
Passende organisatievormen voor planbare zorg

*Verkenningen en
maatschappelijke impact*

Eindrapportage voor Zelfstandige Klinieken Nederland

Mei 2025

Voorwoord



Marcel Otten

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



Ab Klink

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



Rutger Koning

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



Max van der Sijp

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



Sander Visser

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

PricewaterhouseCoopers Advisory N.V.

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

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

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

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

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

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

Over dit rapport

Reikwijdte



Beperkt

Uitgebreid

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

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

Beschikbaarheid en kwaliteit van informatie



Beperkt

Uitgebreid

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

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

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

Uitgangspunt voor ons werk

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

Toegang tot ons rapport

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

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

Overige opmerkingen

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

Samenvatting (1/5)

Introductie

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

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

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

Onderzoeksverantwoording

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

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

Focusklinieken hebben organisatorisch voordeel ten opzichte van ziekenhuizen

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

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

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

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

Samenvatting (2/5)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Samenvatting (3/5)

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

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

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

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

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

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

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

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

Samenvatting (4/5)

Opgave voor ZKN

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

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

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

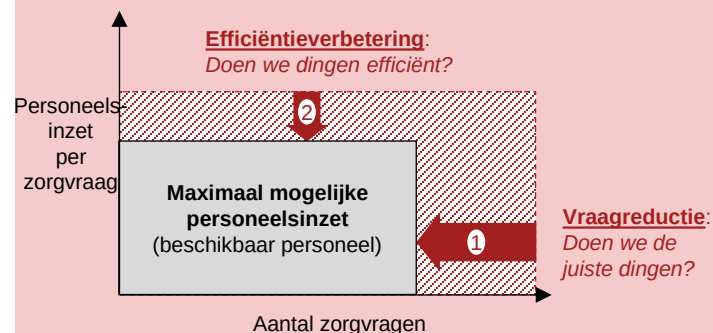
Er is flankerend beleid nodig om tot een bredere herschikking van het zorglandschap te komen en deze beweging maatschappelijk te laten renderen.

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

Samenvatting (5/5)

1

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



2

Perspectief: Passende én efficiënte zorg vereist passende organisatiemodellen en bekostiging

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

3

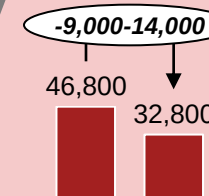
Potentieel: Focusklinieken kunnen personeelstekort met 9.000-14.000 verminderen

€2,8 Mld zorgvolume

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

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

Impact op personeelstekort in 2033
(MSZ, # mdw)



4

Klinieken: Agenda op passende zorg

Efficiëntie



Passende zorg

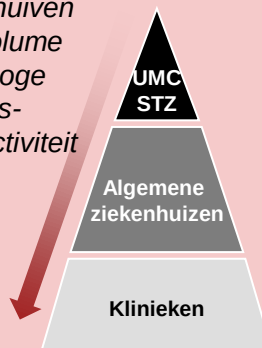
Zonder inzet op passende zorg leidt de extra efficiëntie al snel tot 'supply induced demand'

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

5

Stelsel: Herschikken van volumes en het zorglandschap

Verschuiven van volume naar hoge arbeidsproductiviteit



Herschikken om schaaluitdagingen bij ziekenhuizen te adresseren

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

6

Operationalisatie: Praktische aanbevelingen voor ZKN, overheid en verzekeraars

ZKN: bijdrage leveren aan regionale transformatietafels

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

Overheid en verzekeraars: stimuleren van passende organisatievormen en passende bekostiging

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