveren van de kwalitatief best mogelijke patiëntenzorg. Vanuit de medisch specialist in de connectie met de individuele patiënt kan 'passend' gedeut worden als het 'op maat' aanmeten van individuele zorg voor iedere patiënt. Waarbij via **samen beslissen** door arts en patiënt over de diverse behandelopties met bijbehorende voor- en nadelen, de beste aansluiting van de behandeling wordt gevonden bij de voorkeuren en omstandigheden van de patiënt, eventueel met gebruik van keuzehulpen. Passende zorg kan dan ook worden beschouwd als een onderdeel van de **professionele standaard**.² Voor het leveren van passende zorg voor de individuele patiënt baseert de medisch specialist het medisch inhoudelijk handelen op diverse kennisbronnen, zoals professionele richtlijnen van de wetenschappelijke verenigingen, kwaliteits- en complicatieregistraties, best practices uit het veld en/of lokale protocollen in bijvoorbeeld expertise centra.³

Passende zorg zit in de haarvaten van de medisch specialist. Ze streven naar de meest passende zorg voor de patiënt en laten zich hierbij leiden door de geldende richtlijnen en best practices. Het probleem is echter dat deze passende zorg vaak niet inzichtelijk te maken is, vanwege de beperkingen van de huidige registratiesystemen. Er bestaan ofwel geen aparte registraties voor passende zorg (wat veelal ook niet nodig is), ofwel de praktijk is zo verweven met de dagelijkse zorgverlening dat specifieke registraties niet worden gebruikt. Een voorbeeld hiervan is het samen met de patiënt beslissen over behandelopties, wat vaak een standaard onderdeel is van de dagelijkse zorgpraktijk zonder dat er specifieke registraties voor worden gebruikt. Het is van belang dat men zich dit realiseert bij het gaan monitoren van passende zorg. Mede om die reden spreken we in deze handreiking over het verder optimaliseren van passende zorg, omdat er altijd ruimte voor verbetering is.

Er is geen 'onze size fits all' aanpak voor passende zorg. Passende zorg gaat over verschillende vormen en momenten van zorg, zoals passende (terug)verwijzing, diagnostiek, behandeling, fysieke en/of digitale zorg, de fase van een ziektebeeld, etc. Passende zorg is bovendien persoonsgerichte zorg afgestemd op de persoonlijke situatie van de patiënt. Het combineert passend gebruik met kwaliteit van zorg, inclusief welzijn en welbevinden, met meer inzet op gezondheid en wat iemand wél kan, en met minder focus op ziekte en behandeling. Terwijl passend gebruik zich richt op doelmatigheid, voegt persoonsgerichte zorg waarde toe voor de patiënt op verschillende niveaus.

2 De professionele standaard is het geheel van professionele medische normen dat beschrijft wat in een bepaalde situatie 'goed handelen' is. De professionele standaard is als zodanig geen regel, maar een 'kapstok', die nader is uitgewerkt in wetten, richtlijnen, protocollen en beroepscode, tuchtrecht, kwaliteitsstandaarden, gedragsregels en handreikingen. De professionele standaard kan dus bezien worden als de gedeelde normen en waarden binnen een beroepsgroep.

3 Aandoeningsgerichte kwaliteitsregistraties van data uit de dagelijkse praktijk (Real World Data, RWD) van bijvoorbeeld expertisecentra zijn een belangrijke bron voor het verkrijgen van bewijs, kunnen inzicht geven in het effect en gevolgen van interventies in de praktijk en spelen in het (aanpassen van) beleid en updaten van richtlijnen een belangrijke rol. De betrokkenheid van medisch specialisten bij de beoordeling en duiding van deze data is essentieel.

UITDAGINGEN VOOR OPTIMALE IMPLEMENTATIE

Om passende zorg te kunnen faciliteren, implementeren en organiseren, zijn er nog diverse op te pakken uitdagingen en in te vullen randvoorwaarden aanwezig. Naast het optimaliseren van de ict-infrastructuur (zoals het op orde zijn van betrouwbare, gebruiksvriendelijke (digitale) elektronische gegevensuitwisseling en databeschikbaarheid) dient er ook aandacht te zijn voor het stimuleren, faciliteren en ondersteunen van (juist) digitaal zorg gebruik (in plaats van, en in aanvulling op fysieke zorgvormen), voor patiënten en zorgverleners die deze vaardigheden niet of onvoldoende hebben.

Passende zorg moet niet alleen op de werkdagen worden geleverd, maar 24/7 optimaal nagestreefd worden zodat dit leidt tot een afname van de stijgende zorgvraag, o.a. door het oplossen van hulpvragen buiten het medische domein. Dit moet worden aangepakt door politiek, centrale en lokale overheid (gemeenten) en met daarin een eigen verantwoordelijkheid voor burgers en patiënten. Een 24/7 instroombeperking naar en bevordering van doorstroom en uitstroom van patiënten vanuit de medisch-specialistische zorg is hierbij essentieel. Belangrijk element hierin is beperking van instroom naar de hap, een goede triage selectie m.b.t. verwijzing naar de seh (dus alleen vanwege een medisch-specialistische zorgvraag) én goede mogelijkheden voor vlotte uitstroom vanuit de seh en het ziekenhuis naar thuis/elders, ook in anw-diensten (avond-nacht-weekend-diensten). Dit geeft dan zowel personele als financiële ruimte in het ziekenhuis, die op andere wijze en efficiënter ingezet kan worden (net zoals dat geldt voor de verschuiving/beweging van klinisch naar dagbehandeling naar poliklinisch). Dat is echter alleen mogelijk door inperking van de zorgvraag en afdoende ruimte, tijd en ondersteuning van de voor de medisch specialisten en ziekenhuizen belangrijkste partners in de zorg, zijnde de eerste lijn (m.n. de huisartsen en vvt).

In de basisopleidingen voor zorgverleners en ook in de **vervolgopleidingen** voor medisch specialisten is steeds meer aandacht voor passende zorg. Kennis over de modellen van positieve gezondheid bij medisch specialisten wordt daarmee verbeterd. Het is van belang dat er zowel voor zittende als toekomstige medisch-specialistische zorgverleners aandacht is voor scholing op deze thema's.

HOOFDSTUK 2

Handvatten voor gremia en vakgroepen van medisch specialisten

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de rol van besturen van gremia als msb's, (combi-)coöperaties, vmsd's, stafconventen in umc's, academisch specialisten verenigingen (asv's), medische staven en hun overkoepelende bestuurlijke vormen, en de vakgroepen van medisch specialisten m.b.t. passende zorg in de eigen zorginstelling, en hoe dit te stimuleren en incorporeren. Uitgangspunt is daarbij dat elke zorgprofessional vanuit medisch inhoudelijk perspectief altijd en overall passende zorg aan de patiënt en in samenspraak met deze wil leveren. Daarbij wordt uitgegaan van de onderdelen van passende zorg zoals in het IZA beschreven, waaronder waardegedreven zorg, persoonsgerichte zorg, juiste zorg op de juiste plek en uitgaan van gezondheid, waarbij gekeken wordt naar preventie.

ACHTERGROND

Er kan in het eigen ziekenhuis door deze partijen al veel gedaan worden om de passende zorg die al geleverd wordt verder te optimaliseren, mits daarvoor de benodigde tijd een aandacht wordt vrijgemaakt, dit breed door de vakgroepen wordt opgepakt én dit samen met het management van het ziekenhuis wordt ingericht. Belangrijke bijdragen vanuit de medisch-specialistische vakgroepen hieraan zijn bijvoorbeeld: het nog kritischer kijken naar follow-up indicaties en frequenties, terugverwijsbeleid, (protocollen m.b.t.) in te zetten diagnostiek en behandelopties via het samen beslissen met de patiënt, je realiseren dat niet alles wat kan, ook altijd moet, en verder waar het kan vervanging van zorg (bij nieuwe opties oudere opties ook uitfasen). Verder het (mede-) monitoren en optimaliseren van instroom-doorstroom-uitstroom van patiëntenzorg, eventuele portfoliokeuzes, passend gebruik van digitale zorg en zorg op afstand, het deelnemen aan zorgevaluatieonderzoek en implementeren/deïmplementeren van aanbevelingen in richtlijnen, het leveren van actieve bijdragen aan regioplannen, (regionale) netwerkzorg en aan (eventueel bestaande) transformatieplannen op basis van de regio- en ROAZ-beelden en -plannen, het verhogen van kostenbewustzijn binnen de eigen gelederen, etc.

Er moet rekening mee gehouden worden dat het verder optimaliseren van passende zorg niet voor alle vakgroepen even gemakkelijk en snel te realiseren is. Het ziekenhuismanagement en de diverse wetenschappelijke verenigingen kunnen hierbij ondersteunen, faciliteren en/of stimuleren in samenwerking met betrokken andere partijen, zoals andere zorgprofessionals, patiëntvertegenwoordiging en de marktleider zorgverzekeraar(s). Hiervoor dienen heldere zorgafspraken gemaakt te worden over o.a. te leveren hoeveelheid, kwaliteit en vormen van zorg, inclusief financiële kaders en benodigde fte-formaties. Hierbij wordt uitgegaan van gelijkgerichtheid tussen medisch specialisten en (het management van) de zorginstelling via gebruik van een capaciteitsmodel. Sommige (zorg)afspraken kunnen ziekenhuis- of gremium breed gemaakt worden⁴, andere afspraken (meer) vakgroep-specifiek. De afspraken met de zorgverzekeraar(s) dienen hiermee congruent te zijn.

HANDVATTEN

In het onderstaande kader worden handvatten geboden en aandachtspunten genoemd hoe en t.a.v. welke elementen deze optimalisering van passende zorg gerealiseerd kan worden, onder andere binnen de verdeelsystematiek van het msb. Deze handvatten en aandachtspunten gelden (grotendeels) ook voor (gremia en vakgroepen van) medisch specialisten in dienstverband. De lokale vakgroepen zijn zelf (binnen hun gremium) verantwoordelijk voor het in samenspraak met hun zorginstelling inrichten van bovengenoemde zorgafspraken.

⁴ Zie Handreiking Overeenkomst Medische Staf – Raad van Bestuur

Handvatten t.a.v. afspraken binnen de eigen (medisch-specialistische) gremia en vakgroepen

- Bespreek binnen het medisch-specialistische gremium met de vakgroepen de trends van zorgverlening van de afgelopen jaren en de verwachte ontwikkelingen in de komende jaren in het algemeen en per vakgroep/specialisme. Incorporeer deze verwachte ontwikkelingen in de verdeelsystematiek/modellen. Gebruik daarvoor naast de basis van fte-bepaling o.b.v. output en efficiency zorgverleningsparameters en een eventuele (bij voorkeur niet overwegende) vaste fte-component, ook specifiek activiteiten (met een focus op bijv. 3 onderwerpen) m.b.t.:
 - Digitale/hybride zorg en e-health;
 - Juiste zorg op de juiste plek (JZOJP);
 - Samen beslissen;
 - Zorgevaluatie en gepast gebruik;
 - Preventie en leefstijlinterventies;
 - Samenwerking met de eerste lijn (huisartsen, fysiotherapeuten en vvt) en de nulde lijn in netwerkzorg en anderhalvelijns zorg (incl. organisatie daarvan en passende betaaltitels);
 - Andere zorgtransitie-initiatieven die passende zorg (kunnen) stimuleren en faciliteren. Kijk hierbij vooral ook naar initiatieven en best practices binnen de betreffende wetenschappelijke verenigingen en gebruik daarvoor beschikbare spiegelinformatie;
 - Nadenken ook als vakgroep over profielkeuzes en concentratie en spreiding van zorg.

Hierbij dient geen sturing plaats te vinden op input parameters als aantallen polikliniekbezoeken, unieke patiënten, ingrepen en/of klinische verrichtingen vanwege daarbij potentiële belemmering van gelijkgerichtheid.

- Initieer (naast bestaande trajecten) nieuwe activiteiten en trajecten die bijdragen aan passende zorg, samen met het ziekenhuis en relevante partijen in de regio.
- Maak werk van integratie van hybride/digitale zorg in de lokale zorgpraktijken en geef aan wat daarvoor nodig is (bijv. adequate digitale faciliteiten, scholing en training) en welke belemmeringen daarbij moeten worden weggenomen.
- Stimuleer en concretiseer uitkomstgericht werken, samen beslissen, continu leren en verbeteren, en transparantie over zorgresultaten.
- Pas de **principes van gezond en veilig werken** toe als medisch specialisten, maak persoonlijke ontwikkelingsplannen (pop) en doe aan loopbaanplanning.
- Zoek als gremium van medisch specialisten én als individuele vakgroepen samen met de raad van bestuur actief de samenwerking met de eerste en nulde lijn op. De doelstelling hiervan is om gezamenlijk vorm te geven aan zorgtransitie richting **netwerkzorg** met zo doelmatig mogelijke inrichting van de zorg en inzet van beschikbaar personeel. Maak hierover afspraken gebaseerd op de opgestelde regioplannen (o.b.v. het vastgestelde regiobeeld).
- Geef van bovenstaande zaken een terugkoppeling aan de vakgroepen. Gebruik de trends, verwachtingen en mogelijkheden om samen met gemandateerde vakgroep vertegenwoordigers en het ziekenhuis(management) gelijkgericht een ziekenhuis productiebegroting op te stellen, gebaseerd op de zorgverlening en o.b.v. een capaciteitsmodel (specifiek de capaciteitsbegroting). Maak daarin ruimte vrij voor bovengenoemde mogelijkheden om passende zorg te stimuleren, organiseren en optimaliseren. Daarin kan ook ruimte zijn voor shared savings o.b.v. (meetbare) financiële efficiency (kostenverlaging in de zorgverlening t.o.v. een nulmeting).
- Screen periodiek protocollen inzake lokale diagnostiek en behandeling met toetsing aan landelijke protocollen en richtlijnen (updaten-implementeren-adapteren) voor passende diagnostiek, met het vermijden van 'dubbel diagnostiek'. Volg de landelijke richtlijnen hieromtrent.

- Analyseer per vakgroep periodiek belangrijke eigen zorgproduct-zorgprofielen op diagnostiek- en behandelverrichtingen versus spiegel-/benchmarkinformatie en pas deze aan m.b.t. optimalisering van passende zorg. Zowel het ziekenhuismanagement als externe partijen kunnen benchmark- en spiegelinformatie aanleveren.
- Vergroot het kostenbewustzijn van medisch specialisten binnen de vakgroepen (o.a. door terugkerende presentaties daarover i.c.m. registratie). Hierbij zijn kosten bij diagnostiek- en behandelopties niet een primair argument, maar wat bij onzekerheid over uitkomsten en overwegingen als diagnostiek 'voor de zekerheid' wel meegewogen zouden moeten worden. Het uitoefenen van duaal management door de medisch specialist en het specialisme-specifiek toedelen van alle kostenposten vergroot het kosteninzicht.
- Neem afdoende tijd voor de patiënt om de **4 stappen van het samen beslissen** te doorlopen met het aanbieden van keuzehulpen inclusief voldoende bedenktijd. Stimuleer als medisch specialist en in de vakgroep(en) een holistische benadering in het kader van **positieve gezondheid (Machteld Huber)** bij behandelingen: conservatief of minimaal invasief waar dat kan en/of de voorkeur van de patiënt heeft, gerelateerd aan de te verwachte uitkomsten. Intensiveer de interne en externe samenwerking omtrent (multimorbide) patiënten.
- Maak afdoende ruimte op de polikliniek (voor korte toegangstijden), blijf per vakgroep continu en kritisch kijken naar:
 - De indicaties en frequentie van (soms protocollaire) follow-up of herhaalafspraken;
 - De vorm waarin deze plaatsvinden (op afstand waar dat kan, fysiek waar dat moet of gewenst wordt);
 - De noodzaak van het binnen de medisch-specialistische zorg blijven controleren van patiënten.

Handvatten t.a.v. afspraken binnen de eigen zorginstelling en i.r.t. het leveren van passende zorg

- Maak als medisch-specialistisch gremium afspraken met de raad van bestuur en het ziekenhuismanagement over het (in eerste instantie) op zijn minst inzichtelijk maken van (bestaande en nieuwe) initiatieven voor passende zorg (zie bijlage 2). Maak afspraken over financiële kaders en/of fte-formatie en ruimte binnen het ziekenhuisbudget voor stimulering en honorering van passende zorg (bestaande en nieuwe initiatieven) in welke vorm dan ook. Overleg op bestuursniveau tussen (koepel)bestuur medisch specialisten-raad van bestuur.
- Vertaal deze organisatorische en budgettaire ruimte in mogelijkheden binnen het medisch-specialistische gremium om passende zorg initiatieven te organiseren en zichtbaar te maken. Dit wordt vertaald via een capaciteitsmodel naar meer ofwel minder financiële- of fte-formatieve ruimte (afhankelijk van krimp of groei) (zie bijlage 2).
 - Stel hiervoor objectief meetbare doelen en criteria op die lokaal bepaald kunnen worden zonder of met landelijke benchmarking;
 - Maak deze meetbare doelen, criteria en resultaten zichtbaar: beoordeel vakgroepen jaarlijks op de progressie die meetbaar is via historisch vergelijk of via de benchmark;
 - Ook hierbij is een lange termijnplanning en ruimte van belang, waarbij dit voor sommige vakgroepen beter en sneller is te realiseren dan voor andere vakgroepen.
- Bespreek met de raad van bestuur en het ziekenhuismanagement de trends van zorgverlening in algemene zin en binnen de specialismen ten aanzien van digitale/hybride en passende zorgvormen. Dit betreffen ook de samenwerking met eerste en nulde lijn van de afgelopen jaren en de verwachte ontwikkelingen in de komende jaren in het algemeen en per specialisme. Neem dit ook mee naar de gesprekken met de (preferente) zorgverzekeraar(s).
- Bespreek met de raad van bestuur en het ziekenhuismanagement speerpunten, kansen en (on)mogelijkheden waarin keuzes moeten worden gemaakt binnen de te leveren zorg en ziekenhuisbegroting. Denk na over profielkeuzes en concentratie en spreiding van zorg.
- Bespreek met de raad van bestuur en het ziekenhuismanagement specifiek de (verdere) inzet van digitale/hybride zorg, e-health, juiste zorg op de juiste plek, zorgevaluatie en gepast gebruik, samenwerking met de eerste en nulde lijn in netwerkzorg, anderhalve lijn zorg en/of andere zorgtransitie-initiatieven. Maak hierbij ook afspraken over de samenwerking met de betrokken partijen tijdens de anw-diensten; overweeg het inrichten van een zogenaamd **zorgcoördinatiecentrum-(zcc-)**model.
- Participeer bij de inkoop-verkoop afspraken tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar(s) om de afspraken zo optimaal mogelijk in lijn te brengen met de productie- en capaciteitsbegroting en betrek hierin de te ontwikkelen passende zorg activiteiten en initiatieven. Dit inclusief afspraken over indexering, cao/arbeidsvoorwaarden ontwikkelingen en de inzet van transformatiebudget (ruimte) voor organisatie en inzet van (nieuwe) activiteiten en initiatieven die bijdragen aan passende zorg. Leg schriftelijk vast welke voorgenomen plannen uit de capaciteitsbegroting niet in lijn kunnen worden gebracht t.o.v. de afspraken met de zorgverzekeraar(s).

Handvatten t.a.v. het gezamenlijk opstellen van een werkplan met een bijbehorende begroting (binnen bijv. een capaciteitsmodel)

- Het in gezamenlijkheid opstellen door medisch specialisten en hun vakgroepen en het ziekenhuis van een jaarlijkse begroting o.b.v. zorgafspraken m.b.t. de (te verwachten) zorgverlening en de daarvoor benodigde capaciteit aan formatie medisch specialisten, ondersteunend personeel en middelen (productie- en capaciteitsbegroting) is belangrijk en bevordert in grote mate de gelijkgerichtheid tussen ziekenhuis(management) en medisch-specialistische gremia. Dit kan in de vorm van een zogenaamd capaciteitsmodel en het gebruik daarvan kan worden gezien als de norm. Hierin worden hoeveelheid en vormen van zorg (en passende zorg optimaliseringsinitiatieven), evt. aanvullende afspraken over kwaliteit van zorg, incl. financiële kaders en benodigde hoeveelheid formatie in (norm-)fte's doorgerekend en vastgesteld in de begroting (en de monitoring daarvan). De begroting wordt door het ziekenhuis doorberekend naar o.a. schadelast. Zo sturen beide partijen (ziekenhuis en medisch specialisten) op dezelfde begroting, waarin dan ook (nieuwe) initiatieven voor passende zorg zijn opgenomen. Het sturen op prestatie (bijvoorbeeld in voormalige prestatie modellen) is daarmee verleden tijd. Overleg op bestuursniveau tussen medisch specialisten-raad van bestuur.
- Maak (nieuwe) activiteiten en initiatieven die bijdragen aan passende zorg expliciet onderdeel van de op te stellen begroting én van de lokale verdeelsystematiek (zie bijlage 2), haal de prikkel voor het belonen van extra zorg 'productie' eruit, zodat de zorgverlening binnen de gezamenlijk vastgestelde begroting blijft. Richt de verdeelsystematiek meer in op basis van onderstaande punten en houd rekening met een implementatie- en (door) ontwikkelingsduur van meerdere jaren:
 - Formatieve zorgverlening fte-waarden en/of financiële harmonisatie. Formatieve zorgverlening fte-waarden betreffen werkzame fte t.b.v. zorgverlening, excl. werkzaamheden voor specifieke/overkoepelende bestuurlijke functies, onderwijs en wetenschap/onderzoek i.v.m. een zuivere fte-opgave. Zie ook de handreiking [Fte model voor medisch specialisten](#) van de Federatie. Financiële harmonisatie betreft een vaste component. Zie ook hoofdstuk 4 en bijlage 1.
 - Beperking in verschillen tussen norm(atieve) en formatieve fte's (o.b.v. werkzame fte's t.b.v. zorgverlening) per vakgroep.
 - De reeds aanwezige efficiency-ratio m.b.t. doelmatig werken.
 - De in gezamenlijkheid met het ziekenhuis opgestelde parameters m.b.t. kwaliteit en passende zorg initiatieven (als zorgevaluatie en gepast gebruik en/of meer lokale projecten).
 - Het gebruik van specifieke doelmatigheidsmonitoring.
- Bovenstaande kan (weer) vertaald worden in de begrotingscyclus van het komende jaar. Een essentiële randvoorwaarde hiervoor is hiermee volledig congruente afspraken tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar(s).
- Gebruik data gedreven inzichten op basis van zorgverlening-productie voornamelijk als informatiebron met betrekking tot lokale historische trends, ontwikkelingen voor beleid en de (capaciteits)begrotingscyclus. Wat betreft de (capaciteits)begrotingscyclus gaat het om onder andere het benodigde fte medisch specialisten, ondersteunend personeel en middelen. Vertaal dit ook naar een lange termijn planning met 'stippen op de horizon'. Het gebruik van spiegelinformatie van andere zorginstellingen middels benchmarking lijkt hierbij nuttig.

Handvatten t.a.v. registreren, toetsen, stimuleren en samenwerken

- Zorg voor het goed registreren van (nieuwe) activiteiten en initiatieven die bijdragen aan passende zorg, waarmee dit ook inzichtelijk te maken is. Dit geldt voor nieuwe initiatieven van passende zorg, als ook voor bepaalde activiteiten waarmee al regulier passende zorg geleverd worden, maar veelal niet (goed) apart geregistreerd worden. Dat geldt bijvoorbeeld voor samen beslissen met de patiënt over behandelopties (Uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties, samen met patiënt en/of met zijn/haar vertegenwoordiger, ZA 190066), het multidisciplinair consult (ZA 190010) en het multidisciplinair overleg (mdo, ZA 190005), waarin passende zorg wordt vormgegeven.
- Blijf lokaal het samen beslissen en de zichtbaarheid (bijv. via zorgactiviteit registratie) daarvan op de gezamenlijke agenda zetten, samen met lokale mogelijkheden om administratieve lasten, inclusief medicatieoverdracht-problematiek, medische overdrachten via niet-bewerkbare pdf-documenten en aparte 'afvinklijstjes' van data die al in het epd staan opgenomen, te verminderen.
- Blijf lokaal het optimaliseren van elektronische gegevensuitwisseling binnen de huidige ict-mogelijkheden op de gezamenlijke agenda zetten. Deel lokale ervaringen en belemmeringen met de landelijke organisaties (Federatie, NVZ en/of NFU), die dit vervolgens delen met het landelijk platform **Informatieberaad**.
- Geef tijd voor samenwerking. Samenwerking in regionale netwerken is van essentieel belang om passende zorg op de juiste plaats te verlenen. Samenwerking is meer dan het delen van data, het omvat ook het delen van expertises en ervaringen rondom de individuele patiënt. Het is van belang dat zorgverleners in zowel de eerste lijn als in de tweede en derde lijn tijd hebben om aan deze samenwerking invulling te geven.
- Betrek zorgverleners in opleiding bij alle bovenstaande items. Door hen vroeg in de opleiding kennis te laten nemen van invulling van passende zorg, wordt dit geborgd voor de toekomst.
- Houd continu aandacht voor duurzame inzetbaarheid van personeel (gezond en veilig werken) en voor werkplezier. Dit draagt bij aan een gezonde en toekomstbestendige werkomgeving.

Alle medisch-specialistische vakgroepen moeten input leveren voor het opstellen van de begroting van productie en capaciteit in gelijkgerichtheid met het ziekenhuis. En dit moet vertaald (kunnen) worden naar de afspraken met de zorgverzekeraars. Voor het participeren aan het begrotingsproces en aan de gesprekken met de zorgverzekeraars is ondersteuning en training van medisch specialisten via het ziekenhuis essentieel. Het belang hiervan is meerledig: het geeft medisch specialisten en hun vakgroepen informatie, houvast en sturing in dit proces.

Het inzetten van bovengenoemde zorgtransitie kan invloed hebben op krimp of groei van de formatie van vakgroepen. De ervaring leert dat dit langzaam gaat en meerdere jaren beslaat, waarop prima door vakgroepen geanticipeerd kan worden. Het doen van minder zorg met minder fte-formatie in het ziekenhuis zal vaak goed gecompenseerd kunnen worden door, met een deel van de vakgroep-formatie, het doen van meer zorg buiten het ziekenhuis, in netwerkzorg-programma's, anderhalve lijn-settingen, etc. Ook kan fte-formatie ingezet worden voor (meer) participatie in bestuurlijke functies en onderwijs. Daarnaast is verdergaande samenwerking met omliggende ziekenhuizen (ook het bijvoorbeeld gezamenlijk diensten doen over meerdere ziekenhuizen bij krimpende formatie) een goede ontwikkeling.

De nadere uitwerking van een capaciteitsbegroting, invulling daarvan en mogelijkheden voor het (optimaal) leveren en meewegen van passende zorg staan genoemd in hoofdstuk 4 en bijlage 2 (met (reken)voorbeelden).

HOOFDSTUK 3

Randvoorwaarden en aandachtspunten

In dit hoofdstuk worden randvoorwaarden en uitdagingen uiteengezet en aandachtspunten genoemd die van toepassing zijn bij het in de praktijk brengen van passende zorg.

RANDVOORWAARDEN

Voor het scheppen van de juiste randvoorwaarden m.b.t. passende zorg worden in het adviesrapport **Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú** (van het ZiNL en de NZa) drie belangrijke uitgangspunten genoemd voor het, samen met het ministerie van VWS, creëren hiervan:

- **Congruentie:** alle partijen moeten samen gericht zijn op eenzelfde doel, namelijk passende zorg. De zorgverzekeraar moet streven naar passende zorg vanuit zijn eigen rol, net als de zorgaanbieder vanuit zijn rol, etc. Het gaat hier om congruentie bij de overheid en bij de zorgpartijen zelf. Congruentie valt uiteen in gelijkgerichtheid en paralleliteit: de neuzen dezelfde kant op én niet op elkaar wachten om actie te ondernemen.
- **Lerend systeem:** 'wat werkt groeit, wat niet bijdraagt verdwijnt'. Er is een sector- en overheid-breed lerend systeem nodig waarin opgedane resultaten steeds de basis vormen voor een nieuwe verbetering. Meer evaluatieonderzoek naar de effectiviteit en doelmatigheid van behandelingen is nodig, zowel bij nieuwe behandelingen die instromen als bij bestaande zorg. 'Wat niet bijdraagt verdwijnt' heeft ook betrekking op de samenstelling van het basispakket en de bekostiging.
- **Decentrale toepassing:** alleen op het niveau van de patiënt en zorgprofessional kan precies worden bepaald wat passende zorg is in een bepaalde situatie. Decentraal wordt dus vormgegeven wat passende zorg is. Naast het individuele niveau, geldt dit ook op lokaal of regionaal niveau: ook daar wordt gekozen voor een oplossing die passend is. Het wordt als de rol van het ZiNL en de NZa beschouwd om samen met het ministerie van VWS centraal de juiste randvoorwaarden te creëren voor passende zorg – zonder te bepalen wat in iedere afzonderlijke situatie passende zorg is.

De randvoorwaarden hieronder sluiten bij bovenstaande punten aan, maar zijn meer en naar de (dagelijkse) praktijk gespecificeerd t.a.v. wat voor medisch specialistische zorgverleners van belang is.

Het uitgangspunt van passende zorg is en blijft dat elke medisch-specialistische zorgprofessional vanuit medisch inhoudelijk perspectief altijd en overal passende zorg aan de patiënt en in samenspraak met deze wil leveren. Desondanks is het goed om dit voortdurend te stimuleren. Om passende zorg door zorgprofessionals (waaronder medisch specialisten) werkzaam in de verschillende lijnen, domeinen en zorgnetwerken, zo doelmatig mogelijk te kunnen inrichten (volgens de IZA basisprincipes) en te faciliteren, kunnen de medisch specialist en diens vakgroep in hun zorginstelling zelf diverse stappen ondernemen, zoals beschreven in het vorige hoofdstuk. Hierbij is het essentieel dat daarvoor ook afdoende mogelijkheden aanwezig en randvoorwaarden voor vervuld zijn. De i.s.m. de Federatie opgestelde '**Netwerkzorg Dichtbij Wijzer**' kan daarbij ondersteunen. Om dit te stimuleren en te faciliteren zijn (niet uitputtend) onderstaande randvoorwaarden belangrijk (waarin deels overlap zit):

LANDELIJKE/OVERKOEPELENDE RANDVOORWAARDEN

- Het is van belang dat er een helder beeld bestaat van passende zorg in de medisch-specialistische zorg voor en bij medisch specialisten en hun vakgroepen en in ziekenhuizen, in samenspraak met andere zorgpartijen.
- Landelijke (kwaliteits)registraties⁵ die keuzes in (passende) zorg ondersteunen worden gefaciliteerd en gefinancierd.
- De alsmaar stijgende zorgvraag dient bij voorkeur absoluut, maar zeker relatief te gaan afnemen, waarbij hulpvragen buiten het medisch domein niet (meer) dienen te leiden tot verwijzing naar dit medisch domein.

⁵ https://ssc-dg.nl/toetsing_igc_dgc/toetsingscriteria_igc_dgc-2/

- Er is een **betrouwbare, gebruiksvriendelijke (digitale) databeschikbaarheid en gegevensuitwisseling** over de lijnen en domeinen ingeregeld die de zorg ondersteunt en aanvoelt als één epd. Ook dient bij het verlenen van zorg altijd een **actueel medicatie overzicht** beschikbaar te zijn.
- Er wordt een zo kort mogelijke doorlooptijd van beoordeling, introductie en opname in het verzekerde pakket gerealiseerd van innovaties en alternatieve behandelingen die (kunnen) leiden tot optimalisering van passende zorg.
- Er worden handvatten geboden voor de toepassing van passende zorg bij de grote en sterk groeiende groep oudere patiënten met multimorbiditeit.
- Het voorhanden zijn van betrouwbare samen beslissen-ondersteunende instrumenten, die onderhouden worden.
- Er zijn passende registreerbare en declareerbare (e-health-) zorgprestaties beschikbaar met passende bekostiging voor het anders of in andere vorm en meer passend kunnen leveren van zorg.
- Stel een landelijk programma op voor het stimuleren, faciliteren en ondersteunen van digitaal zorggebruik, voor patiënten en zorgverleners die deze vaardigheden niet of onvoldoende hebben. Zorg ervoor dat **patiënt en arts beschikken over de juiste faciliteiten en goedwerkende techniek** om überhaupt digitale zorg te kunnen gebruiken respectievelijk leveren.

LOKALE/DEELS OVERKOEPELENDE RANDVOORWAARDEN

- Het kunnen leveren van 24/7 passende zorg met o.a. beperking van instroom (seh) én verbeteren van doorstroom en uitstroom m.b.t. de medisch-specialistische zorg (naar eerste lijn/vvt), via het bijvoorbeeld inrichten van lokale **zorgcoördinatiecentra** (zcc's). Bovendien behoeven de in dit kader geschetste maatschappelijke perspectieven m.b.t. passende zorg aandacht.
- (Nieuwe) activiteiten en initiatieven die bijdragen aan passende zorg moeten worden gestimuleerd en gefaciliteerd via afspraken tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar.
- Er worden congruente afspraken tussen de zorgverzekeraars en ziekenhuizen gemaakt, waarin productieprikkelers er (zoveel mogelijk) uitgehaald worden en dan vertaald kunnen worden naar afspraken met medisch-specialistische gremia.
- Het ook in de lokale situatie duidelijker vooraf onderscheid maken tussen hulpvragen en zorgvragen (bijvoorbeeld i.s.m. gemeentelijke instanties) zodat voor hulpvragen op niet-medisch terrein geen verwijzing naar de medisch-specialistische zorg volgt.
- Het lokaal en breder onderzoek doen naar passende zorg, zoals zorgevaluatie, gepast gebruik en deimplementatie van zorg en het breed beschikbaar maken van spiegelinformatie, vergelijking van verschillende soorten behandelingen wordt gestimuleerd en hiervoor wordt afdoende budget vrijgemaakt.
- Initiatieven van passende zorg en het (lokaal) uitvoeren daarvan middels shared-savings afspraken wordt gestimuleerd. Dit wordt meegenomen in de lokale verdeelsystematiek.
- Samenwerking tussen instellingen m.b.t. het probleem van krapte in zorgpersoneel en een toename van zorgvraag wordt gestimuleerd.

ENKELE AANVULLENDE AANDACHTSPUNTEN

1. Om meer tijd voor de patiënt te kunnen hebben moet passende zorg, met evaluatie en eventuele sturing, leiden tot minder bureaucratie en minder administratieve lasten.
2. De zorgverlener in opleiding moet worden geschoold en begeleid in het leveren van passende zorg en het goed toepassen van samen beslissen⁶ en het gebruik van samen beslis-ondersteunde middelen. Samen beslissen is onlosmakelijk verbonden met passende zorg. Het gesprek tussen een zorgverlener (in opleiding) en een patiënt is uniek en de individuele aspecten van deze samenspraak moeten leidend zijn voor de invulling van passende zorg.
3. De complexiteit van de zorg als geheel moet niet onderschat worden. De zorg heeft continuïteit en evenwicht (nodig) met gerelateerde omliggende zorgsectoren/domeinen en omstandigheden. Veranderingen in de zorg kosten tijd. De medisch-specialistische zorg moet daarbij in bredere samenhang worden gezien t.a.v. instroom, doorstroom en uitstroom. Daarmee samenhangend is het als bovengenoemd van belang dat duidelijker bekend is wat de eigenlijke zorg- of hulpvraag van de patiënt is, waarbij verwijzing naar de medisch-specialistische zorg voor hulpvragen vanuit

⁶ E-learning De kern van samen beslissen

andere domeinen (zoals financiële-, sociale- en/of werk gerelateerde problematiek) zoveel mogelijk vermeden wordt.

Enkele voorbeelden van knelpunten in de praktijk

Digitale medicatieoverdracht en digitale overdracht van patiëntgegevens

In de praktijk zijn met betrekking tot digitale gegevensuitwisseling de digitale medicatieoverdracht via het landelijk schakel punt (lsp) en medisch inhoudelijke verslaglegging en verwijsbrieven nog onvoldoende werkbaar geregeld. De digitale medicatieoverdracht naar de tweede en derde lijn werkt onvoldoende door enerzijds beperkte aanwezigheid van actuele medicatie in het lsp (geen apotheek-koppeling en/of geen toestemming van de patiënt) en gebrekkige koppeling tussen lsp en elektronisch voorschrijf systeem (evs) binnen het ziekenhuis epd. Dit, en het vaak door de medisch-specialistische zorgverlener zelf moeten uitvoeren van medicatie-verificatie zorgt voor onnodig veel administratieve lasten ten koste van tijd voor de patiënt.

Medische overdrachten via niet-bewerkbare pdf-documenten in gebrekkige epd-systemen

(Digitale) medische gegevensoverdracht (verslagen, uitslagen, poli- en ontslagbrieven, etc.) van patiënten worden veelal nog verstuurd op het niveau van niet-bewerkbare pdf-documenten en soms zelfs nog via de fax. Dat is vooral het geval bij gegevensuitwisseling tussen instellingen binnen dezelfde lijn en lijnoverstijgende instellingen. Hoewel het veiligheidsaspect van het niet kunnen bewerken (en dus wijzigen) van deze medische gegevens in pdf-vorm begrijpelijk is, leidt dit tot ongewenste tijdsbesteding van de medisch-specialistische zorgverlener door overtypen (foutgevoelig) of in het beste geval overnemen ('kopiëren/plakken') van de (relevante) gegevens. **Gebrekkige databeschikbaarheid en gegevensuitwisseling is een showstopper** m.b.t. het leveren van passende zorg. Dit moet anders kunnen en daarvoor worden, in samenwerking met o.a. de Federatie en andere partijen door het ministerie van VWS, nu goede en ook wettelijke stappen gezet via bijvoorbeeld de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (**Wegiz**).

Aparte 'afvinklijstjes' van data die al in het epd zijn opgenomen

Het is nog steeds in de praktijk gebruikelijk om voor bepaalde registraties en metingen die men wil gebruiken voor beoordeling en evaluatie, aparte 'afvinklijstjes' te maken, zodat men deze daaruit kan destilleren. Vaak staan die gegevens echter al in één of andere vorm in het epd vermeld, maar zijn dan lastig te ontsluiten. Aparte 'afvinklijstjes' leiden tot extra en onnodige administratieve lasten. De oplossing daarvoor zou het kunnen extraheren van de al in het epd staande gegevens via specifieke technieken daarvoor; mogelijk kan de inzet van artificial intelligence (ai) daarbij behulpzaam zijn.

HOOFDSTUK 4

Zorgafspraken, verdeelsystematiek en benchmarking

In dit hoofdstuk wordt een toelichting gegeven op zorgafspraken, benchmarking, (spiegel)informatie en verdeelsystematiek en de relatie met passende zorg.

ZORGAFSPRAKEN

Zoals kort benoemd in hoofdstuk 2, dienen er heldere zorgafspraken te worden gemaakt tussen vakgroepen en hun gremia en (het management van) de zorginstelling over de te leveren hoeveelheid, kwaliteit en de vormen van zorg, inclusief financiële kaders en benodigde hoeveelheid fte-formatie en andere middelen, en de monitoring daarvan. Dit bij voorkeur binnen een capaciteitsmodel en m.b.v. een jaarlijkse capaciteitsbegroting (als onderdeel van dit model) en monitoring hiervan gedurende het jaar. De lokale vakgroepen zijn zelf binnen hun gremium verantwoordelijk voor het in samenspraak met hun zorginstelling goed en passend inrichten binnen het gebruikte model van bovengenoemde zorgafspraken, waarbij het inrichten, zichtbaar maken en eventueel meewegen van kwaliteitsaspecten en (nieuwe) activiteiten en initiatieven die bijdragen aan passende zorg een prioriteit is. Dit geldt zowel voor (gremia en vakgroepen van) medisch specialisten in dienstverband als vrijgevestigd medisch specialisten. Sommige (zorg)afspraken kunnen ziekenhuis- of gremium breed gemaakt worden, andere afspraken (meer) vakgroep-specifiek. Een actueel capaciteitsmodel als middel voor de vertaling van zorgverlening in dbc's/zorgactiviteiten naar medisch-specialistische capaciteit en de sturing hierop en de relatie met passende zorg wordt nader toegelicht in bijlage 2. De interne zorginstelling (zorg)afspraken dienen congruent te zijn met de afspraken tussen de zorginstelling en de (preferente) zorgverzekeraar(s). Dit is een verantwoordelijkheid van al deze betrokken partijen.

CAPACITEITSMODEL EN VERDEELSYSTEMATIEK

Uitgangspunt is dat een capaciteitsmodel op zich geen belemmering vormt voor het leveren van passende zorg, en het handvatten biedt bij het (data gedreven) inzichtelijk maken en (extra) stimuleren van passende zorg binnen de medisch-specialistische zorg. Een actueel capaciteitsmodel bevat de parameters van output en efficiency, maar omvat bij voorkeur ook (parameters van) passende zorg, en het zichtbaar maken van het leveren hiervan door het ziekenhuis. Binnen het capaciteitsmodel is dit technisch ook mogelijk (zie bijlage 2). Binnen een capaciteitsmodel wordt in principe niet gestuurd op input parameters (zoals aantallen polibezoeken, unieke patiënten, ingrepen, klinische verrichtingen) aangezien input parameters geen output (declarabele zorg) garanderen en derhalve kosten zonder opbrengsten kunnen betekenen. Wel worden de aantallen polikliniekbezoeken o.a. gebruikt voor het bepalen van de efficiency (parameter). Dit capaciteitsmodel wordt ook gebruikt voor benchmarking, vaststelling van benodigde capaciteit en middelen via een capaciteitsbegroting m.b.t. de te verlenen hoeveelheid zorgverlening, monitoring daarvan en waarborgen van gelijkgerichtheid door het op maat aanpassen van sturing, zoals door middel van de onderlinge verdeelsystematiek. Hierbij kunnen ook (separate) afspraken over kwaliteit van zorg meegenomen worden, waarbij het van belang is dat alle betrokken partijen daar eenzelfde beeld bij hebben, het eens zijn over de inhoud en definitie daarvan, en het objectief en kwantitatief kunnen meten en vergelijken daarvan. Een primair doel van een capaciteitsmodel is het waarborgen van gelijkgerichtheid met het ziekenhuis en de afspraken met de zorgverzekeraars. Daarnaast worden in het capaciteitsmodel naast het gebruik van relatieve benchmarkgegevens, de directe lokale ontwikkelingen van vakgroepen zichtbaar door vergelijk met voorgaande jaren en met de eerdere begrotingen. Hierdoor zijn verschuivingen, krimp en/of groei van vakgroepen in hun zorgverlening en de daarvoor gebruikte, respectievelijk benodigde fte-formatie ook in absolute zin weer te geven. Dat dient dan (mede) te worden begroot, zowel in de capaciteitsbegroting als in relatie tot de verdeelsystematiek. De toepassing van het model – met name hoe de capaciteitsbegroting wordt toegepast in relatie tot de gerealiseerde zorgverlening (productie) – is hierin afhankelijk van de lokale afspraken met het ziekenhuis en zorgverzekeraars (zie ook de handreiking [Doorontwikkeling benchmarking naar capaciteitsbegrotingsmodel](#) van de Federatie van november 2021).

Het is een aanbeveling om gebruik te maken van een capaciteitsmodel. Bij het gelijkgericht met het ziekenhuis maken van zorgafspraken en de capaciteitsbegroting, dient rekening gehouden te worden met het gegeven dat de inzet van de medisch specialist niet altijd volledig gelijkloopt met de doelstellingen en activiteiten van het ziekenhuis. Dit geldt ook voor afspraken rondom verplaatsing van zorg. Passende zorg kan immers ook vormgegeven worden door meer zorg buiten de muren van het ziekenhuis te leveren, wat van invloed kan zijn op gelijkgerichtheid van de vakgroep en het ziekenhuis.

Het inrichten van passende zorg is voor sommige vakgroepen gemakkelijker en sneller te realiseren dan voor andere vakgroepen. Bijvoorbeeld omdat de (fasen van de) ziektebeelden zich daarvoor bij het ene specialisme beter lenen dan bij het andere specialisme, zoals bij het verlenen van veel chronische zorg versus voor een belangrijk deel acute zorg. Hiermee moet wel rekening worden gehouden. Ook daarom is het van belang dat in een capaciteitsmodel zorgverleningsactiviteiten per vakgroep naast relatieve (landelijke) benchmarkgegevens lokaal in absolute aantallen vergeleken worden met voorgaande jaren en met eerdere begrotingen. Dit maakt verschuivingen, krimp en/of groei hierin lokaal objectief zichtbaar en kan vertaald worden in de (nieuwe) begroting naar benodigde fte-formatie (mutaties) wat betreft de patiëntenzorg volgens categorie 1.a en 1.b. van vakgroepen en in de verdeelsystematiek van (vrijgevestigd) medisch specialisten. Categorie 1.a betreft patiënt-gerelateerde werkzaamheden en activiteiten, categorie 1.b betreft conditionele patiëntenzorg en praktijkgerelateerde werkzaamheden (zie de handreiking **Fte-model voor medisch specialisten**).

De verdeling van financiële middelen tussen vakgroepen in vrije vestiging is één van de toepassingen van een capaciteitsmodel en is geen apart vast model. De verdeelsystematiek kan op verschillende wijzen ingericht en afgesproken worden. In de verdeelsystematiek kunnen ook geleverde passende zorg en kwaliteitscomponenten zichtbaar gemaakt en eventueel meegewogen worden. Zie ook hiervoor bijlage 2.

De verdeelsystematiek kan al of niet (deels) een vaste component omvatten die gebaseerd is op formatieve fte en/of financiële harmonisatie, een kwaliteitscomponent, en de uitkomsten van de realisatie van de capaciteitsbegroting. De formatieve fte is de werkzame fte t.b.v. zorgverlening. Dit betreffen de categorie 1.a en 1.b werkzaamheden (dit is exclusief bestuurlijke functies, onderwijs en wetenschap). Het binnen de verdeelsystematiek (deels) toepassen van verdeling o.b.v. een (vaste) formatieve fte-component kan ook gezien worden als vervanging van verdeling o.b.v. aantallen polibezoeken, unieke patiënten, ingrepen en klinische verrichtingen (input parameter). Via deze vaste fte-component kan de tijdsbesteding en inzet van een medisch specialist toch binnen de verdeelsystematiek gehonoreerd worden voor zaken waar geen aparte registratie-items voor zijn, maar die wel van belang zijn voor de (bijvoorbeeld kwalitatieve aspecten van) zorgverlening. Nadere informatie hierover is te vinden op blz. 15 en in bijlage 3 van de handreiking **Doorontwikkeling benchmarking naar Capaciteitsbegrotingsmodel**.

Met financiële harmonisatie wordt een harmonisatie van honorarium bedoeld voor alle in het gremium opgenomen medisch specialisten, waarbij zij per formatieve fte een vast honorariumaandeel naar rato van het formatieve fte-aandeel ontvangen. Dit staat los van de hoeveelheid geleverde zorgverlening (productie). De essentie van financiële harmonisatie is het verwijderen van prikkels die extra productie stimuleren. Een vaste component biedt tevens vergoeding voor zorgverleningsactiviteiten die niet te registreren zijn met bestaande codes.

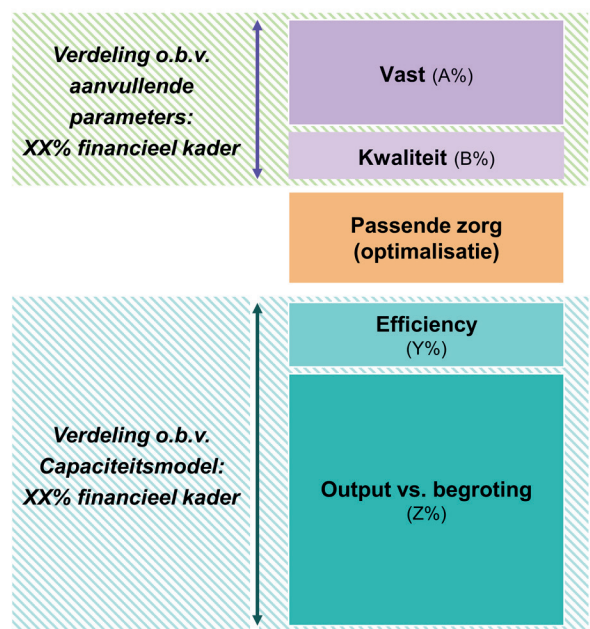
Harmonisatie kan (lokaal) een gewenste optie zijn. Hierbij is de verdeelsystematiek deels gebaseerd op vaste formatieve fte-waarden per vakgroep (patiëntenzorg gerelateerd, zie hierboven), aangevuld met componenten als kwaliteit, passende zorg en efficiency. Dit is eveneens in een goed werkend verdeelmodel om te zetten. Bij het substantieel verdelen o.b.v. vaste formatieve fte-waarden zijn echter wel randvoorwaarden nodig en zijn potentiële risico's aanwezig m.b.t. de mate van gelijkgerichtheid met het ziekenhuis. Een goede en zuivere fte-opgave per vakgroep, zoals genoemd in de handreiking **Fte-model voor medisch specialisten**, is daarbij een essentiële randvoorwaarde voor een betrouwbare verdeling in het verdeelmodel m.b.t. de vaste fte-component. Zonder een zuivere lokale (en eventueel landelijke) fte-opgave is er geen 'level playing field' tussen vakgroepen medisch specialisten binnen hetzelfde gremium en dit kan leiden tot ongewenste voordelen van de ene vakgroep t.o.v. de andere. Dit kan ook problemen geven bij aanwezige en/of gewenste krimp en groei van vakgroepen en eventueel leiden tot onenigheid binnen het gremium van vakgroepen. Ook bij een verdeling op basis van harmonisatie zullen ten behoeve van optimale gelijkgerichtheid goede afspraken met het ziekenhuis moeten worden gemaakt over de hoeveelheid en vormen van

zorgverlening, financiële kaders, kwaliteit- en efficiency elementen, passende zorg-initiatieven (zoals bijvoorbeeld projecten op het vlak van zorgevaluatie en gepast gebruik) en de monitoring daarvan. Een verdeelsystematiek waarin hoofdzakelijk parameters t.a.v. output, efficiency en de hiervoor genoemde parameters zijn opgenomen, faciliteert juist de gelijkgerichtheid met het ziekenhuis en de mogelijkheden om in te spelen op (lokale en landelijke) trends van zorgverlening. Het (voornamelijk) sturen op input parameters (aantallen polibezoeken, unieke patiënten, ingrepen en klinische verrichtingen) in verdeelsystematiek kan gelijkgerichtheid belemmeren. Ook hierbij dienen de afspraken daarover congruent te zijn met de afspraken t.a.v. de (preferente) zorgverzekeraars. Intern dienen goede afspraken te worden gemaakt over de criteria en gebruikte data t.a.v. de formatie-groei en/of -krimp per vakgroep. In deze kaders is goede managementinformatie van belang. Het betreft hier informatie m.b.t. alle aspecten van hoeveelheid en kwaliteit van zorgverlening, efficiency en vorderingen van passende zorg-initiatieven van zowel ziekenhuis, medisch-specialistisch gremium als geheel en per vakgroep. Deze informatie kan verkregen worden m.b.v. historisch vergelijk van eigen data, maar ook via (externe) benchmarking (zie verderop in dit hoofdstuk).

Het inrichten van de verdeelsystematiek is vrij en biedt daarmee geen belemmering voor het leveren van passende zorg. In tegendeel, alle aspecten van zorg - en dus ook kwaliteitsaspecten en (nieuwe) activiteiten en initiatieven die bijdragen aan passende zorg - kunnen hierin (eventueel in aparte parameters) worden opgenomen, mits deze te identificeren, kwantificeren en (historisch) te volgen zijn in een lokale en/of landelijke benchmark. De huidige verdeelsystematiek is momenteel vooral op basis van een capaciteitsmodel (met een efficiency en output parameter) waarin ook een vaste component opgenomen kan zijn als bovengenoemd. Het meenemen en meewegen van nieuwe initiatieven van passende zorg in de verdeelsystematiek kan gezien worden als een aanvulling op de verdeelafspraken binnen deze verdeelsystematiek van msb's en (combi-) coöperaties.

Aanvullend op een capaciteitsmodel passen kwaliteitsparameter(s) eveneens in de verdeelsystematiek, zij het dat kwaliteitsissues zelf vaak lastig te kwantificeren zijn en sterk afhankelijk zijn van setting en situaties waarmee wordt vergeleken. Met het incorporeren van passende zorg binnen de verdeelsystematiek wordt het productie-element in de verdeling nog verder verminderd. Belangrijk om te benoemen is dat het volledig uitbannen van productiviteit binnen de verdeelsystematiek (meestal) niet in lijn ligt met de afspraken tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar. Daarnaast is het de vraag of dat in het licht van productiviteit en wachtlijstproblematiek wenselijk en verstandig is. Afhankelijk van de lokale context dient een balans gevonden te worden tussen het bieden van de benodigde financiële zekerheid t.b.v. het stimuleren van passende zorg door middel van harmonisatie, versus het stimuleren van efficiënt werken door middel van normatieve (fte-)verdeling op basis van een gelijkgericht capaciteitsmodel.

Figuur 1: Schematische weergave parameters verdeelsystematiek



BENCHMARKING EN (SPIEGEL)INFORMATIE

Het belang van benchmarking zoals dat sinds 2012 in de medisch-specialistische zorg wordt gebruikt, is meerledig. Ten eerste voor de jaarlijks op te stellen productiebegroting van het ziekenhuis. Per specialisme wordt data verzameld die gebruikt kan worden voor bepaling van de benodigde personele capaciteit van medisch specialisten (doorgerekend in de capaciteitsbegroting) en ondersteunend personeel o.b.v. productiviteit en (te verwachten) trends daarin. Daarbij is, naast vergelijk met eigen historische data, benchmarking met vergelijkbare specialismen in vergelijkbare ziekenhuizen behulpzaam. Met behulp van dergelijke spiegelinformatie zijn referenties buiten de eigen interne omgeving beschikbaar. Aangezien specialismen qua werkzaamheden alleen vergelijkbaar zijn met dezelfde specialismen in vergelijkbare setting, is een capaciteitsmodel daar specifiek op ingericht. Daarin wordt gewerkt met normcapaciteit (in normuren en/of norm-fte's) op basis van (jaarlijks te onderhouden) normtijden. Normtijden zijn een maat voor tijdsbesteding van de medisch specialist per zorgactiviteit en/of zorgproduct. Normtijden moeten realistisch en herkenbaar zijn en worden bij voorkeur in echte tijdsminuten uitgedrukt. De normtijden dienen zo te zorgen voor een goede en blijvende balans in poliklinische, klinische, conservatieve en operatieve zorgverlening modaliteiten. Ten tweede is het voor specialismen zelf van belang om zicht te hebben op (trends in) productiviteit en benodigde formatie. Ook hiervoor is jaarlijkse benchmarking en vergelijking in de tijd belangrijk, waar een capaciteitsmodel bij uitstek geschikt voor is. Indien er geen productie-parameters (meer) worden gebruikt voor verdeling van het financieel kader, is benchmarking nog steeds van belang voor het opstellen van capaciteitsbegrotingen, benodigde formatie en efficiency-bepaling. Alle genoemde elementen zitten in een capaciteitsmodel en maakt dat dit een belangrijk en bijdragend model blijft. De Federatie heeft hiervoor in 2021 twee nieuwe handreikingen gepubliceerd: [Doorontwikkeling benchmarking naar capaciteitsbegrotingsmodel](#) en [Fte-model voor medisch specialisten](#).

Wat in een capaciteitsmodel aan parameters en passende zorg meeweegt is dus niet afhankelijk van de verdeelsystematiek op zich, maar hoe medisch-specialistische gremia en hun vakgroepen daarin lokaal keuzes maken over welke parameters en bijbehorende wegingen hierin meegenomen worden. Dit is bovendien sterk afhankelijk van afspraken die zij kunnen maken met het ziekenhuis waar zij deel van uit maken en de afspraken die het ziekenhuis op haar beurt heeft gemaakt met de (preferente) zorgverzekeraar(s). Zowel afspraken binnen een verdeelsysteem/model, als de afspraken tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraars dienen geen belemmering te vormen voor het leveren van doelmatige en passende zorg. Normtijden en de productie-output van medisch specialisten voor conservatieve en niet-conservatieve behandelingen en in de verschillende settings waarin de zorg geleverd wordt moeten in balans zijn, zodat ook hiermee passende zorg optimaal kan worden geleverd. Dit geldt ook specialisme-overstijgend voor zorgactiviteiten die door meerdere specialismen worden gedaan. Er moet ook sprake zijn van een balans tussen de tarieven versus kostprijzen (waarvoor een goede kostprijsberekeningstool van belang is) van de ziekenhuizen m.b.t. conservatieve en niet-conservatieve behandelingen in de verschillende zorgsettings. Zie verder bijlage 2.

HOOFDSTUK 5

Conclusie

De zorg in Nederland staat voor een steeds lastiger wordende opgave, waarin de toenemende zorgvraag, de groeiende personele tekorten en hoge financiële kosten de toegankelijkheid, betaalbaarheid en de kwaliteit van zorg bedreigen. Er dienen daarom maatregelen te worden genomen door alle partijen in de zorg en in de maatschappij, waarvan een groot aantal afspraken is opgenomen in het Integraal Zorgakkoord (IZA) van september 2022. Een (door ZiNL en NZa in 2021-2022 aangedragen) belangrijke oplossingsrichting is een transitie naar passende zorg, breed en domeinoverstijgend. Het doel hierbij is om met de beweging naar passende zorg te kunnen blijven voldoen aan een groeiende zorgvraag met gelijkblijvend aantal zorgmedewerkers en binnen de financiële kaders.

De medisch specialisten staan daarbij voor de opdracht om hieraan een belangrijke bijdrage te leveren, via de Federatie Medisch Specialisten, hun wetenschappelijke verenigingen, gremia(besturen) en vakgroepen binnen de zorginstellingen. Dat geldt voor alle medisch specialisten, ongeacht hun werkvorm (dienstverband of vrijgevestigd) of specialisme. Passende zorg wordt reeds door medisch specialisten vanuit hun professionele standaard en in samenspraak met de patiënt toegepast. In dit kader kan 'passend' worden geduid als de beste aansluiting van de behandeling, waar arts en patiënt in gezamenlijkheid over besluiten, m.b.t. de opties, voor- en nadelen, voorkeuren en omstandigheden van de patiënt.

Een essentiële basis om de in het IZA afgesproken transitie naar passende zorg te kunnen maken, is voor medisch specialisten en hun vakgroepen (en besturen) een wederzijdse gelijkgerichtheid met hun zorginstelling(management). Dit betreft o.a. gelijkgerichtheid ten aanzien van het jaarlijks opstellen van een gezamenlijke (zorgverlening- en capaciteits-)begroting in een, bij voorkeur, capaciteitsmodel en de monitoring van de realisatie daarvan, ook ten aanzien van doelmatigheid, efficiency en passende zorg aspecten en -initiatieven. In een dergelijk capaciteitsmodel worden, naast gebruik van relatieve benchmarkgegevens, de directe lokale ontwikkelingen van vakgroepen zichtbaar door vergelijk met voorgaande jaren en eerdere begrotingen. Hierdoor zijn (absolute) verschuivingen, krimp en/of groei van vakgroepen in hun zorgverlening en de daarvoor gebruikte, respectievelijk benodigde fte-formatie weer te geven. Op deze elementen dient dan (mede) te worden begroot m.b.t. de benodigde (mutaties in) fte-formatie van vakgroepen en dit gebruikt te worden binnen vigerende verdeelsystematiek. Wel moet men zich daarbij realiseren dat een belangrijk deel van de passende zorg die geleverd wordt (volgens richtlijnen, best practices, etc.) niet separaat geregistreerd wordt en kan worden en daarmee dus ook niet goed inzichtelijk te maken is. Een essentiële randvoorwaarde om de genoemde transitie te kunnen realiseren is beperking van instroom naar en vlotte uitstroom vanuit medisch-specialistische zorginstellingen. Niet alleen op werkdagen, maar 24/7. Dat is alleen mogelijk als de voor de medisch specialisten en ziekenhuizen belangrijkste partners in de zorg, zijnde de eerste lijn (m.n. de huisartsen, fysiotherapie en vvt) daarvoor afdoende ruimte en ondersteuning hebben.

De werkelijke transitie naar passende zorg zal vooral op lokaal en regionaal niveau moeten worden gemaakt. Daarin zullen de medisch specialisten, hun vakgroepen, hun besturen en zorginstelling(en) interne transitie moeten gaan optimaliseren en nieuwe activiteiten en initiatieven ontwikkelen die bijdragen aan passende zorg. Ook door het in netwerkzorg verder lokaal/regionaal vormgeven hiervan samen met de eerste lijn (huisartsen, apothekers, fysiotherapeuten, thuiszorg/vvt etc.) en nulde lijn. Bij deze transitie kunnen medisch specialisten en hun vakgroepen ondersteund, gefaciliteerd en gestimuleerd worden door hun ziekenhuismanagement en wetenschappelijke verenigingen, die daarin ook een eigen verantwoordelijkheid hebben. Dit in samenwerking met de betrokken andere partijen, zoals andere zorgprofessionals, patiëntvertegenwoordiging en de marktleider zorgverzekeraar(s).

BIJLAGEN

BIJLAGE 1

Legenda

- **Gremium/gremia** = bestuurlijke (overleg)organen van (vakgroepen) van medisch specialisten, zoals de vereniging medische staf (vms), vereniging medisch specialisten in dienstverband (vmsd), medisch specialistisch bedrijf (msb), de (combi-)coöperatie, stafconventen in umcs, academisch specialisten verenigingen (asv's) en medische staven.
- **Zorginstelling** = in dit document wordt meestal een ziekenhuis bedoeld, echter kan dit ook een andere medisch-specialistische zorginstelling zijn, zoals een gespecialiseerde kliniek of (behandel)centrum of zelfstandig behandelcentrum (zbc).
- **Prestatiemodel** = de aanduiding voor het 'oude' (verdeel)stelsel/model. Dit model omvatte de input parameter, naast de output en efficiency parameter. Dit model wordt niet meer ondersteund.
- **Capaciteitsmodel** = actueel veel gebruikt model voor het in gelijkgerichtheid met het ziekenhuis maken van zorgafspraken en het opstellen van een jaarlijkse zorgverlening/productie- en capaciteitsbegroting (als onderdeel van dit model) en monitoren van de realisatie hiervan. Het veel gebruikte capaciteitsmodel bevat de parameters van output en efficiency, maar wordt ook gebruikt i.c.m. (parameters van) kwaliteit en kan tevens passende zorg inzichtelijk maken. De input parameter is geen onderdeel meer van dit model. Dit model wordt ook vaak gebruikt voor benchmarking en onderlinge verdeelsystematiek.
- **Capaciteits-/productiebegroting** = jaarlijks op te stellen begroting (binnen een capaciteitsmodel) o.b.v. de te leveren hoeveelheid en de vormen van zorg, evt. aanvullende afspraken over kwaliteit van zorg en inclusief financiële kaders en de daarvoor benodigde hoeveelheid (norm) fte-formatie.
- **Input parameter** = geregistreerde hoeveelheid zorgverlening verrichtingen (uitgedrukt in volumes verrichtingen passend binnen de NZa-regelgeving) die niet altijd in lijn liggen met gedeclareerde zorgproducten.
- **Output parameter** = gedeclareerde hoeveelheid zorgverlening uitgedrukt in normuren (volume dbc's en/of verrichtingen passend binnen de NZa-regelgeving, vermenigvuldigd met de daarvoor vastgestelde normtijd, zijnde de medisch-specialistische tijdsbesteding per specialisme). Dit betreft normaal gesproken alleen deze geregistreerde (NZa-)verrichtingen. Daarnaast kan er 'output' zijn door separate financiële afspraken over zorg(projecten) waarvoor geen registreerbare (NZa-)verrichtingen zijn.
- **Efficiency parameter** = de efficiency/doelmatigheid van het zorgproces, achteraf vastgesteld per patiënt per diagnosegroep per jaar, in vergelijking met een voor casemix gecorrigeerde benchmark. Vandaag de dag omvat dit de poliklinische efficiency (volume fysieke en teleconsulten; e-health-ratio), klinische efficiency (volumes dagopnamen, verpleegdagen en ic-dagen) en diagnostische efficiency (kosten diagnostiek). De berekening in het actuele capaciteitsmodel en veelgebruikte verdeelsystematiek is dan als volgt: de referentie / lokale waarde * 100% en geldt als netto opslag/afslag in de norm fte's.
- **Benchmarking** = in deze context gaat het om (een tool voor) het continu vergelijken van eigen data, producten, processen, technieken en waarden met standaardwaarden (de referentie) c.q. met de waarden van een andere partij in een vergelijkbare setting (of bijvoorbeeld met die van de marktleider). Het gaat in de medisch-specialistische zorg dan om het vergelijken van lokale data met een 'referentiewaarde' die verkregen wordt door geaggregeerde data van dezelfde specialismen in vergelijkbare zorginstellingen (in een vergelijkbare setting, rekening houdend met demografische verschillen).
- **(Benchmark) verdeelsystematiek/model** = omvat de systematiek c.q. het model voor verdeling van financiële kaders/middelen (kosten en baten) en (norm) fte-formatie tussen vakgroepen (meestal in vrije vestiging, of bij vakgroepen in dienstverband met AMS+-regeling op basis van norm fte's). De verdeelsystematiek vormt geen apart vast model en kan op verschillende wijzen en via verschillende modellen ingericht en afgesproken worden. De verdeelsystematiek kan (deels) vaste componenten omvatten, bijvoorbeeld gebaseerd op formatieve zorgverlening fte (werkzame fte t.b.v. zorgverlening, excl. bestuurlijke functies, onderwijs en wetenschap) en/of financiële harmonisatie, (deels) gebaseerd zijn op de uitkomsten van de realisatie van de capaciteitsbegroting (o.b.v. output en efficiency), en kan kwaliteits- en passende zorg-componenten geïncorporeerd hebben.

- **Verdiensystematiek/model** = het resultaat voor een ondernemer of onderneming van gemaakte kosten en verkregen inkomsten. Dit geldt in deze context voor een zorginstelling zowel als voor een msb of (combi-)coöperatie. Voor de zorginstelling is dit afhankelijk van de afspraken met de zorgverzekeraar(s) zowel als van de geleverde en gedeclareerde zorgverlening en de kosten die daarmee gemoeid zijn. Voor een msb of (combi-)coöperatie is dit afhankelijk van de (financiële) afspraken tussen hen en de zorginstelling, de geleverde zorg en de daarmee gemoeide kosten (voor het msb of (combi-)coöperatie en vakgroepen).
- **Formatieve fte's** = de totale werkzame fte-formatie (van een vakgroep, msb, combi-coöperatie, vmsd of stafconvent).
- **Formatieve zorgverlening fte's** = werkzame fte's (van bijvoorbeeld de vakgroep) ingezet voor zorgverlening (excl. specifieke/overkoepelende bestuurlijke taken, onderwijs en wetenschap/onderzoek).
- **Norm(atieve) fte's** = fte-waarden die berekend worden door het vergelijken van (lokaal) gerealiseerde zorgverlening-data t.o.v. een benchmarkwaarde die verkregen is d.m.v. een benchmarkingproces met daarbij het vergelijken van zorgverlening-activiteiten van de betreffende vakgroepen met vergelijkbare vakgroepen in vergelijkbare zorginstellingen en in een vergelijkbare setting.
- **Normcapaciteit** = (benodigde) capaciteit in norm fte's (in totaal dan wel per vakgroep) en/of normuren voor de te leveren zorgverlening.
- **Financiële harmonisatie** = hiermee wordt een harmonisatie van honorarium bedoeld voor alle in het gremium opgenomen medisch specialisten, waarbij zij per formatieve zorgverlening fte (zijnde werkzame fte t.b.v. zorgverlening) een vast honorariumaandeel (naar rato van het formatieve zorgverlening fte aandeel) ontvangen en wat geen relatie heeft met de hoeveelheid geleverde zorgverlening (productie).

BIJLAGE 2

Capaciteitsmodel

In deze bijlage worden aan medisch-specialistische gremia, medisch specialisten en ziekenhuizen praktische handvatten geboden en voorbeelden gegeven om passende zorg zichtbaar te maken binnen een capaciteitsmodel en daarmee adequaat te honoreren binnen de lokale verdeelsystematiek. Uitgangspunt is dat een capaciteitsmodel op zich geen belemmering vormt voor het leveren van passende zorg, en het handvatten biedt bij het (data gedreven) inzichtelijk maken en (extra) stimuleren van passende zorg binnen de medisch-specialistische zorg. In paragraaf 1 wordt besproken hoe passende zorg momenteel onderdeel uitmaakt van een capaciteitsmodel. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen (A) passende zorg als onderdeel van een capaciteitsmodel, (B) passende zorg in relatie tot normtijden, en (C) passende zorg in relatie tot efficiency. In paragraaf 2 wordt besproken hoe passende zorg expliciet inzichtelijk is te maken in een capaciteitsmodel en hoe het doorwerkt binnen de verdeelsystematiek van msb's/(combi-)coöperaties.

Een capaciteitsmodel wordt onder andere met behulp van benchmarkinggegevens gebruikt voor vaststelling van de benodigde (personele) capaciteit en middelen door middel van een capaciteitsbegroting m.b.t. de te verlenen hoeveelheid zorgverlening, monitoring daarvan en waarborgen van gelijkgerichtheid door het op maat aanpassen van sturing. Daarnaast worden in het capaciteitsmodel, naast gebruik van relatieve benchmarkgegevens, de directe lokale ontwikkelingen van vakgroepen zichtbaar door vergelijk met voorgaande jaren en eerdere begrotingen. Hierdoor zijn verschuivingen, krimp en/of groei van vakgroepen in hun zorgverlening en de daarvoor gebruikte, respectievelijk benodigde fte-formatie ook absoluut weer te geven. Daarop dient dan (mede) te worden begroot t.a.v. de benodigde (mutaties in) fte-formatie van vakgroepen en deze ontwikkelingen dienen ook te worden vertaald naar de vigerende verdeelsystematiek van (vrijgevestigde) medisch specialisten (zie verder de handreiking [Doorontwikkeling benchmarking naar capaciteitsbegrotingsmodel](#) van november 2021).

1.A PASSENDE ZORG ALS ONDERDEEL VAN EEN CAPACITEITSMODEL

Door passende zorg-initiatieven mee te nemen in de begroting wordt de impact van deze initiatieven zichtbaar. Binnen een capaciteitsmodel vormt de gezamenlijke (met het ziekenhuis opgestelde) productiebegroting de basis van de analyse. Deze productiebegroting is opgesteld op basis van de verwachte zorgvraag en afspraken met de zorgverzekeraars. Op basis van de productiebegroting wordt voorafgaande het jaar de benodigde medisch-specialistische (norm-)capaciteit bepaald in de capaciteitsbegroting. Met andere woorden: hoeveel medisch specialisten en ondersteuning per vakgroep nodig zijn om de te verwachten zorg te kunnen leveren.

De ervaring leert dat het effect van passende zorg goed door te rekenen is in norm-capaciteit. Dit inzicht vooraf kan de nodige rust bieden. In geval van significante impact biedt dit belangrijke informatie ten behoeve van de bredere begrotingscyclus, het beleid van de medisch-specialistische gremia, capaciteitsplanning van medisch specialisten en ondersteuning, transitievergoedingen en/of shared savings. Van belang is dat keuzes van poortspecialismen consequenties kunnen hebben voor de benodigde ondersteunende specialismen en hiermee voor (het in stand houden van) beschikbaarheidsfuncties (seh, ic, ok, radiologie, laboratorium, etc.) en algemeen ondersteunend personeel. Ook dit zal t.a.v. kosten en formatieve bezetting gemonitord en meegenomen moeten worden in een capaciteitsmodel. Zie voor dit punt ook bijlage 3 (bij Consequenties voor zorginstellingen).

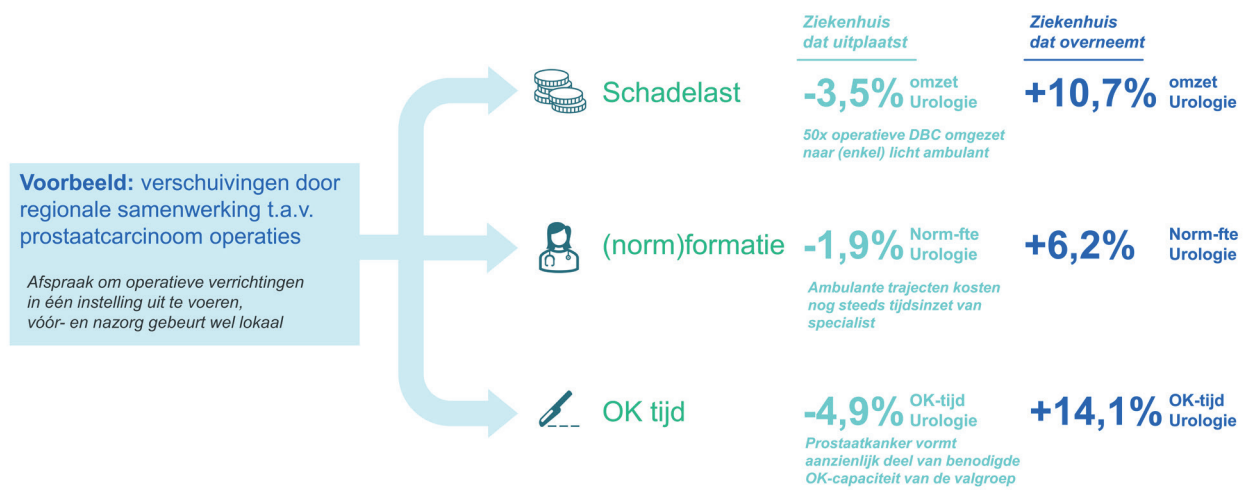
Ter illustratie laat het fictieve rekenvoorbeeld 1 de impact van regionale samenwerkingsafspraken over prostaatcarcinoomchirurgie voor de betrokken ziekenhuizen zien. De impact verschilt, afhankelijk van naar welke parameter (schadelast, normcapaciteit, poliklinische en ok-capaciteit) wordt gekeken, maar de verschuivingen zijn goed inzichtelijk te maken. Hierop kan worden geanticipeerd door het mee te nemen in verdere zorgplannen, begrotingen en afspraken met de zorgverzekeraars. Doordat in de regionale samenwerking met dit soort verschuivingen van zorg ook de medisch specialist kan meebewegen (zelf participeren in de verschoven zorg), hoeft dit geen significante impact op de vakgroepen te hebben, terwijl de kwaliteit van de zorg hiermee wel verbeterd kan worden. Het voorbeeld maakt ook duidelijk dat een ketenbrede aanpak bij veel passende zorg-initiatieven noodzakelijk is. Hierbij is een goede balans in

de (realistische en herkenbare) normtijden tussen de verschillende behandelopties en -settings belangrijk (zoals eerder genoemd in hoofdstuk 4 en verderop in deze bijlage).

Rekenvoorbeeld 1: Datagedreven inzicht in zorgverschuiving passende zorg-initiatief (JZOJP)

ILLUSTRATIEF – fictief rekenvoorbeeld

Data-gedreven inzichten: Iedere portfoliokeuze heeft een variërende impact op elk van de betrokken onderdelen in het ziekenhuis



Het opstellen van de jaarlijkse (capaciteits)begroting en het daarbij integreren van de onderdelen van passende zorg in dit jaarlijkse begrotingsproces is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van medisch-specialistische gremia en ziekenhuis, waarbij het door beiden ondersteunen daarvan een randvoorwaarde is voor gelijkgerichte aansturing van de patiëntenzorg. Dit vereist betrokkenheid en begrip voor elkaars belangen. De gezamenlijke aanpak biedt naast gelijkgerichtheid ook grotere betrokkenheid van de medisch specialisten en maakt hen eigenaar van de veranderingen.

Tenslotte, door het integreren van passende zorg in de productie- en capaciteitsbegroting maakt men de initiatieven concreet zodat deze gemonitord kunnen worden. Landelijk zijn er verschillende best practices waarin ziekenhuizen en medisch-specialistische gremia passende zorg integreren in hun Planning & Control cyclus, waaronder Ziekenhuis Gelderse Vallei:

‘Als ziekenhuis stonden wij voor de uitdaging dat de zorgvraag harder groeide dan onze afspraken met de zorgverzekeraars. Samen met de vakgroepen formuleerden we vijftien initiatieven om doelmatiger zorg te leveren. M.b.v. geavanceerde benchmarktools hebben we doelstellingen bepaald en de verwachte verandering per zorgproduct doorgerekend. Hiermee werd een vertaling naar de financiële- en capaciteitsbegroting mogelijk.’

Remco Siemes, productiecontroller ZGV

1.B NORMTIJDEN VORMEN GEEN BELEMNERING VOOR PASSENDE ZORG

In een capaciteitsmodel wordt de verwachte en geleverde zorg op basis van normtijden doorgerekend naar normcapaciteit (normuren en/of norm-fte). Aangezien deze normtijden minuutneutraal (dienen te) zijn, bieden deze geen belemmering tot het leveren van passende zorg. Dit houdt in dat het voor de medisch specialist niet uitmaakt of

een dagdeel met operatieve zorg of met conservatieve c.q. (poli-)klinische zorg wordt ingevuld.

Mocht je vragen en/of opmerkingen hebben over je normtijden, treed dan in contact met je wetenschappelijke vereniging.

Jaarlijks worden deze normtijden door de wetenschappelijke verenigingen herijkt naar aanleiding van de meest recente trends (bijvoorbeeld richtlijnen, digitalisering, efficiency, taakverschuiving etc.). Het herijken heeft ook als doel om te zorgen voor een (blijvende) goede balans in de normtijden (voor de verschillende behandelopties en zorgsettingen) per specialisme. Wat dit omvat maakt de best practice van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) duidelijk:

‘De Heelkunde is een gedifferentieerd vakgebied, met veel te normeren zorgactiviteiten en zorgproducten. Mede om die reden is elk heelkundig subspecialisme vertegenwoordigd in de werkgroep Normtijden van de NVvH. Doel is dat de normtijden overeenkomen met de werkelijke tijdsbesteding van de chirurg. De keuze op patiëntniveau tussen opereren of conservatieve behandeling, portfoliokeuze op vakgroeps- en ziekenhuisniveau heeft geen effect op de norm-fte. In dit kader besteden wij steeds meer aandacht aan de normering van zorgproducten die ook door andere specialismen worden geregistreerd. Wij treden met andere vv-en in contact om de normtijden op elkaar aan te laten sluiten, zodat het voor de norm-fte-bepaling niet uitmaakt of een chirurg of een ander specialisme het zorgproduct registreert. Jaarlijks herijken wij de normtijd per zorgproduct op basis van de meest recente profielen zorgactiviteiten. Minder frequent nemen wij ook de normtijden van alle zorgactiviteiten onder de loep. Ook hier gaan we zoveel mogelijk data gedreven te werk. De benchmark snijtijd biedt bijvoorbeeld een uitstekende basis voor de normtijd per operatieve zorgactiviteit, welke vervolgens verrijkt wordt met inzichten (in de vorm van rekenregels) vanuit de werkgroep. Wanneer geen benchmarkdata beschikbaar zijn, zoals bijvoorbeeld in het geval van transplantatiechirurgie, betrekken wij hierbij leden die hier wel data ter beschikking hebben.’

Dr. Marco Waleboer, traumachirurg, lid commissie
Verdeelmodel en Normtijden van de Federatie

Het is dus van belang dat (realistische en herkenbare) normtijden en dus de productie output van medisch specialisten voor conservatieve en niet-conservatieve behandelingen, en de verschillende settingen waarin de zorg geleverd wordt, in balans zijn ('minuutneutraal') zodat ook hiermee passende zorg optimaal kan worden geleverd. Dit geldt ook specialisme-overstijgend voor zorgactiviteiten die door meerdere specialismen worden gedaan. Datzelfde geldt voor de tarieven versus kostprijzen (waarvoor een goede kostprijsberekeningstool van belang is) van de ziekenhuizen met betrekking tot conservatieve en niet-conservatieve behandelingen (en de verschillende zorgsettingen). Hierin mogen voor de medisch specialist geen belemmeringen zitten voor het kunnen leveren van optimaal passende zorg. Dit (laatste) valt echter buiten een capaciteitsmodel; ziekenhuis en zorgverzekeraar zijn ervoor verantwoordelijk zorg te dragen dat tarieven geen prikkel bieden tot een bepaalde behandelkeuze.

Voor een deel van de passende zorg bestaat een reguliere betaaltitel die genormeerd is. Hiernaast zijn passende zorg-

initiatieven overwegend 'normuren neutraal' indien vrijgekomen capaciteit kan worden aangewend voor het zien van nieuwe patiënten (zie p. 39 in de handreiking [Doorontwikkeling benchmarking naar capaciteitsbegroting model](#)). Hiermee kan met dezelfde formatie meer patiëntenzorg worden geleverd. Het separaat honoreren van passende zorg op zich is om deze reden vaak niet direct noodzakelijk. Tegelijkertijd gaat er geen extra stimulans vanuit door het niet direct honoreren daarvan.

Een belangrijk aandachtspunt is dat niet alle medisch-specialistische werkzaamheden registreerbaar en dus inzichtelijk te maken zijn. En dat geldt ook voor sommige passende zorgactiviteiten en -initiatieven. Dit is zowel voor medisch specialisten als het ziekenhuis een probleem. Als dit in beperkte mate en vergelijkbaar is met andere ziekenhuizen hoeft dat niet onoverkomelijk te zijn. Wanneer het evident is dat dit lokaal meer speelt dan elders, dienen hierover – ook met de verzekeraar – in principe lokale aparte afspraken gemaakt te worden. In deze situaties is het wenselijk de medisch-specialistische inzet voor deze werkzaamheden zoveel mogelijk apart vast te leggen, en kunnen vorderingen en trends daarin dan lokaal historisch vergeleken worden binnen de eigen data. Landelijk geschiedt dit al op verschillende plaatsen in het kader van anderhalvelijns zorg (digitale meekijk- en/of meedenkconsulten) en dat moet en kan nog veel meer en beter gefaciliteerd worden (door o.a. passende en deels domein- of sectoroverstijgende zorgprestaties, passende bekostiging en bekostiging van organisatie van passende zorg-initiatieven).

1.C PASSENDE ZORG IS ONDERDEEL VAN EN WORDT GESTIMULEERD DOOR EFFICIENCY

Een significant deel van de huidige passende zorg-initiatieven heeft een positief effect op de efficiency. Met andere woorden: passende zorg leidt overwegend tot een lagere herhaalfactor, kortere ligduur en minder diagnostiek en hierdoor tot een kleiner beslag op schaarse (ziekenhuis-)capaciteit. In aanvulling hierop wordt de inzet van e-health inzichtelijk gemaakt en gestimuleerd via een e-health-factor.

Door de efficiency parameter in een capaciteitsmodel wordt doelmatige zorg in de brede zin gestimuleerd en zichtbaar gemaakt. Een voordeel van de efficiency is dat de lokale zorgverlening fijnmazig wordt vergeleken met vergelijkbare (o.b.v. demografische casemix-correcties) patiënten uit vergelijkbare ziekenhuizen. In aanvulling hierop wordt de efficiency vastgesteld op basis van de geleverde zorg van de vakgroep. Een beperking is dat efficiency slechts betrekking heeft op het zorgproces en niet op de lokale behandelmix (bijvoorbeeld de neiging om vaker of minder vaak te opereren of patiënten laagdrempelig klinisch op te nemen). Om die reden is het gebruiken van een monitor doelmatigheid belangrijk, om ook deze aspecten mee te nemen. Daarmee worden dan proces- en praktijkvariaties beide meegenomen. Het goed interpreteren hiervan in en voor de lokale situatie met het ziekenhuis en de betreffende vakgroepen van medisch specialisten is hierbij zeker bijdragend.

De laatste jaren wordt de efficiency in toenemende mate geïncorporeerd in de planning en control-cyclus van ziekenhuizen, o.a. door groeiende schaarste in capaciteit, passende zorg-initiatieven (zoals zorgevaluatie en gepast gebruik programma's) en de toenemende mogelijkheden die geavanceerde benchmarktools bieden. Een belangrijke succesfactor hierbinnen is het verbinden van de doelstellingen van de medisch-specialistische gremia en ziekenhuizen, waaronder verbeteren van de kwaliteit van zorg en het verminderen van het beslag op schaarse ziekenhuiscapaciteit:

'Wij hebben onze eigen data geanalyseerd en gezien dat we na een ethanol ablatie best toe kunnen naar één echo in plaats van de drie echo's die wij eerder maakten. Dat was bij ons het schoolvoorbeeld: we werden gealarmeerd door wat wij in de benchmarkinformatie zagen, vervolgens zijn wij gaan nadenken: "Wat doen we nou eigenlijk en moet het eigenlijk echt zo?'

Dr. Sean Roerink, internist-endocrinoloog, Rijnstate

‘Door gebruik te maken van benchmarkinformatie kunnen we aantonen dat we op veel criteria al goed scoren. Het gaf enorme voldoening voor verschillende afdelingen die nu konden aantonen dat ze uitblinken in passende zorg. Tegelijkertijd gaf dit ons inzicht in de gebieden waar we efficiënter kunnen werken. De benchmarkinformatie bood een goede aanleiding om het gesprek te starten met onze artsen. Het is een opmaat voor een verdiepende analyse van onze eigen data, waarbij we dieper ingaan op een specifieke zorgactiviteit of patiëntengroep op dat punt waar we afwijken van de benchmark.’

Pauline Gabriels, zorganalist, OLVG

Het (terecht) zo gebruiken van benchmarkinformatie is in feite het gebruiken van die informatie zoals je dat in een doelmatigheidsmonitor zou doen.

2. AANVULLEND INZICHTELIJK MAKEN VAN PASSENDE ZORG IN EEN CAPACITEITSMODEL

Ziekenhuizen en medisch-specialistische gremia willen net als de andere partijen in de zorg én politiek graag passende zorg bevorderen. Een capaciteitsmodel biedt hier de mogelijkheid toe. Het onderscheid met de efficiency parameter (paragraaf 1.C) is hier van belang: waar de efficiency betrekking heeft op de totale verleende zorg, wordt de passende zorg parameter vormgegeven rond specifiek gedefinieerde patiëntenpopulaties en zorg, inclusief de behandelmix. Het expliciet opnemen van passende zorg in een capaciteitsmodel maakt het inzichtelijk en concreet, waardoor dit in beweging kan komen en handvatten biedt voor bespreking met het ziekenhuis over budgetafspraken en shared savings. Hierbij moet wel rekening gehouden worden met het gegeven dat niet voor ieder specialisme dit even gemakkelijk te incorporeren en zichtbaar te maken is in de door hen geleverde zorg. Dat geldt bijvoorbeeld voor ondersteunende medisch specialisten en seh-artsen, waar enerzijds door andere specialismen gestuurde zorgvraag en anderzijds zorg in beschikbaarheidsfuncties aanwezig is. Ook voor bijvoorbeeld mka en psychiatrie kan dit lastig(er) zijn.

In deze handreiking worden drie varianten besproken om passende zorg expliciet te maken in een capaciteitsmodel. Voordat deze varianten uiteen worden gezet, is het van belang om een aantal algemene aandachtspunten mee te geven:

- Streef naar een ‘level playing field’ tussen vakgroepen, waarbij de mate van de impact van passende zorg-initiatieven op alle vakgroepen zoveel mogelijk vergelijkbaar is, rekening houdend met de ‘startposities’ van vakgroepen hierbij.
- Het is van belang stil te staan bij het selectieproces van relevante initiatieven m.b.t. passende zorg per specialisme. Ontwikkel een transparante beoordelingsprocedure van kansrijke passende zorg (optimaliserings)initiatieven of projecten waar de medisch specialist onderdeel van is. Beschrijf hierbij duidelijk de verantwoordelijkheden, selectiecriteria, monitoring en financiële afspraken.
- Het landelijke gebrek aan definities en standaarden om passende zorg kwantificeerbaar te maken vraagt om lokaal maatwerk. Het is wenselijk om zo veel als mogelijk aan te sluiten bij landelijke definities en standaarden – bijvoorbeeld de voor zorgevaluatie en gepast gebruik ontwikkelagenda. Het is echter ook mogelijk om lokale passende zorg-initiatieven te gebruiken, mits deze lokaal kwantificeerbaar zijn, waarbij vorderingen en trends daarin dan lokaal historisch vergeleken kunnen worden.
- Passende zorg wordt inzichtelijk gemaakt m.b.v. strakke definities in de vorm van key performance indicators (bijvoorbeeld het percentage tonsillectomieën uitgevoerd in dagbehandeling i.p.v. klinisch) en vergeleken met een referentie. Deze referentie dient met zorg te worden gekozen. Logische keuzes hiervoor zijn: referentie op basis van de benchmark (met vergelijkbare patiënten en ziekenhuizen), historie, capaciteitsbegroting of lokale doelstelling(en).
- Kies passende zorg-initiatieven die kwantificeerbaar zijn en volg deze over een periode van twee tot drie jaar om valide resultaten te hebben.
- Afhankelijk van de lokale situatie en doelstelling wordt aanbevolen om te starten met een pilot, alvorens hier financiële consequenties aan te verbinden. Het is mogelijk en ook te adviseren om de varianten per vakgroep gefaseerd (van variant 1 naar 2, of van variant 1 naar 3) en eventueel in verschillend tempo in te voeren en toe te passen.

- Passende zorg-optimalisering (gefocusd op een specifieke zorgvraag) omhelst momenteel vaak maar een relatief klein gedeelte van de totale patiëntenzorg van een vakgroep. De verwachting is dat toekomstige (zorgevaluatie en gepast gebruik) initiatieven zullen toenemen in grootte van de patiëntenpopulatie en impact, en dat de structureel al geleverde passende zorg (bijv. via samen beslissen-consulten) via betere registratiemogelijkheden en beter registreren duidelijker zichtbaar zal worden.

Er zijn drie varianten om passende zorg expliciet te maken in een capaciteitsmodel:

1. **Informatieve weergave:** landelijk zien we een toenemende trend in het gebruik van spiegelinformatie ter stimulans van passende zorg. Een goed voorbeeld hiervan zijn de zorgevaluatie en gepast gebruik-initiatieven, zie rekenvoorbeeld 2. Zo zien we in dit rekenvoorbeeld bij KNO dat m.b.v. samen beslissen (via de betreffende Patiënt+ keuzehulp) bij de start 32% van de tonsillectomie en adenotomie ingrepen in dagverpleging i.p.v. klinisch werd gedaan, en dat dit na circa een jaar was gestegen naar 44%, in de trend een relatieve stijging van 19% en absoluut van 24 bij 351 patiënten. En bij urologie werd door het project 'FMS verstandig kiezen' een relatieve afname bereikt van 26% (en 64 absoluut bij 300 patiënten) van het aantal buikecho's of cystoscopieën bij de betreffende patiëntengroep. Een capaciteitsmodel biedt medisch staf en/of ziekenhuis de mogelijkheid om hierin meer initiatief te nemen.

Een capaciteitsmodel dient als platform om de spiegelinformatie bij de medisch specialist onder de aandacht te brengen. Door initiatieven te monitoren wordt het gesprek tussen ziekenhuis, medische staf en vakgroepen gestimuleerd en wordt de ontwikkeling inzichtelijk. In potentie biedt dit ook een handvat voor shared savings-vergoedingen. De informatieve weergave biedt mogelijk weinig aanvullende stimulans, wat echter goed te verantwoorden is wanneer de passende zorg is verwerkt in de capaciteitsbegroting.

Rekenvoorbeeld 2: Passende zorg projecten en trends

Onderwerpen				Startpunt		Actueel		Trend	
Specialisme	ZE&GG *	Categorie	Meeteenheid	Q3 2019 - Q2 2020	Q4 2020 - Q3 2021	Q3 2019 - Q2 2020	Q4 2020 - Q3 2021	Actueel vs. Startpunt	Abs.
				Pt. aantal	Vol.	Uitkomst	Uitkomst	Rel.	
Snijdend									
KNO	Tonsillectomie en adenotomie in dagverpleging in plaats van klinisch*	Samen beslissen Patient +	% met Verpleegdag(en)	351	114	32%	44%	+ 35%	+24
CHI	Cholecystectomie in dagverpleging in plaats van klinisch*	Lokaal initiatief	% met Verpleegdag(en)	310	122	39%	48%	+ 23%	+15
PLA	Keuzehulp behandeling bij malletvinger	Samen beslissen Patient +	Operatieve patiënt(en)	23	9	38%	59%	+ 54%	+6
ORT	Geen heupvervangings zonder adequate conservatieve behandeling	FMS verstandig kiezen	Operatieve patiënt(en)	980	447	46%	60%	+ 33%	+103
URO	Niet standaard een buikecho of kijkonderzoek van de blaas bij terugker...	FMS verstandig kiezen	Echo's buik en cystoscopie(ën)	300	289	96%	71%	- 26%	-64
GYN	Controles na (on)behandelde CIN 1 en behandelde CIN 2 vinden plaats bi...*	Zinnige Zorg Zorghinstituit	Patiënt(en) met conservatief ZT21	1.020	496	49%	49%	0%	
NCH	Opereer lage rughermia niet bij alleen rugpijn of bij beenpijn korter ...	FMS verstandig kiezen	Operatieve patiënt(en)	1.045	79	8%	7%	- 10%	+1
DER	Keuze voor type dure geneesmiddelen bij psoriasis	ZonMW Doelmatigheidssond	Add-on medicatie	235	593.428	2.520,5	2.109,1	- 16%	-70.738
Beschouwend									
INT	Follow-up frequentie na behandeling voor borstkanker	Zinnige Zorg Zorghinstituit	Herhaalconsult(en)	1.573	2.934	1,9	2,3	+ 25%	+567
MDL	Verminderen gastroscopieën bij patiënten met dyspepsie *	NFU Doen of laten	Gastroscopie(ën)	235	113	48%	31%	- 36%	-33
CAR	Coronaire angiografie bij stabiele angina pectoris	Zinnige Zorg Zorghinstituit	Coronaire angiografie(ën)	963	434	45%	45%	0%	
NEU	Voer niet standaard een EMG uit voor het stellen van de diagnose polyn...	FMS verstandig kiezen	EMG onderzoek(en)	421	356	85%	53%	- 38%	-76
PYN	Injectie- en denervatietechnieken bij niet-neurogene lage rugklachten	Zilveren Kruis SW&P	Operatieve patiënt(en)	107	12	11%	19%	+ 71%	+7

2. **Aanvullende passende zorg-inzichten binnen norm-fte-bepaling:** in een regulier capaciteitsmodel worden de norm-fte's voor (70% of) 80% bepaald op basis van de geleverde zorg en voor 20% (of 30%) op basis van efficiency. Het is nu mogelijk passende zorg-inzichten hieraan toe te voegen. De berekening hiervan geschiedt zoals in de efficiency, per KPI: referentie / lokale waarde * 100% en geldt als netto opslag/afslag in de norm fte's.

Bij het opnemen van de aanvullende parameter verschuiven de wegingen van de geleverde zorg, efficiency en passende zorg naar bijvoorbeeld 70%-20%-10% (zie rekenvoorbeeld 3). De keuze hierin is aan de medisch-specialistische gremia en/of ziekenhuis en is afhankelijk van lokale afspraken en gewenste respectievelijk haalbare initiatieven. Het voordeel van deze varianten is de aanvullende stimulans die het biedt voor passende zorg binnen de verdeelsystematiek.

Rekenvoorbeeld 3: Norm-fte-verdeling met passende zorg parameter

Norm fte berekening Capaciteitsbegroting jan-mrt 2022	Weging categorie	Forecast 2022	Begroting 2022	Forecast vs. begroting
Output		Realisatie + forecast	Begroting	Forecast / begroting
Normuren totaal	100%	17.960	17.500	103%
Perifere atherosclerose en ischemie		3.030	3.000	101%
Borstkanker		2.490	2.500	100%
Pijn in de buik		2.190	2.200	100%
Obesitas		1.950	1.800	108%
Overig		8.300	8.000	104%
Output (norm fte)	70%	6,48	6,31	103%
Efficiency		Score Q4	Referentie (lokaal of BM)	Score
Polikliniek: Herhaalfactor (aantal policontacten + teleconsulten / patiënt)	27%	1,04	1,00	96%
Polikliniek: Aandeel e-health consulten	7%	29%	28%	104%
Kliniek: Verpleegdagen, dagopnamen en IC dagen / patiënt	33%	0,48	0,49	102%
Diagnostiek: Kosten diagnostiek / patiënt	33%	€ 5.500	€ 5.600	102%
Score efficiency				101%
Efficiency (norm fte)	20%			+0,00 norm fte
Passende zorg		Resultaat	Doelstelling	Score
CHI-23: Gebruik geen Doppler of plethysmografie bij spataderen	33%	5%	7%	140%
CHI-68: Overweeg pas CT-scan bij blindedarmonsteking bij kinderen bij o	33%	8%	6%	75%
CHI-75: Operatie bij perifeer arterieel vaatlijden is in eerste instantie niet	33%	30%	34%	113%
Score passende zorg				108%
Passende zorg (norm fte)	10%			+0,04 norm fte

Realisatie 2022*

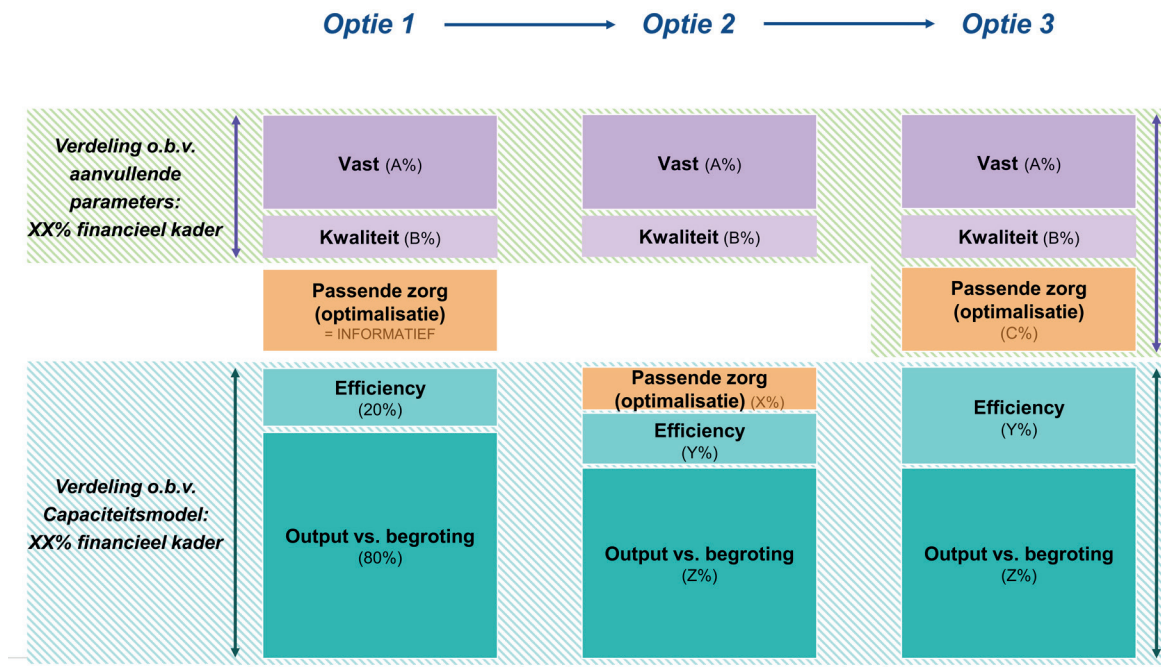
6,52 norm fte

3. **Separate verdeling geormerkt budget:** het passende zorg-inzicht wordt berekend zoals in variant twee. Binnen deze variant wordt echter uitgegaan van een separaat budget dat verdeeld wordt op basis van de passende zorg-inzichten, dit maakt de stimulans nog sterker. Hierbij wordt, net als in variant twee, het passende zorg-inzicht toegepast als netto opslag/afslag ten opzichte van een bepaalde grondslag (referentie). In tegenstelling tot in variant twee is de keuze van de grondslag vrij. De op- of afslag wordt vastgesteld t.o.v. bijvoorbeeld de gewogen formatie, capaciteitsbegroting en huidige/historische norm-fte. Op basis van de totaalscore wordt het separate geormerkte budget verdeeld.

De doorontwikkeling van het model en een aantal opties daarbij wordt in onderstaande figuur 2 weergegeven. De geleverde zorg in normuren (de output, afgezet tegen de begroting) en efficiency vormen de basis van het hier gebruikte capaciteitsmodel. Naast output en efficiency worden kwaliteit en een vaste component – bijvoorbeeld in de vorm van werkzame fte-formatie (de fte-formatie o.b.v. werkelijke dagdelen inzetbaarheid voor patiëntenzorg oftewel de categorie 1.a en 1.b werkzaamheden zoals gedefinieerd in de handreiking **Fte model voor medisch specialisten** van november 2021), capaciteitsbegroting of historische norm-fte – bij diverse msb’s/(combi-)coöperaties al langer meegewogen ten behoeve van de verdeling, als losstaand van het gebruikte capaciteitsmodel. Daarbij wordt de verdeelsystematiek van het msb opgeknipt, waarbij een deel hiervan verdeeld wordt o.b.v. genoemde vaste component zonder directe relatie met de geleverde zorg, en het overblijvende deel o.b.v. het gebruikte capaciteitsmodel. Met het gebruiken van een dergelijke vaste component in de verdeelsystematiek is er vergoeding voor zorgverlening-werkzaamheden die door iedere medische specialist in bepaalde mate gedaan worden, waar geen apart te registreren verrichtingencodes voor zijn, en waarmee bovendien vergoeding o.b.v. zorgverlening (productie) meer verdund wordt.

Per 2023 is het mogelijk hier passende zorg inzichten aan toe te voegen. Optie 1 is informatief, hierbij hebben de uitkomsten geen impact op de verdeling. In optie 2 maken de passende zorg-inzichten onderdeel uit van de norm-fte-bepaling binnen het gebruikte capaciteitsmodel. In optie 3 wordt een separaat budget verdeeld op basis van de passende zorg inzichten.

Figuur 2: Opties lokale verdeelsystematiek/-model



Ontwikkelingen m.b.t. het capaciteitsmodel

De handreiking **Doorontwikkeling benchmarking naar capaciteitsbegrotingsmodel** van november 2021 van de Federatie bevat achtergronden, handvatten en tips om tot een gewenste transitie van een prestatiemodel naar een capaciteitsmodel te komen. Eind 2022 is dit capaciteitsmodel in elk msb/(combi-)coöperaties geïmplementeerd en heeft men ervaring opgedaan met gezamenlijk begroten, sturen en verdelen met behulp van de capaciteitsbegroting.

Per 2023 wordt ook in de laatste medisch-specialistische gremia en ziekenhuizen definitief afscheid genomen van de ex-post benchmark en input parameter. Binnen het huidige capaciteitsmodel ligt de focus op het aanpassen van benodigde capaciteit medisch specialisten (en ondersteuning) aan de verwachte zorgvraag en het bieden van de juiste monitoring en sturing ten behoeve van gelijkgerichtheid.

Het doel van een capaciteitsmodel is om een zo optimaal mogelijke (algemene en financiële) aansluiting te faciliteren bij het leveren van passende zorg zoals door de medisch-specialistische gremia in gezamenlijkheid met het ziekenhuis en de zorgverzekeraar(s) is afgesproken. Van belang hierbij is niet alleen dat de systematiek van een capaciteitsmodel aansluit bij de systematiek van de ziekenhuisbegroting en de afspraken tussen ziekenhuis en zorgverzekeraars, maar ook dat medisch-specialistische gremia nauw betrokken worden bij het overleg over en het maken van afspraken tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar(s) m.b.t. de begrotingscyclus. Hierin worden zowel relatieve (landelijke) benchmarkgegevens gebruikt, als lokale parameters van zorgverlening in vergelijking met voorgaande jaren, zodat verschuiving, krimp en/of groei van zorgverlening zichtbaar wordt. Dit is te vertalen naar (ten behoeve van de patiëntenzorg) werkzame en benodigde fte-formatie (mutaties) van vakgroepen en kan gebruikt worden binnen de verdeelsystematiek. Alhoewel eind 2022 nog verschillen worden gezien tussen medisch-specialistische gremia en/of ziekenhuizen in de snelheid en mate van implementatie van een capaciteitsmodel, is de implementatie daarvan inmiddels sterk toegenomen.

Daarnaast wordt het jaarlijkse normtijden-onderhoudproces m.b.t. alle wetenschappelijke verenigingen verder geïntensiveerd, zodat de tijdsbesteding en output van de medisch specialisten up-to-date blijft en passend bij de werkelijke tijdsbesteding (bij voorkeur in echte tijdsminuten). En waarbij de (realistische en herkenbare) normtijden van conservatieve en niet-conservatieve activiteiten en behandelingen in de verschillende zorgsettingen goed in balans blijft (en ook op die wijze optimaal passende zorg geleverd kan worden). Daarbij moet ook specialisme-overstijgend gekeken worden naar zorgactiviteiten die door meerdere specialismen worden gedaan. Ook is het van belang dat de tarieven versus kostprijzen (waarvoor een goede kostprijsberekeningstool van belang is) van de ziekenhuizen in balans is met betrekking tot conservatieve en niet-conservatieve behandelingen (en de verschillende zorgsettingen).

Hiermee biedt een capaciteitsmodel het benodigde fundament voor stimuleren en incorporeren van passende zorg.

BIJLAGE 3

Aanvullende en overige aspecten passende zorg

PASSENDE ZORG VANUIT MAATSCHAPPELIJK EN OVERIG PERSPECTIEF

Passende zorg is domeinoverstijgend. Passende zorg is ingebed in de hele zorgketen: van patiënt, thuiszorg, eerste lijn t/m derde lijn en alles wat daar raakvlak mee heeft. Zoals voorlichting, sociale en culturele en andere persoonlijke omstandigheden (o.a. levensfase), verwijststromen, organisatie en financiering/bekostiging van zorg, innovaties en technologische ontwikkelingen en overige zaken die ook in de tijd veranderen. Daarom is de betrokkenheid van belang van alle instanties die met de zorg te maken hebben: van thuis-/wijkzorgorganisaties (zoals ActiZ), fysiotherapie (KNGF), apothekers (VNA, NVZA), huisartsenorganisaties (LHV, InEen, NHG), specialisten ouderengeneeskunde (Verenso), de wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten en hun koepel (Federatie Medisch Specialisten), ggz-zorgverleners en -instanties, organisaties van ziekenhuizen, gespecialiseerde zorgcentra/klinieken en zbc's (NVZ, NFU, ZKN), de zorgverzekeraars en hun koepel (ZN) tot en met de overheidsorganisaties (ZiNL, NZa, VWS, gemeenten) en organisaties in het sociale domein (bijv. in de jeugdzorg de CJG en jeugd-ggz). Al deze organisaties en instanties hebben te maken met passende zorg en hebben daarin een eigen verantwoordelijkheid.

Wat passend is in de zorg (ofwel wat passende zorg is), is aan subjectiviteit onderhevig en afhankelijk van de (individuele) patiënt, omstandigheden en tijd. Passende zorg in een beginnende levensfase of juist aan het eind daarvan kan en zal een heel andere invulling hebben. Passende zorg is ook gerelateerd aan bestaande richtlijnen en verbonden aan de voorkeuren en omstandigheden van een individuele patiënt en zijn/haar ziektebeeld. Oftewel, in de spreekkamer geldt: 'one size does not fit all'. Passende zorg leveren kan complex zijn en dat kan bijvoorbeeld in de spreekkamer tot uiting komen wanneer de wens van de patiënt doorslaggevend is bij medisch ongelijkwaardige opties. Het is belangrijk dat de patiënt niet alleen ondersteuning krijgt bij de behandelbeslissingen zelf, maar ook bij het doorlopen van het gehele zorgpad, met alle beslissingen die daarbij horen. Een belangrijk aandachtspunt, vooral voor de patiënt van belang, is of die passende zorg ook vergoed wordt door de zorgverzekering.

De financiële/budgettaire, organisatorisch logistieke en maatschappelijke aspecten van passende zorg zijn van belang voor zowel de patiënt als de medisch-specialistische zorgprofessional, doch dienen niet in de spreekkamer een primair argument te zijn. Betaalbaarheid is belangrijk, maar dat is een maatschappelijke opdracht. Het algeheel ombuigen naar het optimaal kunnen leveren van passende zorg, uitgaan van gezondheid i.p.v. ziekte en het nemen van maatschappelijke verantwoordelijkheid zal veel inzet vergen van alle betrokken partijen. Datzelfde geldt voor het breed opzetten van preventie en de aanpak van leefstijlissues. Om de zorgvraag richting vvt, eerste lijn en medisch-specialistische zorg af te remmen, zal het inzetten op o.a. preventie, het juiste gebruik van digitale zorg, de juiste inzet van devices, wearables en sensing opgepakt moeten worden via beleid en programma's/campagnes.

Binnen deze maatschappelijke opdracht vallen ook de randvoorwaarden en uitdagingen daaromtrent voor het optimaliseren van de mogelijkheden tot juist gebruik van digitale zorgvormen. Daarbij zijn belangrijke elementen onder andere het optimaliseren van de ict-infrastructuur met het op orde zijn van betrouwbare, gebruiksvriendelijke, (digitale) databeschikbaarheid en geautomatiseerde elektronische gegevensuitwisseling over de lijnen en domeinen heen, en aandacht voor het stimuleren, en het faciliteren en ondersteunen van digitaal zorggebruik.

De overheid en politiek hebben hierbij eveneens een belangrijke rol. Het WRR-rapport [Kiezen voor houdbare zorg](#) is daar duidelijk over:

'Om op een betere manier keuzes over de houdbaarheid van zorg te maken, adviseert de WRR een aanpak langs drie pijlers. Ten eerste moeten burgers voorbereid worden op schaarste in de zorg, en meegenomen in de keuzes die daarom nodig zijn.'

Bijvoorbeeld door het instellen van een burgerforum. Ten tweede dient de politiek haar verantwoordelijkheid voor houdbaarheid van zorg actiever op te pakken door prioriteiten te stellen. Dat betekent bijvoorbeeld inzetten op sectoren waar kwaliteit en toegankelijkheid structureel onder druk staan, maar ook op preventie. Ten derde moeten we meer dan nu voor alle zorgsectoren de collectief georganiseerde zorg helder afbakenen. Dat vraagt een heldere verdeling van verantwoordelijkheden tussen politiek en uitvoeringsorganisaties.'

STIMULEREN VAN PASSENDE ZORG VIA ZORGPRESTATIES EN PASSENDE BEKOSTIGING

Om passende zorg door medisch-specialistische zorgprofessionals werkzaam in de verschillende lijnen en domeinen zo doelmatig mogelijk in kunnen richten, is het belangrijk dat daarvoor ook afdoende mogelijkheden aanwezig zijn in de vorm van registreerbare en declareerbare (o.a. e-health-)zorgprestaties en passende bekostiging, met daarbij passende realistische normtijden en (zwaarte van) zorgproduct-afleidingen.

Mogelijkheden hierbij zijn onder andere:

- **Het inrichten en (structureel) separaat declarabel maken met een landelijke zorgactiviteitcode van een digitaal medisch-specialistisch 'meedenkconsult' tussen eerste en tweede lijn.**

Hierover zijn alleen nog kleinschalige lokale en veelal tijdelijke en verschillende afspraken tussen zorgaanbieders en individuele zorgverzekeraars. Het nemen van landelijke regie hierop en het aanmaken van een landelijke registreerbare en declareerbare zorgprestatie zal verwijzingen naar de msz kunnen beperken dan wel gericht laten plaatsvinden. Dit is een vorm van het optimaliseren van passende zorg. De zorgprestatie moet voorzien zijn van een omschrijving en randvoorwaarden.

- **Het inrichten en (structureel) separaat declarabel maken met een landelijke zorgactiviteitcode van een fysiek of digitaal meekijk- of meedenkconsult op de huisartsenpost door een medisch specialist.**

Dit kost tijd, maar bespaart in ongeveer 60-70% van de gevallen een tweedelijns beoordeling op de seh. Een dergelijk consult op de hap wordt echter niet vergoed en kan maar zeer moeizaam (als verrichte activiteit) worden geregistreerd in de systemen van het ziekenhuis omdat de patiënt daar vaak niet bekend is.

- **Het naar een zwaarder zorgproduct laten afleiden van de zorgprestatie 'Uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties, samen met patiënt en/of met zijn/haar vertegenwoordiger' (190066).**

Goede gesprekken m.b.t. samen beslissen tussen patiënt en zorgverlener kosten meestal meer tijd en dienen dan ook adequaat gehonoreerd te worden. Daarbij is bekend dat samen beslissen in veel situaties leidt tot minder ingrepen en lagere kosten. Als deze (extra) tijdsinvestering niet evenredig wordt gehonoreerd, is dat geen stimulans voor zorgverlener en zorgaanbieder om deze extra tijd daarin te investeren, hoe wenselijk dit ook is voor de patiënt en hoe goed de intrinsieke motivatie daartoe ook is. De huidige zorgprestatie 'Uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties, samen met patiënt en/of met zijn/haar vertegenwoordiger' (190066) is specifiek geschikt voor een consult tussen beroepsbeoefenaar met de poortfunctie in de msz en de patiënt. Via samen beslissen (en gebruik van voorhanden zijnde keuzehulpen) worden de behandelopties doorgenomen. Dit consult kan weliswaar met een dubbele consulttijd worden geregistreerd, maar leidt niet af tot een zwaarder dbc-zorgproduct. Het feit dat deze zorgactiviteit slechts weinig geregistreerd wordt, maar bekend is dat deze wel in de praktijk toenemend wordt gedaan, betekent dat er blijkbaar (te) weinig besef en/of belang is om het samen beslissen m.b.t. behandelopties te registreren, waardoor het lijkt alsof er nog onvoldoende stimulans is om het samen beslissen in te zetten. Het is wenselijk om dit juist wel inzichtelijk te maken, ook op landelijk niveau. Het kan voor zowel medisch-specialistische beroepsbeoefenaren als zorginstellingen een stimulans zijn om het samen beslissen optimaal uit te voeren en te registreren, als deze zorgactiviteit ook afleidt tot een zwaarder dbc-zorgproduct.

- **Het minstens kunnen registreren en daarmee zichtbaar maken van tijdsinvesteringen van medisch specialisten en andere beroepsbeoefenaren m.b.t. multidisciplinaire consulten en overleggen waarin passende zorg nadrukkelijk wordt vormgegeven.**

Met de huidige zorgprestaties het multidisciplinair consult (ZA 190010) en het multidisciplinair overleg (mdo, ZA 190005) wordt maar een beperkt deel van (met name) de mdo's die gedaan worden geregistreerd.

Dit omdat veel mdo-settings niet passen binnen regelgeving van de NZa mdo-zorgactiviteit (190005). Voorbeelden daarvan zijn bilaterale overleggen tussen twee verschillende specialismen (bijvoorbeeld radioloog en internist), tussen twee of meer subspecialismen van hetzelfde vakgebied (bijv. algemeen kinderarts en kinderoncoloog), ofwel (inter)regionale mdo's, waarvoor de huidige mdo-zorgactiviteit te beperkt en 'mager' is. Het in gaan richten van meerdere mdo-zorgprestaties voor de diverse genoemde overlegvormen, die beter aansluiten bij de dagelijkse praktijk en settings van mdo's is noodzakelijk. Dit stimuleert waarschijnlijk het registreren daarvan en maakt in ieder geval de tijdsinvestering van (medisch-specialistische) beroepsbeoefenaren in de verschillende mdo-vormen dan beter zichtbaar.

▪ **Het inrichten van (meer) differentiatie tussen verschillende vormen van consultvoering.**

Voor eenvoudige of complexe ingrepen/operaties zijn vele verschillende verrichtingen te registreren. Echter consulten worden, behoudens een eerste en een herhaalconsult, vrijwel allemaal gelijkgetrokken. Dit doet onvoldoende recht aan de variatie in complexiteit van consultvoering.

▪ **Het inrichten van een zorgprestatie voor registratie en financiering/honorering van regievoering bij patiënten met multimorbiditeit.**

Deze patiënten zijn bij meerdere specialisten tegelijk onder behandeling en waarbij een reductie te bereiken is door de regievoering en het samenvoegen van taken door de regievoerend behandelaar.

▪ **Het inrichten van (structurele) domein/sector-overstijgende betaaltitels met bekostiging van netwerkzorg bij chronische aandoeningen.**

De mogelijkheden die daarvoor aanwezig zijn, zijn vrijwel allemaal gebaseerd op onderlinge dienstverlening (odv), wat inhoudt dat aan netwerkzorg participerende zorgverleners uit verschillende lijnen/sectoren betaald worden uit budget van één van de partijen. Dat lukt voor kleine initiatieven wel, maar werkt niet (meer) bij opschaling van dergelijke initiatieven. Voorbeelden daarvan:

- Netwerkzorg zoals vormgegeven binnen NVVC Connect. Hierin zijn afspraken gemaakt tussen medisch specialisten en zorginstellingen, huisartsen en geregeld ook thuiszorg (vvt), waarbij patiënten volgens regionale transmurale afspraken (rta's, afgeleid van Ita's, landelijke transmurale afspraken) behandeld worden voor chronisch hartfalen (hf) en boezemfibrilleren (af) en dit is voor de patiënt en deelnemende zorgverleners passende zorg. De structurele bekostiging is daarbij echter een probleem, waarbij elke regio met de zorgverzekeraars apart lokale afspraken moet maken over de bekostiging, wat vaak in tijdelijke vorm is (soms 'houtje-touwtje') en in elke regio weer anders. Iedere regio moet hierdoor als het ware zelf 'het wiel weer uitvinden' en kan zich niet baseren op bekostigingsafspraken in andere regio's. Het meestal ontbreken van structurele en transparante bekostiging remt het opschalen en uitbreiden hiervan en daarmee van passende zorg.
- Een ander voorbeeld waarin een dergelijke domein-/sectoroverstijgende betaaltitel ontbreekt is die voor implementatie van een leidraad voor zorg voor patiënten met chronische pijn (vanuit de anesthesiologie samen met partijen uit andere sectoren). Het multidisciplinair samenwerken staat in deze leidraad centraal – met elkaar in een netwerk – waarbij stepped care geleverd wordt aan de patiënt. Er zijn organisatorische, registratieve en bekostigingsbelemmeringen die deze samenwerking bemoeilijken. Deze zorg past niet in de huidige bekostigingssystematiek en er ontbreekt een betaaltitel voor deze zorg over de lijnen heen. De NZa zou hier bijvoorbeeld specifiek in kunnen ondersteunen bij de samenwerking. De wetenschappelijke verenigingen werken nu aan nadere afspraken om het zorgpad voor de patiënten verder te uniformeren, maar blijven tegen genoemde problemen aanlopen.
- Taakherschikking én substitutie van frequente, laagcomplexiteit zorg van tweede naar eerste lijn binnen de oogheelkunde (om de toenemende zorgvraag door dubbele vergrijzing én de toename van complexe oogandoeningen waar meer behandelmogelijkheden voor zijn aan te kunnen). Hierin is samenwerking opgezocht met de OVN (Optometristen Vereniging Nederland) en de patiëntenvereniging. Samenwerking met andere beroepsprofessionals binnen het domein oogheelkunde (zoals optometrie) is daarbij essentieel. Hierbij worden met name de ontwikkelingen ondersteund die gericht zijn op verbetering en borging van de kwaliteit van de zorg. Voor (brede) implementatie zijn er nog een aantal knelpunten: er is (nog) geen kwaliteitsregistratie van andere beroepsprofessionals; nog onvoldoende gezamenlijke visie met en van de andere betrokken partijen (optometristen, huisartsen, zorgverzekeraars); in iedere regio zijn nog lokale (verschillende) afspraken met betrokken partijen i.p.v. een landelijk plan (overal 'het wiel opnieuw uitvinden') en

budgetbelemmeringen (een samenhangend knelpunt hierbij is het zich op de (oogheekunde) markt begeven van commerciële initiatieven met een ander belang dan passende zorg en die daarbij aanspraak willen maken op verzekerde zorg (o.a. screening en onderzoeken waarvan de meerwaarde te betwijfelen is).

- Het inrichten van (structurele) bekostiging van en voor de organisatie en evaluatie van zorg. Deze belangrijke elementen ontbreken in de huidige bekostigingsstructuur, waardoor er geen vergoeding is voor de organisatie van zorg voor werkzaamheden, vaak ook door zorgverleners zelf uitgevoerd op het vlak van structurele coördinatie, regievoering en lijn/domein-overstijgende afstemming. Het is daardoor lastig om goed lopende (netwerkzorg) projecten structureel in te bedden en op te schalen als de organisatie daarvan gebaseerd is op daarvoor te besteden uren 'vrije tijd'. Ook vergoeding voor tijd en middelen m.b.t. evaluatie van zorg zijn van belang, zoals voor bepaling van doelmatigheid van bijvoorbeeld nieuwe zorgprestaties, innovatie(ve) behandelingen en passende zorg-initiatieven.

Al deze mogelijkheden dragen bij aan het leveren van zorg die meer in de leefomgeving van de patiënt (JZOJP) plaatsvindt en met meer eigen regie en inzicht in de behandeling. Bij het ontwikkelen van nieuwe bekostigingsvormen dient er door alle betrokken partijen (verzekeraars, NZa, zorgverleners) aandacht te zijn voor de registratielast en de complexiteit van de registratieregels.

STIMULEREN VAN PASSENDE ZORG VIA AFSPRAKEN MET DE ZORGINSTELLING, ZORGVERZEKERAAR EN BINNEN DE (BENCHMARK-)VERDEELSYSTEMATIEK

Incorporeren van passende zorg

Binnen gremia van medisch specialisten (msb's, (combi-)coöperaties, vmsd's en stafconventen) en binnen (benchmark) verdeelsystematiek/-modellen zijn zorgprestaties met zorg op afstand, digitale/hybride zorg, netwerkzorg, shared savings-modellen, zorgevaluatie en gepast gebruik initiatieven, de-implementatietrajecten, initiatieven voor juiste zorg op de juiste plek, anderhalvelijns-zorg en andere vormen van passende zorg prima te incorporeren. Voorwaarde daarvoor is wel dat daar heldere afspraken over worden gemaakt zowel met de vakgroepen binnen deze gremia, tussen gremia medisch specialisten en zorginstelling én tussen zorginstelling en zorgverzekeraar(s).

Afspraken met zorginstellingen

Het anders leveren van zorg door medisch-specialistische zorgprofessionals door o.a. nieuwe zorgprestaties en passende zorg-initiatieven heeft ook consequenties voor de zorginstellingen:

- Met name bij het leveren van zorg op afstand zijn personele, materiële en financiële investeringen nodig en is de wijze en hoogte van bekostiging een belangrijk onderwerp.
- Een zorginstelling zal bij het anders organiseren van zorg, hybride en op afstand, personeel vrij moeten maken voor veranderde taken, en de tariefvergoeding die voor deze zorg beschikbaar is moet dekkend zijn (waarvoor een goede kostprijsberekening van belang is). Als inkomsten via deze zorgvormen aanmerkelijk lager zijn en de kosten voor de zorginstelling niet navenant omlaaggaan, zal dat een belemmering zijn voor het uitvoeren en/of opschalen van deze zorgvormen. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij afname van minder complexe zorg in het ziekenhuis met daarbij (relatieve) toename van complexere zorg, wat meer kosten per gemiddelde patiënt geeft en het te declareren tarief niet altijd meer dekkend zal zijn. Datzelfde geldt voor het uitvoeren van minder diagnostiek, wat aan de ene kant kostenbesparing geeft, maar aan de andere kant hogere (apparatuur) afschrijvingskosten per verrichting.
- Hierbij zal ook (bij zorgtransities) aandacht moeten zijn en blijven, met monitoring daarvan, voor de kosten van beschikbaarheidsfuncties m.b.t. seh, ic, ok, radiologie, laboratorium, etc. en het effect daarvan op ondersteuners, seh-artsen, klinisch chemici en ondersteunend personeel.
- Voor al deze voorbeelden zijn realistische kostprijsberekeningen vanuit het ziekenhuis een voorwaarde. Zonder correcte kostprijzen is het (vooraf) niet duidelijk of de af te spreken tarieven (in het B-segment) en door de NZa bepaalde tarieven (A-segment) kostendekkend zijn. Bovendien geldt er voor zorginstellingen een verplichting tot het aanleveren van kostprijzen aan de NZa. Kostprijzen worden berekend als som van kosten voor verschillende kostendragers, waaronder materiaal, personele middelen (incl. medisch specialisten) en

overheadkosten. De kostprijzen worden jaarlijks geïndexeerd op basis van de kostprijzen van voorgaande jaren. Een herijking van kostprijzen gebeurt niet jaarlijks, dat wordt projectmatig meerjaarlijks door de NZa opgepakt en gaat soms m.b.t. een beperkt zorgsegment ofwel per zorgsector ofwel over de hele breedte van de zorg. Het is dus van belang dat de kosten van medisch specialisten op de juiste wijze toegewezen worden aan de juiste zorgproducten. Deze kosten dienen daarbij verdeeld te worden op basis van de tijdsbesteding van de medisch specialist per zorgproduct/activiteit. De best beschikbare informatie daarvoor zijn de van toepassing zijnde normtijden, die worden onderhouden door de betreffende wetenschappelijke verenigingen. Momenteel worden niet voor iedere kostprijsberekening de standaard normtijden van de specialismen gehanteerd, wat leidt tot interpretatieverschillen wanneer de kostprijzen ziekenhuis overstijgend vergeleken worden. Het correct berekenen van kostprijzen per zorgproduct of -activiteit is niet eenvoudig, daarom wordt er vaak met (kostprijs)modellen van specifieke leveranciers op dit gebied gewerkt. Wanneer de kostprijzen met dit soort modellen berekend worden, is de inrichting en ingebruikname daarvan in het eerste jaar tijdrovend, maar is dit vervolgens jaarlijks makkelijker te onderhouden en te analyseren.

Naast de verplichting tot het aanleveren van kostprijzen aan de NZa, heeft het ook intrinsieke voordelen om jaarlijks (de eigen) kostprijzen te bepalen. Bijvoorbeeld het beter kunnen onderbouwen van de onderhandelingen met zorgverzekeraars en/of het analyseren en identificeren van producten met te veel onderdekking ('bleeders') of overdekking ('feeders'). Bij inrichting van goede kostprijsmodellen in de ziekenhuizen is de verwachting dat de verschillen in kostprijzen tussen de zorginstellingen voor dezelfde zorgproducten dan kleiner zullen worden en daarmee ook de tariefstelling. Hierbij kan dan beter (lokaal) onderbouwd worden dat de kostprijzen correct berekend zijn. Natuurlijk kunnen verschillen in tariefstelling deels ook voortkomen uit onderhandelingen met zorgverzekeraars, maar een goede kostprijsberekening en -onderbouwing blijft essentieel. Bovendien kan een goed opgezet en ingericht kostprijsmodel inzichtelijk maken wat de effecten zijn van het (steeds meer) uitfasen van laagcomplexere zorg uit het ziekenhuis: de verschuivingen in de gemiddelde zorgprofielen (casemix) naar meer complexere zorg zullen effect hebben op de kostprijzen. Daarmee wordt het mogelijk om aan te tonen dat de profielen van zorgproducten (zorgprofielen) bij deze transitie dusdanig gewijzigd zijn dat het nodig is om nieuwe tarieven af te spreken. Het is uiteraard aan het ziekenhuismanagement om dit goed in te richten en te onderhouden, maar zowel het ziekenhuis als de medisch specialist zijn hierin belanghebbend: ook hier is gelijkgerichtheid aan de orde. Gebalanceerde kostprijzen, normtijden en -tarieven, passend bij de betreffende zorgproducten, zijn belangrijk voor het leveren van passende zorg omdat conservatieve of operatieve/interventiebehandelingen dan ook beter in balans zullen zijn.

Afspraken met zorgverzekeraars

- Congruentie in de afspraken die zorgverzekeraars met zorginstelling maken t.o.v. de interne afspraken tussen de zorginstelling en (gremia) van medisch specialisten is belangrijk.
- Het is van belang dat in de (jaarlijkse) in- en verkoop overleggen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars de totale overeengekomen budgetafspraken naar verwachting kostendekkend zullen zijn voor het totaal aan afgesproken zorgverleningsactiviteiten. Hierbij moet sprake zijn van realistische declarabele tarieven voor de zorgproducten/activiteiten in verhouding met de ziekenhuiskostprijzen. Hierbij wordt ook rekening gehouden met casemix wijzigingen (in de tijd) en de impact van zorgtransformatieplannen.
- Zorgverzekeraars geven aan dat investeringen m.b.t. het opstarten van andere zorgvormen, in principe niet uit zorgtarieven kunnen worden bekostigd. Hiervoor moeten dan bijv. transformatiebudgetten worden aangesproken (mits deze middelen nog beschikbaar zijn)

Afspraken binnen gremia en (benchmark) verdeelsystematiek

- De medisch-specialistische zorgprofessional krijgt een passende honorering voor het tijdsbeslag voor de andere vormen van het leveren van zorg.
- Stimuleren van passende zorg middels shared savings-afspraken en afspraken over juiste zorg op de juiste plek en passende zorg-initiatieven en het meenemen hiervan in het vigerende (benchmark)verdeelsysteem/-model.
- Opnemen van zorgevaluatie en gepast gebruik en dergelijke initiatieven wat betreft shared savings binnen het (benchmark)verdeelsysteem/-model. Hiervoor is een capaciteitsbegrotingsmodel heel geschikt.

Afspraken op lokaal en/of landelijk niveau

- Het bevorderen en beschikbaar stellen van budget voor het lokaal en landelijk onderzoek naar passende zorg (zorgevaluatie en gepast gebruik initiatieven, breed beschikbaar maken van spiegelinformatie, vergelijking van verschillende soorten behandelingen).

ANDERE ZAKEN VAN BELANG VOOR ONDERSTEUNING BIJ HET KUNNEN LEVEREN VAN PASSENDE ZORG DOOR DE MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORGPROFESSIONAL

Naast de hierboven genoemde randvoorwaarden zijn er nog meerdere aspecten die bijdragen aan het zo optimaal mogelijk kunnen leveren van passende zorg door de medisch-specialistische zorgprofessional. Deze aspecten worden verder niet inhoudelijk uitgewerkt maar zijn van belang om te benoemen als onderdeel van het geheel aan randvoorwaarden en vereisten die nodig zijn voor de beweging naar passende zorg.

- Aandacht voor werkomstandigheden, gezond en veilig werken en daarmee aandacht voor langdurige inzetbaarheid van de zorgprofessional.
- Terugdringen van administratieve lasten in algemene zin en specifiek voor de medisch specialist.
- Betrouwbare, gebruiksvriendelijke en geautomatiseerde gegevensuitwisseling tussen de lijnen en zorginstellingen blijft nog steeds achter. Hierin moet nog wel (extra) effort worden gestoken door overheid en his-/epd-leveranciers.
- Aandacht in alle opleidingen in de zorg voor (het leveren van) passende zorg en de daarmee samenhangende samen beslissen-gesprekken. Zorgverleners moeten hierin specifiek worden geschoold en begeleid. Conform de handreiking die hiervoor wordt gedaan in de [Contourennota voor beroepsprofiel Medisch Specialist](#) m.b.t. het nieuwe [Opleiden 2025](#) (met deelprojecten).

BELEMMERINGEN DOOR OVERIGE OMSTANDIGHEDEN

Passende zorg kan belemmerd worden door overige omstandigheden waar de medisch-specialistische zorgprofessional (en ook de huisarts) niet altijd invloed op heeft. Zoals bijvoorbeeld (dit sluit aan op bovengenoemde zaken):

- De alsmaar stijgende zorgvraag waarbij ook hulpvragen buiten het medisch domein zoals sociale en economische problemen steeds vaker lijken te leiden tot verwijzing naar het medisch domein (zowel in de eerste als tweede lijn) met hulpvragen die daar niet kunnen worden en moeten opgelost. Dit vergt actie en beleid van politiek zowel als van centrale en lokale overheden.
- Die stijging van zorgvraag is ook zichtbaar in de forse en toenemende aanmelding (telefonisch en fysiek) van patiënten met niet-spoedeisende klachten bij de hap en de vaak (te) laagdrempelige melding op eigen initiatief of via verwijzing van patiënten met niet-spoedeisende problematiek naar seh's in (met name) de anw-diensten.
- De 'verkeerde bed problematiek'. Tot wel 10-15% van bedbezetting in ziekenhuizen wordt veroorzaakt door onvoldoende en te trage doorstroming van patiënten vanuit het ziekenhuis naar verzorgingstehuizen, revalidatiecentra en de vvt (op werkdagen, maar nog sterker in de anw-diensten).
- Toenemende tekorten aan ondersteunend personeel, mede daardoor lange wachttijden voor electieve zorg.
- Vertraging in diagnostiekuitslagen en behandelingen vanwege bijv. ict-issues of personeelsgebrek.
- Een passende behandeling incorporeren in het zorgpad en in het ziekenhuis kan extra (investerings)kosten met zich meebrengen en de huidige vergoedingssystematiek kan hier ontoereikend voor zijn.
- Het ontbreken van regiofinanciering om vanuit een regionaal ziekenhuis onder centrale regie taakherschikking in bijvoorbeeld de dementiezorg te doen. Zorgvragen aan zorgverleners komen geregeld voort uit niet-medische omstandigheden zoals problematiek in het sociale domein en ook hierbij is een medisch traject niet de juiste oplossing.
- De perspectieven van het (individuele) patiënten belang en het maatschappelijk belang komen niet altijd overeen. Besluiten over minder patiënten behandelen met duurdere zorg versus meer patiënten met minder dure zorg zijn voor een arts/medisch-specialistische zorgprofessional principieel niet te nemen.
- De kwetsbare positie van zorginstellingen. Zoals bovengenoemd: als opbrengsten en kosten voor een zorginstelling zich niet evenredig tot elkaar gaan verhouden terwijl de vermindering van kosten daarbij relatief achterblijft, kan een negatieve financiële spiraal ontstaan waarin het rendement afneemt. Dit leidt dan tot knelpunten t.a.v. noodzakelijk investeringen, onderhoud en modernisering, wat uiteindelijk kan leiden tot een existentieprobleem voor de zorginstelling. In die situaties is het optimaliseren van passende zorg zónder passende bekostiging een (te groot) risico voor een zorginstelling.

Toelichting op de achtergronden en noodzaak van het 24/7 organiseren van passende zorg

De instroom naar huisartsenposten (hap's) en spoedeisende hulpen (seh's) in met name avond-, nacht- en weekenddiensten (anw-diensten) is fors en toenemend. Daarbij is de zorg in de anw-diensten (op jaarbasis 6.484/8.760 uur = ca. 74% tijdsbeslag van de week) qua organisatie en bemensing duidelijk anders dan de reguliere zorg op werkdagen (op jaarbasis 2.286/8.760 uur = ca. 26% tijdsbeslag van de week). Zowel in de eerste, tweede als derde lijn is er in de anw-diensten vooral sprake van beschikbaarheid- naast beperktere aanwezigheidsdiensten. Dat is logisch, aangezien een volledige 24/7 bemensing in de zorg op personeelsgebied en financieel onhaalbaar en onnodig is. Desondanks brengt de andere organisatie en het (deels niet passend) gebruik van zorg in de anw-diensten onnodige extra kosten met zich mee, wat niet afdoende binnen de huidige doelstellingen van passende zorg valt en wat zeker deels te voorkomen is.

Ten eerste komen patiënten in de reguliere werkdagen op grotendeels ingeplande consulten bij hun eigen huisarts die hun achtergrond en gegevens kent, terwijl het in de anw-diensten om ongeplande (spoed) consulten gaat, waarbij in deze diensten het aantal patiënten aanzienlijk is dat zich dan meldt met niet-urgente (en vaak al dagen bestaande) klachten, niet-medische en/of primaire verzorgingsproblematiek (deels omdat dit hen dan beter past dan overdag bij de eigen huisarts). Dit terwijl de organisatie van de zorg in alle lijnen in de anw-diensten in de basis ingesteld is op het leveren van zorg voor urgente problematiek. Een deel van deze patiënten meldt zich met deze niet-urgente, niet-msz en/of puur verzorgingsproblematiek rechtstreeks of via '112' bij de seh. De meldingen in deze diensten bij de hap worden via een (te weinig kritisch filterend) triagesysteem getrieerd naar 'direct ambulance sturen' (bij o.a. semi-acute benauwdheid, borstpijnen, buikklasten en onwelwordingen), verwijzing in overleg naar de seh of een consult op de hap (dan wel zich de volgende dag bij de eigen huisarts melden). Ook de bemensing op de hap met 1-3 huisartsen op ca. 100.000-140.000 inwoners (voorheen bij het HAGRO-diensten systeem 1 huisarts op ca. 15.000 inwoners en overdag 1 huisarts op ca. 2.500 inwoners) én de noodzakelijke bemensing van de hap met voor een groot deel zelf niet praktijkhoudende huisartsen en een nog niet altijd optimale inzage in de huisarts informatiesystemen (his) van de eigen huisarts bepalen mede een (te) laagdrempelige stroom voor triage naar de seh. Ook de thuiszorg mogelijkheden en adequate beschikbaarheid van elv (eerstelijnsverblijf) en zorgbedden in de verzorgingstehuizen in anw-diensten, voor een belangrijk deel door personele krapte, beperken directe opname daar en de uitstroom uit ziekenhuizen in die perioden.

De combinatie van deze factoren leidt tot onnodige belasting en vastlopen van hap's, seh's en klinische ziekenhuisafdelingen. Hierin kan sterke verbetering bereikt worden door een beter, gecoördineerd en 'strenger' triagesysteem aan de poort met betere digitale gegevensuitwisseling binnen en tussen de lijnen, zoals kan met het inrichten van zorgcoördinatiecentra (zcc's) en door het verder optimaliseren van de al sterk verbeterde samenwerking tussen hap's, seh's (bijvoorbeeld door het kunnen registreren en declareren hap-seh-consulten), thuiszorgorganisaties en specialisten ouderengeneeskunde. Om hierin echt stappen te kunnen maken is facilitering en ondersteuning van de eerste lijn/huisartsen zowel als de vvt essentieel. Dit betreft o.a. afdoende bemensing, meer tijd voor de patiënt, digitale consult-zorgprestaties in het zorgnetwerk etc. Dit maakt het mogelijk om genoemde inperking van instroom naar respectievelijk versnelling van uitstroom uit de medisch-specialistische zorg te kunnen realiseren: 24/7 en niet alleen op de reguliere werkdagen. Dit geeft dan zowel personele als financiële ruimte in het ziekenhuis, die op andere wijze en efficiënter ingezet kan worden (net zoals dat geldt voor de verschuiving/beweging van klinisch naar dagbehandeling naar poliklinisch). Daarnaast kunnen campagnes voor meer awareness in de bevolking over wat een hap- en/of seh-bezoek en ziekenhuisopname in werkelijkheid kost mogelijk helpen. Het doel hiervan is dat mensen bij minder urgente problematiek niet naar de hap of seh gaan, maar op werkdagen naar de eigen huisarts. Dit alles om niet alleen op reguliere werkdagen, maar 24/7 (ook in de anw-diensten) passende zorg te kunnen leveren.

ENKELE VOORBEELDEN VAN HET LEVEREN VAN PASSENDE ZORG (NIET VOLLEDIG/UITPUTTEND)

▪ Intensieve Samenwerkings Afdeling (JBZ)

Hier worden patiënten met multimorbiditeit die moeten worden opgenomen en die verschillende specialismen tegelijk nodig hebben en vaak tussen wal en schip vallen, op één afdeling opgenomen. De ziekenhuisarts voert daar de dagelijkse regie en elke ochtend zitten vier medisch specialisten (een geriater, internist, longarts en cardioloog) bij elkaar om gezamenlijk beleid te maken voor deze complexe patiënten. Dit zorgt voor een gemiddelde verkorting van de opnameduur met twee dagen, leidt tot 50% minder consulten en een goede patiënttevredenheid.

▪ Samen beslissen rondom wel/niet dialyseren bij patiënten > 70 jaar

Bij deze patiëntengroep is er bij dialyseren beperkte gezondheidswinst in overleving en geen verschil in kwaliteit van leven. Bij zorgverleners in een aantal ziekenhuizen die hierover samen met de patiënt beslissen (zoals in het JBZ) wordt er significant minder gedialyseerd (tot 25%). Dat is ook de zorgverzekeraar opgevallen. (<https://www.ntvg.nl/artikelen/conservatieve-therapie-bij-nierfalen>).

▪ Samen beslissen met oudere patiënten met kwetsbare gezondheid en bij een gebroken heup

De Frail Hip Studie, waarin als alternatief voor operatief ingrijpen een conservatieve keuze in samen beslissen-vorm wordt geboden aan de patiënt (en familie) met daarbij een goede kwaliteit van leven/sterven. Bij dit toepassen in ziekenhuizen leidt dit tot een keuze voor niet-operatieve behandeling in 10% van de gevallen.

▪ Samen beslissen rondom diverse ingrijpende operaties/therapieën

Zoals TAVI, darmoperaties, chemo. Vaak is er voor de ouderen met een kwetsbare gezondheid een geriatrisch (poli) consult nodig om alle risico's en veerkracht van de patiënt goed in kaart te brengen. Aan de hand hiervan wordt samen met de patiënt een afweging gemaakt die aansluit bij de voorkeuren, behoeften en omstandigheden van de patiënt en zorgt voor doelmatiger inzet van deze behandelingen. Hierbij wordt in samenspraak met patiënt en familie geregeld besloten geen risico- en impactvolle behandeling meer in te zetten.

▪ De (door de anesthesiologie ontwikkelde) inzet van de Post Anesthesia Care Unit (PACU) en de digitale preoperatieve screening (mede door de COVID-19 crisis heeft dit een enorme boost gekregen).

▪ Thuismonitoring van bijv. chronisch hartfalen en longproblematiek (zoals COVID). Destijds is in de grootste (eerste) COVID-piek de hoeveelheid patiënten van twee afdelingen aan COVID-patiënten met O2 thuis behandeld bij een groot STZ ziekenhuis.

▪ Leefstijloket waar patiënten uit het ziekenhuis naar toe kunnen, die door hun leefstijl (risico op) bepaalde aandoeningen hebben en waarvoor zij in het ziekenhuis bekend zijn. Bij dit Leefstijloket wordt voor iedere patiënt/cliënt de leefstijl in kaart gebracht en direct een passend actieplan gemaakt met zowel verwijzingen naar de eerste lijn én het sociale domein (welzijn).

▪ Fit 4 surgery/prehabilitatie bij bijvoorbeeld coloncarcinoom en heupoperaties

Optimaliseren met vooraf aan de operatie begeleide beweging, voeding en zo nodig een geriatrisch consult (medicatiereview, risico op delier verkleinen). Dit leidt tot een kortere opnameduur van gemiddeld 1 dag (bij al een gemiddeld korte opnameduur), 30% minder complicaties en minder heropnames.

▪ Antibiotica en chemo via infuus thuis

Dit betekent dat er geen opname of dagbehandeling nodig is.

▪ IBD-Coach. Waarin de chronische ziektebeelden Colitis Ulcerosa en ziekte van Crohn op afstand en met (tele) begeleiding worden gemonitord, waardoor exacerbaties op tijd kunnen worden gesignaleerd en waarmee een afname van polibezoeken en opnames wordt bereikt.

▪ NVVC Connect programma's voor hartfalen, boezemfibrilleren, pijn op de borst en follow up na acuut coronair syndroom

Regionale netwerkprogramma's rond de patiënt met deze aandoeningen o.b.v. een landelijk programma met ondersteuning, waarbij juiste zorg op de juiste plek wordt verleend in samenwerking tussen cardiologen, huisartsen en (deels) wijkzorg (vvt). Hierbij wordt behandeld volgens landelijke transmurale afspraken (lta's) die omgezet zijn naar regionale transmurale afspraken (rta's) en worden regionaal de behandel- en diagnostiekafspraken uitgevoerd.

▪ Pre-hospitale triage bij acuut hartinfarct

Jaren geleden voor het acute hartinfarct ingevoerd, waarbij door en in de ambulance en bij mensen thuis met pijn op de borst een hartfilmpje (ECG) wordt gemaakt, wat door de cardioloog in een dotter/hartoperatie interventiecentrum (op afstand) wordt beoordeeld.

Deze patiënten gingen voorheen eerst naar de spoedeisende hulp (seh) of eerste harthulp (ehh) van een algemeen ziekenhuis en daarna eventueel door naar een dotter-/hartoperatie interventiecentrum in de regio. De patiënten kunnen nu rechtstreeks naar het cardiologie-interventiecentrum als het ecg daartoe aanleiding geeft. Deze pre-hospitale triage gebeurt frequent en leidt tot dagelijks meerdere directe verwijzingen van patiënten zowel overdag als in de nacht naar elk cardiologisch interventiecentrum in Nederland. Dit vermindert niet alleen vele ambulanceritten en seh/ehh-bezoeken (alleen al om die reden doelmatig en kosteneffectief), maar heeft ook door significant kortere tijd tussen klachten en (dotter of operatieve) behandeling, geleid tot sterke reductie in aantal en de uitgebreidheid van hartinfarcten, sterke ligduur-verkorting na behandeling en een enorme winst in morbiditeit en mortaliteit.

▪ **Het doen van triage van verwijzingen door de medisch specialist**

Door alle verwijzingen door een medisch specialist te laten triëren, en niet door ondersteunend personeel, is het mogelijk om ongeveer 5% van de verwijzingen naar de tweede lijn te voorkomen. Dit is echter zeer tijdsintensief waarbij er immers twintig verwijzingen moeten worden getrieerd om één verwijzing van een patiënt in de tweede lijn te voorkomen, maar kan ook leiden tot gerichtere diagnostieaanvragen, en is een vorm van passende zorg.

BIJLAGE 4

Samenstelling commissie Verdeelmodel (en normtijden) en werkgroep voorbereiding handreiking Implementatie Passende Zorg

COMMISSIE VERDEELMODEL EN NORMTIJDEN – SAMENSTELLING

- M.R. (Marcel) van der Linde (voorzitter), cardioloog, NVVC
- J.H. (Jeroen) Becker, gynaecoloog, NVOG
- J.L.W. (Hans) Bosboom, neuroloog, NVN
- P.C. (Peter) de Bruin, patholoog, NVVP
- E. (Esther) Cornegé-Blokland, klinisch geriater, NVKG
- M. (Mihaela) Gamala, reumatoloog, NVR
- H.P. (Hans) Grotjohan, longarts, NVALT
- I.W.J.M. (Irene) van der Horst, NVvR
- S.J. (Bas) Huisman, internist, NIV
- J.W. (Jan Willem) Kallewaard, anesthesioloog, NVA
- B.K. (Bin) Kroon, uroloog, NVU
- P. (Paul) de Laat, kinderarts, NVK
- I.L.A. (Irene) van Liempt, oogarts, NOG
- H. J. (Hubert) Oostenbroek, orthopedisch chirurg, NOV
- R.F. (Rutger) Plantinga, KNO arts, NVKNO
- S.M.H.B. (Saskia) de Pont, kinderarts, NVK
- W.O.A. (Wout) Rohof, MDL arts, NVMDL
- M. (Marco) Waleboer, chirurg, NVvH
- D.B.D.L.D. (Daphne) Huskens, jurist Kennis-en dienstverleningscentrum, Federatie Medisch Specialisten
- A.C. (Anne-Claire) van Harderwijk, senior adviseur Federatie Medisch Specialisten

WERKGROEP VOORBEREIDING HANDREIKING IMPLEMENTATIE PASSENDE ZORG – SAMENSTELLING

- M.R. (Marcel) van der Linde (voorzitter), cardioloog, NVVC
- J.H. (Jeroen) Becker, gynaecoloog, NVOG
- P.C. (Peter) de Bruin, patholoog, NVVP
- E. (Esther) Cornegé-Blokland, klinisch geriater, NVKG
- I.W.J.M. (Irene) van der Horst, NVvR
- S.J. (Bas) Huisman, internist, NIV
- J.W. (Jan Willem) Kallewaard, anesthesioloog, NVA
- P. (Paul) de Laat, kinderarts, NVK
- I.L.A. (Irene) van Liempt, oogarts, NOG
- M. (Marco) Waleboer, chirurg, NVvH
- D.B.D.L.D. (Daphne) Huskens, jurist Kennis-en dienstverleningscentrum, Federatie Medisch Specialisten
- A.C.M. (Anne-Claire) van Harderwijk, senior adviseur Federatie Medisch Specialisten

MET INHOUDELIJK ADVIES VAN:

- K.S. (Katrien) Hendriks, directeur Academie Medisch Specialisten
- E.-J. (Erik-Jan) Hemmer, msb-adviseur, HEMMER praktijkadvies & interimdiensten
- B.Ph.E. (Boldewijn) Noordveld, msb-adviseur/-bestuurder, De ZorgConsultants
- W. (Wim) Ratering, msb-adviseur, Ratering MEDadvies
- M.A.M. (Marieke) Bolt-Broeders RC, Programmamanager Financiën, Medisch Specialistisch Bedrijf Midden-Brabant
- S. (Steven) Dreviers, msb-adviseur, partner en adviseur gzicht

De commissie Verdeelmodel en normtijden is (sinds 2015) ingesteld door het bestuur van de Federatie Medisch Specialisten om het Federatiebestuur te adviseren over specialisme-overstijgende vraagstukken op en gerelateerd aan verdeelsystematiek en normtijden en in relatie tot landelijke ontwikkelingen. Deze commissie bestaat uit vertegenwoordigende leden van de wetenschappelijke verenigingen met daarin dienstverband en vrijgevestigde medisch specialisten. De commissie wordt technisch en rekenkundig ondersteund door LOGEX op het terrein van het LOGEX verdeelmodel. De bovenstaande werkgroep heeft een concept handreiking Implementatie Passende zorg opgesteld die is besproken in en aangepast via de brede commissie Verdeelmodel en normtijden en met inhoudelijk advies van bovengenoemde externe adviseurs. Daarbij is deze handreiking tijdens dit proces tegengelezen door diverse beleidsadviseurs van het Federatiebureau van zowel beroepsbelangen als kwaliteit en voorts door leden van het Management Team van de Federatie. Daarnaast is de feedback verwerkt van de Raad Beroepsbelangen en van vertegenwoordiging vanuit de Collectieven. Tenslotte is deze handreiking vastgesteld door het Federatiebestuur op 7 juli 2023.

Bezoekadres:

Federatie Medisch Specialisten
Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht

Postadres:

Postbus 20057
3502 LB Utrecht

www.demedischspecialist.nl



Federatie
**Medisch
Specialisten**