strategy&
Part of the PwC network

Onderzoek naar de uniformering van inkoop- en verantwoordingseisen in de Zvw

Eindrapportage

Juli 2022



Disclaimer

Dit rapport wordt u aangeboden vanuit PricewaterhouseCoopers Advisory N.V. Het betreft dus geen rapport opgesteld door of onder verantwoordelijkheid van accountants of daarmee gelijk te stellen personen.

PwC Strategy& heeft zich bij het opstellen van het dit Rapport (mede) gebaseerd op documenten en informatie zoals PwC Strategy& die van verschillende partijen heeft ontvangen (hierna: 'Informatie van Derden'). PwC Strategy& heeft de Informatie van Derden gebruikt met de aanname dat deze informatie juist, volledig en niet misleidend is. De betrouwbaarheid van de Informatie van Derden is door PwC Strategy& niet geverifieerd of vastgesteld. PwC Strategy& heeft geen accountantscontrole uitgevoerd met betrekking tot de Informatie van Derden, noch een beoordeling gericht op het vaststellen van volledigheid en juistheid daarvan conform internationale audit- of reviewstandaarden. PwC Strategy& verstrekt geen enkele expliciete of impliciete verklaring of garantie ten aanzien van de juistheid of volledigheid van de Informatie van Derden of de daaraan gerelateerde referenties in dit Rapport.

PwC Strategy& heeft het rapport uitsluitend opgesteld voor het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ('VWS') als opdrachtgever, in overeenstemming met de opdrachtbevestiging. PwC Strategy& accepteert richting geen enkele andere partij aansprakelijkheid of zorgplicht op basis van de inhoud van dit rapport. Het Ministerie van VWS vrijwaart PwC Strategy& te allen tijde tegen vordering van derden die voortvloeien uit of samenhangen met de verrichte werkzaamheden in relatie tot het Ministerie van VWS, behoudens indien en voor zover sprake is van opzet of bewuste roekeloosheid van PwC Strategy&.

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

strategy&
Part of the PwC network



Sander Visser is partner bij PwC Strategy&. Sander geeft leiding aan de dienstverlening van PwC Strategy& in Nederland, en aan de internationale zorgpraktijk van PwC in Europa.

E-mail: sander.visser@strategyand.nl.pwc.com



Robert Steemers is director bij PwC Strategy&. Robert zicht richt in zijn advieswerk op strategieontwikkeling en transformaties in de gezondheidszorg.

E-mail: robert.steemers@strategyand.nl.pwc.com



Brecht Gijsbertsen is director bij PwC Strategy&. Brecht richt zich in haar advieswerk op strategie- en doelmatigheidsvraagstukken in de publieke sector.

E-mail: brecht.gijsbertsen@strategyand.nl.pwc.com



Michelle van Meer is senior associate bij PwC Strategy&. Michelle richt zich in haar advieswerk op strategieontwikkeling in de publieke sector.

E-mail: michelle.van.meer@strategyand.nl.pwc.com

Voor u ligt de concept eindrapportage van het onderzoek naar de uniformering van de inkoop- en verantwoordingseisen (I&V-eisen) in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het onderzoek is door PwC Strategy& uitgevoerd in de periode november 2021 tot en met juni 2022 in opdrachtgeverschap van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Administratieve druk blijft een hardnekkige klacht in de zorg en een belangrijke bron van onvrede onder zorgpersoneel. Een deel van de administratieve druk komt voort uit I&V-eisen. Deze eisen leiden tot werklast en irritaties, en kunnen dus leiden tot inefficiënte inzet van het toch al schaarse zorgpersoneel. Alleen daarom al is de vraagstelling van VWS belangrijk. Maar, naast de personele overwegingen, is er ook een financiële taakstelling opgenomen in de Rijksbegroting. Bij de start van het onderzoek was een taakstelling van €50 mln in 2023 en aanvullend €50 mln in 2024 voorzien. In het meerjarenkader van het coalitieakkoord is per 2024 een totaal besparing van €130 mln voorzien.

Het onderzoek toont aan dat het verlagen van de administratieve lasten realiseerbaar is. De maatregelen vergen wel een stevige inzet van de sectoren en toezichthoudende organisaties. Het oordeel over welke maatregel prioriteit krijgt boven de andere is afhankelijk van meerdere doelstellingen die VWS met de sectoren heeft. Finale oordelen daarover zijn derhalve aan VWS, en niet aan ons als onderzoekers.

Wij hebben in het onderzoek kunnen leunen op de constructief kritische samenwerking met koepels en organisaties in begeleidingscommissies en klankbordgroepen. Wij zijn de verschillende deelnemers zeer erkentelijk dat ze, midden in een toch al hectische COVID periode, de tijd hebben genomen om op onze aanpak en onze concepten te reageren, onze vragen te beantwoorden en hun inzichten met ons te delen. De conclusies blijven uiteraard voor onze rekening.

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

Uitgebreide inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)
2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)
3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)
3.1 Aanleiding, vraagstelling en doel
3.2 Onderzoeksaanpak op hoofdlijnen
4. MSZ (p. 34 – 86)
4.1 Menukaart van maatregelen ter reductie administratieve lasten
4.2 Onderzoeksaanpak om tot maatregelen te komen
4.3 Verschillenanalyse van I&V-eisen en geïdentificeerde aanknopingspunten
4.3.1 Overheid
4.3.2 Zorgverzekeraars
4.3.3 Kwaliteitsregistraties
5. GGZ (p. 87 – 103)
5.1 Menukaart van maatregelen ter reductie administratieve lasten
5.2 Onderzoeksaanpak om tot maatregelen te komen
5.3 Verschillenanalyse van I&V-eisen en geïdentificeerde aanknopingspunten
6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)
6.1 Menukaart(en) van maatregelen ter reductie administratieve lasten
6.1.1 Menukaart wijkverpleging
6.1.2 Menukaart farmacie
6.1.3 Menukaart fysiotherapie
6.1.4 Menukaart Hulpmiddelen
6.2 Onderzoeksaanpak om tot maatregelen te komen
6.3 Verschillenanalyse van I&V-eisen en geïdentificeerde aanknopingspunten
6.3.1 Wijkverpleging – contractering
6.3.2 Farmacie – contractering
6.3.3 Fysiotherapie – contractering
6.3.4 Huisartsenzorg – contractering
6.3.5 Materiële controles
6.3.6 Hulpmiddelen
7. Appendix (p. 189 – 274)
7.1 Indeling mededingingsrechtelijke evaluatie
7.2 Appendix MSZ
7.2.1 Voorzet categorisering van de contractelementen
7.2.2 Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel
7.3 Appendix GGZ – voorzet categorisering van de contractelementen
7.4 Appendix wijkverpleging
7.4.1 Voorzet categorisering van de contractelementen
7.4.2 Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel
7.5 Appendix farmacie
7.5.1 Voorzet categorisering van de contractelementen
7.5.2 Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel
7.6 Appendix fysiotherapie
7.6.1 Voorzet categorisering van de contractelementen
7.6.2 Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel
7.7 Appendix hulpmiddelen – uitwerking van de budgettaire impact per maatregel

Leeswijzer

Hoofdstuk	Onderwerp(en)	Leesadvies	Sectoren waarvoor het hoofdstuk relevant is					
			MSZ	GGZ	Wijk	Farmacie	Fysio	Huisarts
1	Samenvatting	Hanteren als startpunt van lezing onderzoek	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen	Lezen bij interesse in de verhouding van de impact t.o.v. de doelstelling en andere sectoren	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	Context, doelstelling, scope en onderzoeksaanpak op hoofdlijnen	Lezen bij interesse in de bredere context van en aanpak binnen het onderzoek	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4	Menukaart van maatregelen ter reductie administratieve lasten, de onderzoeksaanpak en de verschillenanalyse van de huidige I&V-eisen in de MSZ	4.1: lezen bij interesse in de uitkomsten van het onderzoek voor de MSZ 4.2 en 4.3: gebruiken als naslagwerk	✓					
5	Menukaart van maatregelen ter reductie administratieve lasten, de onderzoeksaanpak en de verschillenanalyse van de huidige I&V-eisen in de GGZ	5.1: lezen bij interesse in de uitkomsten van het onderzoek voor de GGZ 5.2 en 5.3: gebruiken als naslagwerk		✓				
6	Menukaart van maatregelen ter reductie administratieve lasten, de onderzoeksaanpak en de verschillenanalyse van de huidige I&V-eisen in de eerstelijnssectoren (incl. hulpmiddelen, ook in de MSZ)	6.1: lezen bij interesse in de uitkomsten van het onderzoek voor de eerste lijn (of één van de paragrafen bij interesse voor één specifieke eerstelijnssector) 6.2 en 6.3: gebruiken als naslagwerk			✓	✓	✓	✓
7	**Appendix**: • Voorzet categorisering van contract-elementen tussen zorgverzekeraar en aanbieder • Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel	Gebruiken als naslagweg	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)

2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)

3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)

4. MSZ (p. 34 – 86)

5. GGZ (p. 87 – 103)

6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)

7. Appendix (p. 189 – 274)

Samenvatting (1/12)

Introductie van de onderzoeksvraag

De Nederlandse gezondheidszorg komt steevast goed uit de bus in internationale onderzoeken. Patiënten hebben goede toegang tot een hoge kwaliteit zorg. Dat resultaat wordt gehaald door het samenspel van zorgprofessionals, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en toezichthoudende organisaties. Ondanks goede resultaten blijft er veel te winnen. Werkdruk van zorgpersoneel verlichten staat hoog op de beleidsagenda.

De administratieve druk blijft een hardnekkige klacht in de zorg en een belangrijke bron van onvrede onder zorgpersoneel. Al lang wordt geprobeerd de administratieve druk op het zorgpersoneel te verminderen. Het programma [Ont]Regel de Zorg heeft belangrijke resultaten opgeleverd. Er zijn ook al veel onderzoeken gedaan naar de oorzaken en klachten van administratieve druk, zoals bijvoorbeeld de Merkbaarheidsscan [Ont]Regel de Zorg en het rapport Keuzekamp over ‘regie op kwaliteitsregistraties en verbetering van data governance’. Het voorliggende onderzoek constateert echter dat er desondanks nog weinig overzicht is van en weinig zicht op de oorzaken van administratieve druk.

Dit rapport gaat in op de mogelijkheden om administratieve lasten te verlagen door het uniformeren van Inkoop- en Verantwoordings-eisen (I&V) in de Zorgverzekeringswet (Zvw). De onderzoeksvraag die het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft gesteld is: *Op grond van welke concrete uniformeringsmaatregelen op uitvragen kan de regeldruk in de Zvw verminderd worden, opdat de administratieve irritaties verder verminderd kunnen worden en de taakstelling gedegen ingevuld kan worden?*

Bij de start van het onderzoek was een taakstelling van €50 mln in 2023 en aanvullend €50 mln in 2024 voorzien. In het meerjarenkader van het coalitieakkoord is per 2024 een totaalbesparing van €130 mln voorzien.

De I&V-eisen worden gesteld door verschillende ‘onderdelen’ in het zorgveld: zorgverzekeraars, overheid (inclusief toezichthouders), beroeps- en wetenschappelijke verenigingen en organisaties die kwaliteitsregistraties beheren en/of kwaliteitscertificering en -accreditaties uitvoeren. Voorliggend onderzoek richt zich op de Zvw-sectoren: Medisch Specialistische Zorg (MSZ), Geestelijke Gezondheidzorg (GGZ), Huisartsenzorg, Wijkverpleging, Fysiotherapie en Farmacie. Voor sectoren die ook te maken hebben met de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Jeugdwet en/of de Wet forensische zorg (Wfz), zijn alleen de I&V-eisen behorende bij de Zvw-zorg in scope.

De vraag naar het uniformeren van I&V-eisen van Zvw-zorg betekent dat een beperkt deel van de totale administratieve lasten in de zorg in scope van het onderzoek is. Voordeel van de scope is dat het onderzoeksteam diepgravend naar juist deze specifieke administratieve lasten heeft kunnen kijken. Deze diepgang is ook nodig gebleken om te kunnen komen tot concrete voorstellen tot maatregelen.

Samenvatting (2/12)

Nadeel is dat de voorgestelde maatregelen voor de zorgprofessionals maar voor een klein gedeelte soelaas bieden. Het onderzoeksteam is van mening dat eenzelfde werkwijze ook effectief kan zijn voor andere bronnen van administratieve lasten en/of maatregelen om deze op te lossen. Dan zal de positieve impact op zorgprofessionals vanzelfsprekend ook groter zijn.

Een onderzoek naar het uniformeren van I&V-eisen komt vanuit de invalshoek van administratieve lasten en daarmee samenhangende kosten en werkdruk. Maar I&V-eisen zijn ook nodig voor het functioneren van het Nederlandse zorgstelsel. Het onderzoeksteam begrijpt de wens deze lasten te reduceren, maar hecht er ook aan te wijzen op de maatschappelijk relevante functie die gevarieerde I&V-eisen kunnen vervullen in de praktijk. Dat moet meegewogen worden bij het reduceren/schrappen/uniformeren van I&V-eisen. Voorts bleek dat uniformeren niet altijd mogelijk is, bijvoorbeeld omdat de mededingingswetgeving er geen ruimte voor biedt.

De wens om administratieve lasten te beperken, wordt op zichzelf breed gedragen. De onderzoekers constateren dat het draagvlak beduidend minder wordt naarmate besparingsdoelstellingen in beeld komen. Het risico is dat dit vervolgens mogelijkheden blokkeert om professionals te ontlasten van administratieve taken, in deze tijd van vaak nijpende personeelskrapte.

Met dit onderzoek is, ook bij nieuwe analyses, voortgebouwd op bestaande onderzoeken en op al lopende initiatieven om de problemen te adresseren.

Als deze naar het oordeel van het onderzoeksteam kunnen bijdragen aan de taakstelling, zijn ze daarom ook onderdeel van de menukaart aan maatregelen die in dit rapport wordt gepresenteerd.

Onderzoeksaanpak

Het startpunt van het onderzoek zijn de informatiestromen die door zorgverzekeraars en toezichthoudende organisaties van zorgverleners worden gevraagd. De stromen leiden tot administratieve lasten bij zorginstellingen. Ervaren administratieve lasten ontstaan vaak uit een opeenstapeling van vele kleine activiteiten. Uniformering daarvan vraagt om inzicht in een grote hoeveelheid details. In het algemeen is daar weinig overzicht van; evenmin is er zicht op de drijvers van de totale administratieve lastendruk. Door de afgebakende vraagstelling, gericht op enkel de I&V-eisen, omvat de hier geboden analyse uiteraard een klein deel van de ervaren administratieve druk van zorgpersoneel.

Dit onderzoek bekijkt informatiestromen die worden gevraagd door de overheid, zorgverzekeraars en branche- en beroepsverenigingen in de sfeer van de Zvw-zorg. Deze definitie omvat ook de kwaliteitsregistraties die worden bijgehouden bij zorginstellingen. De registraties worden primair vastgelegd om te leren en te verbeteren. De kwaliteitsregistraties zijn eveneens onderzocht omdat:
i) ‘organisaties die kwaliteitsregistraties beheren’ onderdeel zijn van de onderzoeksvraag van de opdrachtgever (het Ministerie van VWS),

Samenvatting (3/12)

ii) in de huidige situatie een deel van de registraties verplicht is via de Transparantie Kalender (TK), iii) na de invoering van de maatregelen uit het rapport Keuzenkamp alle registraties in het Register (zoals genoemd in rapport Keuzekamp) verplicht worden, en iv) de kwaliteitsregistraties door zorgprofessionals ervaren worden als (indirecte) verplichting (zoals ook uit wetenschappelijk onderzoek blijkt).

Het onderzoek kende een doorlooptijd van zeven maanden. Dit is relatief kort voor de gedetailleerde en technische materie van I&V-eisen. Om binnen de gestelde kaders een robuuste en navolgbare methodologie neer te zetten, is gekozen voor een aanpak waarin systematisch en objectief is vastgesteld waar de grootste adresseerbare ‘brokken’ van administratieve lasten – voor zover gedreven door I&V-eisen – te vinden zijn. Naast de menukaart van maatregelen is een belangrijke toegevoegde waarde van het onderzoek dat op een zeer beperkte gegevensbasis een top-down beeld is gecreëerd over de opbouw van de administratieve lasten en de mogelijkheden om deze te adresseren middels uniformering. Dit zal ook van waarde kunnen zijn voor onderzoekers die vanuit een andere invalshoek kijken naar administratieve lasten. Met het continu aanbrengen van focus op de ‘grote brokken’ zijn onvermijdelijk ook maatregelen met een potentieel tot reductie van administratieve lasten buiten zicht gebleven. Het onderzoek pretendeert niet compleet te zijn.

De gehanteerde onderzoeksaanpak kende enkele fases:

Fase 1: Vaststellen baseline administratieve lasten en focussectoren.

- Totaalbeeld administratieve lasten per sector. Op basis van eerder onderzoek is een synthese gemaakt van de mate waarin de verschillende sectoren te maken hebben met administratieve lasten.
- *Isolering impact I&V-eisen van de verschillende onderdelen.* Op basis van interviews is een beeld opgebouwd over de rol van de I&V-eisen in scope van het onderzoek in relatie tot de totale administratieve lasten. Voor huisartsen is het deel van de I&V-eisen bijvoorbeeld laag omdat veruit de meeste lastendruk voortvloeit uit het coördineren van zorg, uiteraard ook over de domeinen van de Zvw heen. Voor de MSZ is het aandeel van I&V-eisen een stuk hoger.
  Per sector is op basis van deze interviews vastgesteld welke onderdelen de belangrijkste veroorzakers lijken te zijn van administratieve lasten.
- *Identificatie van de belangrijkste informatiestromen binnen geprioriteerde onderdelen.* Het onderzoek heeft in kaart gebracht wat de grootste informatiestromen binnen de geprioriteerde onderdelen zijn.
- *Shortlist van focusgebieden.* Op basis van de bovenstaande stappen is een oordeel gevormd over welke combinaties van sectoren, onderdelen en informatiestromen het meest kansrijk zijn bij het reduceren van administratieve lastendruk.

Fase 2: Analyseren informatiestromen met aanknopingspunten voor uniformeringen binnen focusgebieden

- *Kader voor verschilanalyse.* Per focusgebied is een kader vastgesteld ten behoeve van een verschilanalyse tussen gelijksoortige vragen van

Samenvatting (4/12)

[vervolg] verschillende uitvragers. Het kader is een hulpmiddel om vast te stellen waar uniformering kan leiden tot een administratieve lastenreductie.

- *Uitvoering verschilanalyse.* Het onderzoeksteam heeft systematisch de verschillen in kaart gebracht op uitvragen met een gelijksoortige informatiebehoefte. Hiermee zijn aanknopingspunten geïdentificeerd voor maatregelen. Zo zijn bijvoorbeeld verschillen in contractvoorwaarden tussen zorgverzekeraars geïnventariseerd.
- *Voorleggen aanknopingspunten.* We hebben middels een werksessie per sector (m.u.v. MSZ en GGZ[1]) de geïdentificeerde aanknopingspunten voor vermindering van de regeldruk voorgelegd aan betrokken partijen[2].

Fase 3: Uitwerken menukaart van maatregelen ter reductie van administratieve lasten

- *Mogelijke maatregelen.* We hebben mogelijke maatregelen opgesteld voor elk van de aanknopingspunten.
- *Uitvoering van initiële juridische haalbaarheidstoets.* Het onderzoeksteam heeft een eerste analyse gemaakt welke maatregelen meer en minder kansrijk zijn vanuit het perspectief van de mededingingswetgeving. Daarbovenop wezen deelnemers er tijdens werksessies op dat enkele maatregelen kunnen schuren met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Een analyse daarvan was geen onderdeel van de juridische haalbaarheidstoets, maar is volledigheidshalve voor de desbetreffende maatregelen wel opgenomen.
- *Uitwerking mogelijke maatregelen.* Per maatregel zijn het effect op de administratieve lasten en het mogelijke verlies aan informatiewaarde aangegeven en is een actieplan uitgewerkt met bijbehorende tijdslijnen. De budgettaire impact is berekend aan de hand van een verwachte tijdsbesparing. Deze is waar mogelijk gebaseerd op onderzoeksresultaten en anders op aannames die op plausibiliteit zijn gespiegeld.
- *Evaluatie met het veld.* De maatregelen zijn in paneldiscussies geëvalueerd (m.u.v. MSZ[2]). Feedback is meegenomen in de einduitwerking van de maatregel. De uitkomsten van de rapportage zijn de verantwoordelijk van PwC Strategy&. De betrokkenheid van de partijen betekent niet dat de alle partijen ook instemmen met het besparingspotentieel van de maatregelen.

In het onderzoek is intensief gebruik gemaakt van inkoopbeleidsstukken van zorgverzekeraars, beleidsregels, jaarverslagen, inventarisaties van contracten en bestaande onderzoeken. Het onderzoeksteam heeft meer dan zeventig interviews gehouden met zorgaanbieders, branche- en koepelorganisaties en overheidsinstanties om informatiestromen te onderzoeken en maatregelen voor te leggen. Er hebben vijf werksessies plaatsgevonden (om analyse informatiestromen en aanknopingspunten voor te leggen) en vijf paneldiscussies (om eerste versies van de maatregelen voor te leggen). Vier begeleidingscommissies (BC's) bestaande uit vertegenwoordigers van de zorgverleners (koepels) en zorgverzekeraars (ZN) hebben de onderzoekvoortgang begeleid[1].

Het onderzoek kan niet putten uit een uniforme en gedetailleerde database van tijdbesteding rondom administratieve lasten. Een *acivity-based costing*-achtige

1) Het bleek voor de MSZ en GGZ niet haalbaar om op korte termijn een werksessie te organiseren.
2) Het bleek voor de MSZ niet haalbaar om op korte termijn een paneldiscussie te organiseren.
3) BC 1: alle sectoren tezamen, BC 2: aparte BC voor MSZ, GGZ en Eerstelijnssectoren, BC 3: aparte BC voor elke sector.

Samenvatting (5/12)

aanpak past uitdrukkelijk niet in de scope, en zou ook niet passend zijn geweest bij de tijdslijnen van het onderzoek. De kwantitatieve impactanalyse is daarom opgebouwd op basis van beschikbaar onderzoek en interviews. Alle aannames zijn in de bijlage geëxpliciteerd, waarbij is aangeven waarop deze zijn gebaseerd. De onderzoekers bevestigen dat met de inschattingen van de budgettaire impact onzekerheid gepaard gaat. Daarom zijn i) de aannames zo transparant mogelijk gemaakt, ii) is bij de belangrijkste aannames een range toegepast en iii) zijn de aannames conservatiever gedaan naarmate de kwantitatieve basis kleiner is.

Daarmee is in de optelsom van de maatregelen in termen van het geduide potentieel in de ogen van de onderzoekers voldoende aannemelijk. Per individuele maatregel kunnen de resultaten in de praktijk lager zijn, of juist hoger.

Totaalbeeld opbrengsten menukaart

In alle zes Zvw-sectoren zijn maatregelen geïdentificeerd die a) administratieve lasten en/of irritaties kunnen verlagen, b) de werkdruk kunnen verlagen en c) budgettaire impact hebben.

De basis van de impact is de verwachte tijdsbesparing die een maatregel oplevert en de bijbehorende personeelskosten. Het merendeel van de maatregelen levert relatief kleine besparingen in tijd op bij relatief veel mensen. Deze besparing is naar de aard niet toe te wijzen aan een aantal specifieke arbeidsplaatsen. Wel kan de benodigde *extra* inzet van nieuw personeel voor de zorg zo worden verminderd. De geïdentificeerde impact kan hierdoor worden gerealiseerd als afbuiging van het groeipad.

De maatregelen kunnen tezamen 1.600 tot 2.800 personen zorgpersoneel vrijspelen (en 200 tot 400 overig personeel). Het kan daarmee een bijdrage leveren aan het adresseren van huidige personeelstekort van ca. 48.000 personen[1].

De geschatte budgettaire impact is €57 tot €119 mln. De range is het verschil tussen de conservatieve schatting (realistisch – pessimistisch) en de progressieve inschatting (realistisch – optimistisch). De impact concentreert zich op de MSZ, de farmacie en de wijkverpleging. Voor de MSZ is dit een reflectie van de hoge totale administratieve lasten. Voor de wijkverpleging en de farmacie wordt zij vooral gedreven doordat de inkoopeisen niet alleen verantwoordingstijd vragen, maar ook direct gevolgen hebben voor de inrichting van de zorgprocessen (bijvoorbeeld rondom het inzetten van thuiszorgtechnologie).

Per maatregel is aangegeven op welke termijn resultaten haalbaar zijn. De onderzoekers wijzen erop dat alle maatregelen een forse inspanning vereisen van de betrokken partijen. Direct afromen van alle potentiële besparingen kan demotiverend werken. Om de slaagkans van de implementatie te vergroten kan het helpen een deel van de besparingen in het veld te laten vallen, zeker waar werkdrukvermindering dringend gewenst is.

1) Prognosemodel Zorg & Welzijn, VWS, geconsulteerd juni 2022

Samenvatting (6/12)

In de fysiotherapie is de impact op de zorgprocessen minder groot, waardoor ook de verwachte besparingen lager uitvallen. De maatregelen voor de huisartsenzorg zullen geen besparing opleveren (m.u.v. de gerelateerde werkdrukverlagingen door maatregelen rondom het aanvragen van hulpmiddelen), omdat zorgverzekeraars effectief al een volgbeleid hebben en tussen de overige onderdelen geen overlap is. De ervaren lastendruk van huisartsen komt vaak voort uit het vele regelwerk om de zorg voor patiënten goed georganiseerd te krijgen. Dit is buiten scope van het onderzoek.

In de GGZ zijn nauwelijks besparingen geïdentificeerd, omdat de scope van dit onderzoek alleen Zvw-zorg betreft. Binnen de Zvw heeft de sector te maken met een transitie naar een nieuw bekostigingsmodel. Het ministerie van VWS heeft daarom de keuze gemaakt de informatiestromen van zorgverzekeraars buiten het onderzoek te houden, omdat er door de invoering van het zogenaamde zorgprestatiemodel (ZPM) veel beweging is in de relatie tussen aanbieders en zorgverzekeraars, en eventuele maatregelen (gebaseerd op de eerdere relaties) al snel achterhaald zijn.

Analyse MSZ

De focusgebieden van het onderzoek zijn: de contractering van zorgverzekeraars, kwaliteitsregistraties en de I&V-eisen vanuit de overheid.

Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars stellen I&V-eisen aan de kwaliteit van zorg door uitvragen naar uitkomsten van kwaliteitsregistraties (via de Transparantiekalender, TK) en via aanvullende kwaliteitseisen. Verantwoording over rechtmatigheid en doelmatigheid van gedeclareerde zorg verloopt in toenemende mate via het zogenaamde Horizontaal Toezicht.

De aanknopingspunten voor uniformering zijn gebaseerd op het inkoopbeleid van zorgverzekeraars met meer dan 10% marktaandeel (Zilveren Kruis, VGZ, CZ en Menzis).

- *Verschillen in gelijksoortige eisen*. Zorgverzekeraars stellen in hun contractering deels dezelfde en deels andere eisen met betrekking tot kwaliteit van zorg. De verschillen zijn geïnventariseerd. Soms komen verschillen voort uit verschillende beleidskeuzes van zorgverzekeraars, soms lijken ze ook meer reflecties van een min of meer toevallige historische ontwikkeling. Er bestaan bijvoorbeeld duidelijke verschillen in de mate waarin zorgverzekeraars terugkoppeling vragen op de voortgang van het programma Zorg Evaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG).
- *Verdere implementatie horizontaal toezicht (HT).* HT is inherent een vorm van uniformering waarbij een zorgverzekeraar zich richt op controles van processen geïnitieerd en geïmplementeerd door het ziekenhuis zelf. Controles achteraf op declaraties worden vervangen door controle op de processen bij het ziekenhuis zelf.

Samenvatting (7/12)

- 42 ziekenhuizen zijn inmiddels over op HT. Van 23 loopt de uitvoering nog. HT is altijd gericht geweest op kwaliteitsverbetering en had van oudsher geen besparingsdoelstellingen.

Het onderzoeksteam heeft de volgende maatregelen voor de menukaart geïdentificeerd:

- *Standaardiseer de niet-concurrentiele voorwaarden in contracten maar houd ruimte voor zorgverzekeraar-specifieke invullingen (budgettaire impact = nihil).* In het onderzoek is een eerste opzet gemaakt van een categorisering van contractvoorwaarden in i) bepalende concurrentiële elementen (zoals prijs) die niet uniformeerbaar zijn en waarvan de zorgverzekeraars de relevantie kunnen aantonen, ii) innovatieve elementen waarin zorgverzekeraars ruimte hebben voor eigen beleidskeuzes en initiatieven die na enkele jaren worden geëvalueerd, en iii) basisvoorwaarden die kunnen worden geüniformeerd. Zorgverzekeraars kunnen (vanuit Zorgverzekeraars Nederland, ZN) op basis van de verschilanalyse van dit onderzoek een voorstel maken voor deze uniformeerbare basisvoorwaarden. Op deze wijze wordt het stelsel en de bewegingsvrijheid van zorgverzekeraars die daarbinnen noodzakelijk en belangrijk is om (aantoonbaar) strategische doelen te realiseren bewust gerespecteerd, maar worden de I&V-eisen die daarvoor nauwelijks of niet relevant zijn wel maximaal geüniformeerd.
- *Vergemakkelijk de verantwoording over ZE&GG* (budgettaire impact = €0,2 tot €0,4 mln). Verander de gedetailleerde verantwoordingseisen in de vraag of het initiatief is ingevoerd en beleg de globalere inventarisatie en rapportage bij Zorginstituut Nederland (ZIN).
- *Continueer implementatie van horizontaal toezicht (HT)* (budgettaire impact = €2,5 tot €5,0 mln). Continueer de implementatie van horizontaal toezicht in de MSZ. Maak gebruik van de huidige structuren incl. het verbeteren van de uitkomsten uit de periodieke evaluatie waardoor het vertrouwen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars verder kan groeien.
- *Uniformeer het format voor de productiemonitor van zorgverzekeraars* (budgettaire impact = €0,2 tot €0,3 mln). Uniformeer het format van de productiemonitor tussen zorgverzekeraars, waardoor ook automatisch invullen sneller mogelijk wordt.

Kwaliteitsregistraties

Kwaliteitsregistraties geven aanknopingspunten voor uniformering:

- *Overlap tussen registraties.* Van de 94 onderzochte kwaliteitsregistraties hebben er 26 een directe inhoudelijke overlap. Er is een overlap tussen algemene en specifieke registraties, bijvoorbeeld tussen IKNL en de specifieke oncologie-registraties zoals de Dutch Lung Cancer Audit (van DICA). In de endoscopie is een overlap tussen drie registraties van DICA (DGEA, DRCE en ERCP).
- *Meer data verzameld dan gebruikt.* Er wordt beduidend meer data verzameld in kwaliteitsregistraties dan ook echt wordt gebruikt. Uit onderzoek blijkt dat 25%

Samenvatting (8/12)

[vervolg] van de data wordt gebruikt voor kwaliteitsverbetering en dat zorgprofessionals gemiddeld 36% van de registraties als nuttig ervaren (variërend van 29% tot 62% voor individuele registraties). Dat is op zichzelf niet vreemd – van tevoren is het nut niet altijd vast te stellen, niet-gebruikte data kunnen later nog hun nut bewijzen, en niet-gebruikte data kunnen toch een bron zijn van wetenschappelijk onderzoek – maar het is wel een aanknopingspunt voor lastenreductie.

- *'Registratie aan de bron', beter invullen en delen van registraties.* Algemene patiëntkenmerken kunnen vaak niet automatisch worden gedeeld of automatisch uit EPD worden betrokken[1]. Data uit verschillende bronnen zijn vaak niet automatisch gekoppeld, data worden niet eenduidig geregistreerd en er is geen overzicht per patiënt uit meerdere registraties. Nederland heeft al lange tijd het standaardiseren van zorginformatie en uitwisseling hoog op de agenda staan. In de praktijk is voortgang lastig, vanwege het grote aantal betrokken partijen dat moet acteren.

Als vervolg op het rapport van de commissie Keuzenkamp zijn de commissies 'inhouds governance commissie' (IGC) en 'data governance commissie' (DGC) in het leven geroepen die moet besluiten over welke registraties verplichtend van aard worden en aan welke eisen dezen voldoen. Deze commissies (IGC en DGC) zouden ook uitdrukkelijk een taak kunnen krijgen in het reduceren van de administratieve lasten voor zover die voortvloeien uit kwaliteitsregistraties.

De Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) dient toe te zien op het uitvoeren van de afspraken.

Het onderzoeksteam heeft de volgende maatregelen voor de menukaart geïdentificeerd:

- *Evalueer consistent en regelmatig de inhoud van kwaliteitsregistraties* (budgettaire impact = €19,4 tot 36,2 mln). De inhouds governance commissie (IGC) voortgekomen uit de commissie Keuzenkamp zou ook een rol moeten krijgen in het evalueren van de inhoud van registraties. Verdeel de huidige indicatoren in een kernset die landelijk verplicht vastgesteld wordt en een flexibele set die ziekenhuizen vrijwillig kunnen gebruiken. De kernset kan periodiek worden geëvalueerd. Op deze wijze wordt het schrappen van indicatoren met een beperkte waarde een vaste werkwijze. In dit proces worden ook keuzes gemaakt in het uniformeren en hergebruiken van overlappende registraties (zoals van DICA en IKNL).
- *Accelereer 'Registratie aan de bron'* (budgettaire impact = €20,6 tot 55,0 mln[2]). Het belang van eenduidig en eenmalig registreren van zorginformatie is groot. De implementatie van 'Registratie aan de bron' kan worden versneld door de plicht tot registratie uitdrukkelijk als een uitvloeisel van een publiek belang te benoemen, door de standaardisering onderdeel te maken van de eis/plicht tot registratie in het Register (te ontwikkelen o.b.v. traject Keuzenkamp), en de NFU en NVZ te vragen om namens alle ziekenhuizen gestandaardiseerde eisen te bundelen voor de EPD-aanbieders. Wanneer ziekenhuizen 'maatwerk' EPD's hebben, zullen zij bij mogelijke lopende andere aanpassingen van en werkzaamheden aan hun systemen prioriteit moeten geven aan het faciliteren van de 'Registratie aan de bron', boven de andere 'maatwerk' verbeteringen, zodat er niet alleen sprake is van inhoudelijke standaardisatie, maar ook van

1) Patiëntkenmerken mogen nooit automatisch worden gedeeld, alleen na akkoord van de zorgverlener. 2) Impact is niet één op één op te tellen bij de impact van maatregel 'Evalueer consistent en regelmatig de inhoud van kwaliteitsregistraties'. De totale besparing van de twee maatregelen is €36,1 tot €71,7 mln.

Samenvatting (9/12)

[vervolg] een gemeenschappelijk tempo van implementatie. Vanuit de NZa kan worden toegezien op de snelheid van de implementatie.

Overheid

Het onderzoek heeft maar een beperkte mate van overlap geïdentificeerd tussen de I&V-eisen van de NZa, van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en van ZIN. Wel is er een aanknopingspunt in de overlap tussen SONCOS en andere lijsten. De voorgestelde maatregel is om de evaluatie van de Transparantiekalender te verbreden. Deze evaluatie vindt al jaarlijks plaats. Het onderzoeksteam adviseert om de overlap in activiteiten voortvloeiend uit SONCOS en de andere lijsten op te heffen en om vragen rondom dezelfde ziektebeelden in één lijst te clusteren.

Analyse GGZ

De focus van het onderzoek m.b.t. de GGZ (I&V-eisen vanuit de overheid i.h.k.v. de Zvw) is niet breed genoeg om een daadwerkelijke administratieve lastenvermindering in de GGZ teweeg te brengen. De GGZ heeft voor een groot deel te maken met financiering uit de Wlz, de Wmo, de Jeugdwet (m.b.t. de jeugd-GGZ) en de Wfz. Deze financieringsbronnen zijn buiten scope van dit onderzoek. Daarnaast is er binnen de Zvw een nieuw bekostigingsmodel geïmplementeerd (Zorgprestatie model, ZPM): vanwege de nog maar korte doorlooptijd in het gebruik van de ZPM is deze ook buiten scope geplaatst door de opdrachtgever.

In de eerste fase van het onderzoek heeft VWS gekozen voor focus op uniformering van de I&V-eisen vanuit de overheid, omdat de veelheid kleinere verantwoordingseisen vanuit de overheid voor veel administratieve last zorgen.

Aanknopingspunten voor administratieve lastenreductie (met beperkte impact) zijn geïdentificeerd rond de onduidelijkheid die aanbieders ervaren bij het aanleveren van gegevens, en de dubbele uitvraag naar FTE gegevens voor de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) en het fraudeonderzoek.

Het onderzoeksteam heeft de volgende maatregelen voor de menukaart geïdentificeerd:

- *Vergroot de duidelijkheid over de verantwoordingseisen (budgettaire impact = nihil).* Ontwikkel één website met daarop een overzicht van alle informatie gevraagd vanuit de overheid. Verduidelijk de vereisten en het gebruik van Landelijk Kwaliteitsstatuut (LKS). Verbeter het zicht op hoe het LKS wordt gebruikt voor het leren en verbeteren.
- *Verminder de last van FTE uitvragen* (budgettaire impact = €0,2 tot 0,3 mln). Laat de NZa in de uitvraag rondom productiviteitscijfers gebruikmaken van de FTE-informatie uit de Wtza. Stimuleer de NZa om de frequentie van de uitvraag rondom productiviteitscijfers (incl. de bijbehorende FTE-uitvraag) zo snel mogelijk omlaag te brengen.

De I&V-eisen van de overheid binnen de Zvw raken vooral de bedrijfsvoering, en niet het primaire proces. Vanuit de gesprekken die zijn gevoerd komt het beeld

Samenvatting (10/12)

op dat lasten in het primaire proces gedreven worden door eisen van zorgverzekeraars, door (eigen opgelegde) interne verantwoordingseisen en door een overlap in uitvraag van verschillende financieringsdomeinen. Om de administratieve last in (het primaire proces van) de GGZ te verlichten, adviseert het onderzoeksteam daarom om vervolgonderzoek te doen naar de I&V-eisen vanuit (het samenspel tussen) de financieringsdomeinen Zvw, Wlz, Wmo, Jeugdwet, Wfz en de eigen opgelegde interne verantwoording (door het programma [Ont]Regel de Zorg). Uit de gesprekken kwamen wel al enkele aanknopingspunten naar voren: i) stuur op nieuw te ontwikkelen uitvragen (bijv. aansluiting tussen nieuw toetsingskader IGJ en bestaande uitvragen), ii) centraliseer de uitvraag van kwaliteitsindicatoren (bijv. naar voorbeeld van de TK in de MSZ), en iii) uniformeer de vertaling van de NZa eisen door zorgverzekeraars (bijv. strakke interpretatie van NZa eisen i.p.v. 'naar de geest' van de eis en verschillen in interpretatie tussen zorgverzekeraars).

Analyse eerstelijnssectoren (huisartsen, farmacie, fysiotherapie en wijkverpleging)

De focusgebieden van het onderzoek zijn: de contractering, de materiële controles, en de processen rondom aanvragen hulpmiddelen.

Contractering

In de contractering worden de verschillen in het proces, voorwaarden en transparantie om tot een contract te komen met zorgverzekeraars als administratief belastend ervaren, zeker als deze vergaande consequenties hebben in het primaire proces. Het reduceren van verschillen in de contracten – onder respectering van de maatschappelijke rol van onderscheidend contracterende zorgverzekeraars in het stelsel – is daarom een aanknopingspunt van administratieve lastenreductie. Deze verschillen zijn per eerstelijnssector in kaart gebracht. In de wijkverpleging en farmacie is de potentie van uniformeren het hoogste, omdat de verschillen in contracten ook leiden tot verschillen in het primaire proces. Dat is voor de fysiotherapie minder het geval. Voor de huisartsenzorg is er geen potentie voor uniformering in de contractering, omdat de zorgverzekeraars effectief een volgbeleid hanteren.

Aanbieders in de fysiotherapie, farmacie en wijkverpleging vullen vragenlijsten in op grond waarvan ze een contractaanbieding per zorgverzekeraar krijgen. Voor aanbieders is het soms (tijdsintensief) puzzelwerk om vast te stellen op grond van welke condities welk type contract wordt verstrekt.

Het onderzoeksteam heeft de volgende maatregelen voor de menukaart geïdentificeerd:

- *Standaardiseer de niet-concurrentiële voorwaarden in contracten maar houd ruimte voor zorgverzekeraars-specifieke invullingen* (budgettaire impact = €5,6 tot €8,8 mln (wijkverpleging); €5,3 tot €6,9 mln (farmacie) en €1,4 tot 1,7 mln (fysiotherapie)). In het onderzoek is een eerste opzet gemaakt van een categorisering van contractvoorwaarden in i) bepalende concurrentiële elementen

Samenvatting (11/12)

[vervolg] (zoals prijs) die niet uniformeerbaar zijn en waar de zorgverzekeraars de relevantie kunnen aantonen, ii) innovatieve elementen waarin zorgverzekeraars ruimte hebben voor eigen beleidskeuzes en initiatieven die na enkele jaren worden geëvalueerd, en iii) basisvoorwaarden die kunnen worden geüniformeerd. ZN kan een voorstel maken voor deze uniformeerbare basisvoorwaarden, en kan als startpunt de aanzet van PwC Strategy& gebruiken. Op deze wijze wordt het stelsel en de bewegingsvrijheid van zorgverzekeraars om (aantoonbaar) strategische doelen te realiseren gerespecteerd en gewaarborgd, maar wordt wel maximaal geüniformeerd.

- *Uniformeer het proces van de contractering* (budgettaire impact = nihil (minder dan €0,1 mln) (wijkverpleging); €0,1 mln (farmacie) en €0,1 mln (fysiotherapie)). Richt Vektis zo in dat aanbieders gelijke informatie maar één keer hoeven in te vullen voor meerdere zorgverzekeraars.
- *Pas meerjarencontractering toe waar dat mogelijk is* (budgettaire impact[1] = €0,1 tot 0,3 mln (wijkverpleging); nihil tot 0,2 mln (farmacie) en €0,2 tot 0,6 mln (fysiotherapie)). Streef als zorgverzekeraars uniform naar meerjaarlijkse contracten. De contractduur is deels een uniformeerbaar element, maar deels ook een bepalend concurrentieel element. Behoudt hierom de mogelijkheid om tussendoor aanpassingen door te voeren, mochten de partijen dit in overleg noodzakelijk achten. Het moet voor de zorgverzekeraars mogelijk blijven om de belangrijkste competitieve elementen (zoals prijs) jaarlijks te kunnen aanpassen.
- *Vergroot de transparantie van rekenmethoden om tot materiaalkosten te komen* (budgettaire impact farmacie = €1,7 tot 2,1 mln). Grotere transparantie vraagt minder tijd van de apotheker.
- *Uniformeer de implementatie van Bijlage II formulieren* (budgettaire impact farmacie = nihil (minder dan €0,1 mln). Bijlage II formulieren zijn middelen waarvoor additionele voorwaarden gelden. De maatregel is het verder uniformeren van de landelijke ZN formulieren.

Materiële controles

De materiële controles bieden aanknopingspunten voor uniformering voor de farmacie en de wijkverpleging. Risicocontroles op de patiëntenpopulatie worden door zorgverzekeraars nog apart en op verschillende wijze uitgevoerd.

Dat kan leiden tot een sterk ervaren stapelende belasting bij aanbieders die door meerdere zorgverzekeraars worden geselecteerd voor de materiële controle. Daar is uniformering mogelijk. Detailcontroles op individuele medische dossiers kunnen naar hun aard niet worden geüniformeerd.

Het onderzoeksteam heeft de volgende maatregelen voor de menukaart geïdentificeerd:

- *Uniformeer het proces van de materiële controles* (budgettaire impact wijkverpleging en farmacie = nihil). Stuur de aankondigingsbrieven, voeg de aankondigingsbrief en algemene procesvragen samen tot een uniforme brief, en gebruik uniforme reactie- en beoordelingstermijnen.
- *Uniformeer de inhoud van de processtappen van de materiële controles* (budgettaire impact wijkverpleging en farmacie = nihil). De mogelijkheden van

1) De verwachte budgettaire impact van deze maatregel is lager als de overige maatregelen rondom contractering ook worden uitgevoerd.

Samenvatting (12/12)

[vervolg] uniformering zijn uitgewerkt, bijvoorbeeld uniforme definities van risico's.

Hulpmiddelen

In de eisen die worden gesteld aan het voorschijven van hulpmiddelen zitten verschillen tussen zorgverzekeraars. Dit gaat om eisen aan de voorschrijver (bijvoorbeeld of alleen een specialist mag voorschrijven of ook een verpleegkundig specialist), de lay-out van hulpmiddelenregelementen, het wel of niet verplichten van machtigen voor (vervolg)aanvragen en overige voorwaarden.

Het onderzoeksteam heeft de volgende maatregelen voor de menukaart geïdentificeerd:

- *Uniformeer eisen aan de voorschrijver van hulpmiddelen* (budgettaire impact = €0,1 tot 0,2 mln (wijkverpleging); €0,2 tot 0,5 mln (farmacie); nihil (minder dan €0,1 mln) (fysiotherapie en MSZ); 0,7 tot 1,4 mln (huisartsen)). De voorschrijver is te objectiveren en is niet of slechts van beperkte invloed op het gebruik van hulpmiddelen. ZN en aanbieders zouden gezamenlijk vast moeten stellen wie wat mag voorschrijven, zodat het zorgproces minimaal belast wordt.
- *Uniformeer hulpmiddelenreglementen in termen van taal en lay-out* (budgettaire impact = nihil (minder dan €0,1 mln). Deze maatregel vergemakkelijkt het zoeken naar de vereisten van zorgverzekeraars.

Ten slotte

Naast de menukaart van maatregelen is een belangrijke toegevoegde waarde van het onderzoek dat op een zeer beperkte gegevensbasis een beeld is gecreëerd over de opbouw van de administratieve lasten en de mogelijkheden om deze te adresseren middels uniformering. Dit zal ook van waarde kunnen zijn voor onderzoekers die vanuit een andere invalshoek kijken naar administratieve lasten. Met het continu aanbrengen van focus op de 'grote brokken' zijn onvermijdelijk ook maatregelen met potentieel buiten zicht gebleven.

Het onderzoek pretendeert dan ook niet compleet te zijn. Dit maakt vervolgonderzoek naar verdere verlaging van administratieve lasten wenselijk. Dit onderzoek zal dan een bredere scope moeten hebben, zowel qua domeinen (niet alleen de Zvw-sectoren maar ook de Wlz, Wmo, Jeugdwet en Wfz) als voor wat betreft de bronnen van lasten (administratieve lasten buiten de I&V om) en de doelstelling van het onderzoek (schrappen van verplichtingen i.p.v. alleen uniformeren). Overbodig te zeggen dat vermindering van de huidige administratieve lasten een druppel op een gloeiende plaat blijft als er tegelijkertijd nieuwe administratieve lasten bijkomen.

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)

2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)

3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)

4. MSZ (p. 34 – 86)

5. GGZ (p. 87 – 103)

6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)

7. Appendix (p. 189 – 274)

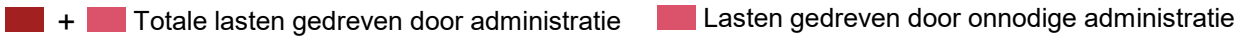
Opmerkingen vooraf bij de inschattingen van de budgettaire impact van de maatregelen

- VWS heeft PwC Strategy& gevraagd om per maatregel een budgettaire impact te schetsen.
- Dit is gebeurd op basis van de verwachte tijdsbesparing die een maatregel oplevert. Deze tijdsbesparing is omgezet naar een eurobedrag o.b.v. de personeelskosten die bij de tijd horen.
- Het merendeel van de maatregelen worden gekarakteriseerd doordat ze relatief kleine besparingen in tijd bij relatief veel mensen als gevolg hebben. Dat betekent dat de besparingen niet zomaar te incasseren zijn door afscheid te nemen van een aantal specifieke FTEs.
- In het macrokader zit een groeiontwikkeling. Door de maatregelen kan de benodigde extra inzet van nieuw personeel verminderd worden. De geïdentificeerde impact kan hierdoor worden gerealiseerd als afbuiging van het groeipad (en niet als een besparing t.o.v. de huidige situatie).
- Voor de maatregelen die bij één afdeling komen te liggen (bijv. rondom HT in de MSZ) verwachten wij dat de formatie bij de desbetreffende afdeling omlaag gebracht kan worden (t.o.v. de huidige situatie), omdat er minder tijd aan bepaalde handelingen wordt besteed na invoering van de maatregelen.
- De gerealiseerde budgettaire impact valt of staat met de implementatie van de maatregelen.

De MSZ en GGZ kennen de grootste administratieve lasten, de farmacie het grootste aandeel 'onnodige administratie'

Huidige situatie administratieve lasten

Sector	Administratieve lasten per sector, in € mln[1,2]	% 'tijd als onnodig ervaren' t.o.v. totale administratie tijd[3]
MSZ	5.875	13%
GGZ	1.000	15%
Wijkverpleging	914	10%
Farmacie	319	18%
Fysiotherapie	169	9%
Huisartsenzorg	634	14%
Hulpmiddelen	Geen baseline	-
Totaal	8.911	13%



1) Stap a: zorguitgaven per sector naar Zvw in 2020 (CBS, statline); aangenomen dat 80% van kosten vanuit geneesmiddelen en therapeutische middelen toekomt aan farmacie, voor wijkverpleging kraamzorg uit de statistiek gehaald (volksgezondheidenzorg.info, pagina 'zorg rond de geboorte'). Stap b: totale zorguitgaven per sector minus personeelskosten (personeelskosten o.b.v. 2019 CBS, statline). Stap c: percentage tijd aan administratieve lasten toegepast op uitgaven (KPMG, 2020, Eindrapport Merkbaarheidsscan).
2) Administratieve lasten in Zvw * percentage tijd onnodige administratie (KPMG, 2020, Eindrapport Merkbaarheidsscan [Ont]Regel de Zorg).
3) KPMG, 2020, Eindrapport Merkbaarheidsscan.

De menukaart kan in totaal 1.600-3.200 personen vrijspelen waarvan 1.400-2.800 zorgpersoneel

Verwachte personele impact[1]

Sector	Verwachte impact op zorg-personeel per sector, in pers.[2]	*T.o.v. huidig tekort*[3]	Verwachte impact op overig personeel per sector, in pers.[2]	Totale verwachte impact per sector, in pers.[2]
MSZ	889 – **2.026**	10-21%	**284**	1.021 – **2.310**
GGZ	**7**	0%	**0**	**7**
Wijkverpleging	**326**	3-6%	**14**	**339**
Farmacie	**344**	*Meegenomen bij MSZ*	**24**	**369**
Fysiotherapie	**79**	2-3%	**0**	**79**
Huisartsenzorg	**21**	~1%	**0**	**21**
Verzekeraar	**0**	*N.v.t.*	**43**	**43**
Totaal	1.382 – **2.804**	3-6%	**364**	1.570 – **3.168**

Conservatief
Progressief

1) Vertaling van vrijgespeelde tijd naar FTE o.b.v. 44 werkbare weken per FTE en 36 uur/week (alle functiegroepen behalve medisch specialsten) of 45 uur/week (medisch specialisten).
2) Vertaling van FTE naar personen o.b.v. deeltijdfactor van 0,68 via CBS Statline AZW.
3) O.b.v. het personeelstekort zoals geprojecteerd voor 2022 vanuit het prognosemodel Zorg en welzijn van ABF Research.

De verwachte impact van de menukaart is €57 miljoen tot €119 miljoen

Verwachte budgettaire impact

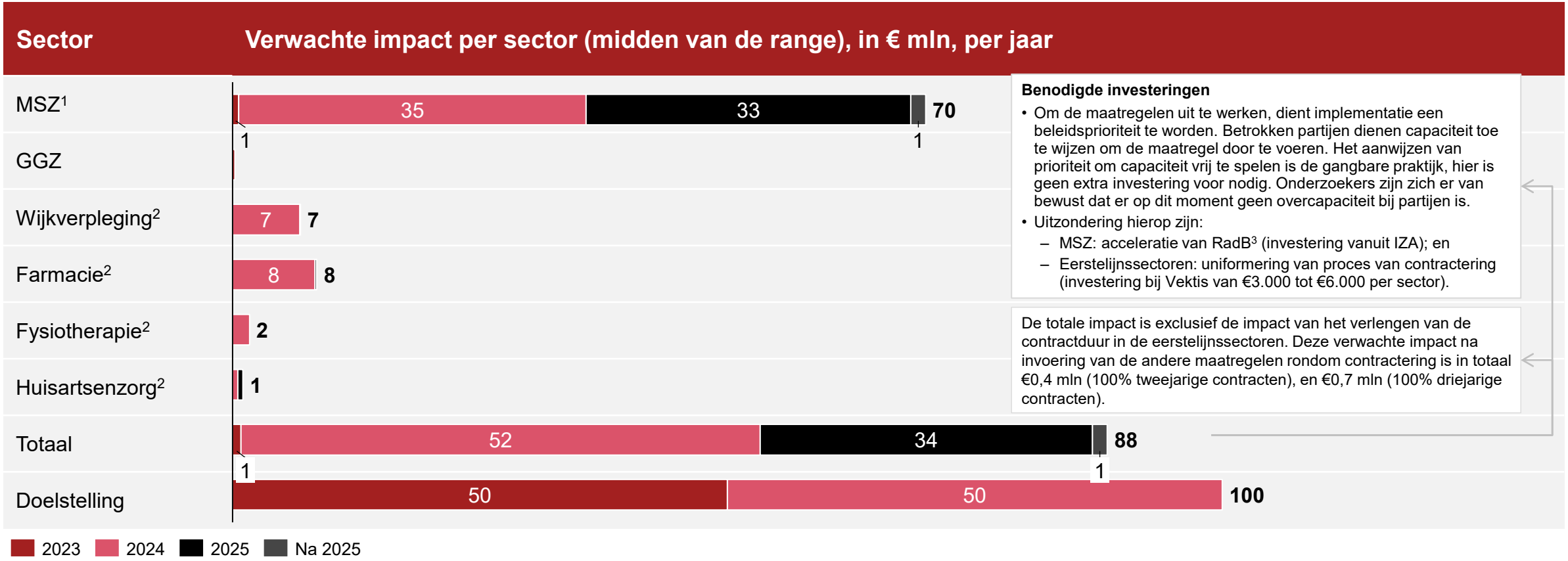
Sector	Verwachte impact per sector, in € mln	Relatieve impact[1] *T.o.v. totaal*	Relatieve impact[1] *T.o.v. onnodig*	Toelichting[2]
MSZ[3]	43,0 +54,0 97,0	2%	13%	Veel impact door hoge totale administratieve lasten en maatregelen met impact op dagelijkse praktijk
GGZ	0,3	0%	0%	Geen impact door focus op I&V-eisen vanuit overheid
Wijkverpleging[4]	4,6 8,9	1%	11%	Medium impact doordat maatregelen deels effect hebben op dagelijkse praktijk
Farmacie[4]	7,1 9,2	3%	18%	Medium impact doordat maatregelen deels effect hebben op dagelijkse praktijk
Fysiotherapie[4]	1,5 1,9	1%	13%	Lage impact doordat effect maatregelen maar eens per half jaar voelbaar is
Huisartsenzorg[4]	1,4	0%	2%	Geen impact door focus op I&V-eisen vanuit zorgverzekeraars in combinatie met het volgbeleid
Totaal	57,2 +61,4 118,6	1%	11%	Afhankelijk van de conservatieve of progressieve inschatting wordt de doelstelling behaald
Doelstelling	100,0	N.v.t.	N.v.t.	Gebaseerd op de structurele besparing van €100 mln zoals opgenomen in rijksbegroting

Conservatief
Progressief

1) Impact t.o.v. de totale administratieve lasten gedreven door I&V-eisen (zie vorige pagina), percentage o.b.v. het progressieve scenario.
2) Toelichting op hoofdlijnen per sector.
3) Inclusief correctie van overlap tussen de impact van maatregel 1 en 2. Beide maatregelen hebben een grote impact en de kans dat ze worden ingevoerd is groot.
4) Exclusief impact van maatregel 4 (pas meerjarige contractduur toe waar dat mogelijk is) omdat de impact van deze maatregel overlapt met andere maatregelen rondom contractering.

De impact wordt vooral in 2024 en 2025 verwacht, voor de implementatie dienen maatregelen beleidsprioriteit te worden

Verwachte budgettaire impact in de tijd



Benodigde investeringen

- Om de maatregelen uit te werken, dient implementatie een beleidsprioriteit te worden. Betrokken partijen dienen capaciteit toe te wijzen om de maatregel door te voeren. Het aanwijzen van prioriteit om capaciteit vrij te spelen is de gangbare praktijk, hier is geen extra investering voor nodig. Onderzoekers zijn zich er van bewust dat er op dit moment geen overcapaciteit bij partijen is.
- Uitzondering hierop zijn:
  - MSZ: acceleratie van RadB[3] (investering vanuit IZA); en
  - Eerstelijnssectoren: uniformering van proces van contractering (investering bij Vektis van €3.000 tot €6.000 per sector).

De totale impact is exclusief de impact van het verlengen van de contractduur in de eerstelijnssectoren. Deze verwachte impact na invoering van de andere maatregelen rondom contractering is in totaal €0,4 mln (100% tweejarige contracten), en €0,7 mln (100% driejarige contracten).

1) Inclusief correctie van overlap tussen de impact van maatregel 1 en 2, o.b.v. het progressieve scenario van maatregel 1.
2) Exclusief impact van maatregel 4 (pas meerjarige contractduur toe waar dat mogelijk is). De impact van deze maatregel overlapt met andere maatregelen, deze overlap is echter klein.
3) 'Registratie aan de bron'

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)

2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)

3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)

- 3.1 Aanleiding, vraagstelling en doel
- 3.2 Onderzoeksaanpak op hoofdlijnen

4. MSZ (p. 34 – 86)

5. GGZ (p. 87 – 103)

6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)

7. Appendix (p. 189 – 274)

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)

2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)

3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)

3.1 Aanleiding, vraagstelling en doel

4. MSZ (p. 34 – 86)

5. GGZ (p. 87 – 103)

6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)

7. Appendix (p. 189 – 274)

VWS heeft Strategy& gevraagd maatregelen ter uniformering van inkoop- en verantwoordingseisen te formuleren (scope: Zvw)

Aanleiding

- Regeldruk is al jaren een probleem in de zorgsector; zorgverleners ervaren dat tijd wordt verspild aan onnodige administratie.
- De sector en VWS werken geruime tijd aan (ont)regelen, o.a. met het programma [Ont]Regel de Zorg
- Aanvullend is in de rijksbegroting een structurele besparing. opgenomen van €100 mln voor het uniformeren van inkoop- en verantwoordingseisen (I&V-eisen) binnen de Zvw.
- De besparing is een afbuiging van het groeipad, waarbij in 2023 en 2024 elk €50 mln gerealiseerd dient te zijn.

Vraagstelling

- Op grond van welke concrete uniformeringsmaatregelen op uitvragen kan de regeldruk in de Zvw verminderd worden, opdat de administratieve irritaties verder verminderd kunnen worden en de taakstelling gedegen ingevuld kan worden?
- De scope van de vraagstelling is:
  - Zvw-sectoren: MSZ, GGZ, wijkverpleging, fysiotherapie, Huisartsen en farmacie.
  - I&V-eisen vanuit vier onderdelen:
    1. Zorgverzekeraars
    2. Overheid (inclusief toezichthouders)
    3. Beroeps- en wetenschappelijke verenigingen
    4. Organisaties die kwaliteitsregistraties beheren en/of kwaliteitscertificering en -accreditaties uitvoeren
  - Uniformeringsmaatregelen binnen en tussen onderdelen

Doel

- Oplevering van een ‘menukaart’ met concrete maatregelen waarmee i) administratieve laten (en bijbehorende irritatie) verminderd kunnen worden en ii) invulling gegeven kan worden aan de taakstelling.
- Maatregelen komen in aanmerking als deze:
  - nieuw worden geïdentificeerd binnen het onderzoek;
  - binnen andere gremia onderzocht worden, maar nog niet zijn omgezet naar maatregelen, en/of de geraamde impact van de maatregelen nog niet doorgerekend is; en/of
  - zich in de implementatiefase bevinden maar mogelijke impact nog niet verzilverd is en/of de geraamde impact van de maatregelen niet is doorgerekend/wordt gemonitord.

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)

2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)

3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)

3.2 Onderzoeksaanpak op hoofdlijnen

4. MSZ (p. 34 – 86)

5. GGZ (p. 87 – 103)

6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)

7. Appendix (p. 189 – 274)

Specificering scope I&V-eisen: alle niet-incident-gedreven I&V-eisen in de Zvw

Scope onderzoek		Conceptuele weergave scope
1. Sectorkeuze: Zvw	Zorg die binnen het kader van de Zvw geleverd en gefinancierd wordt[1]	Zvw / Wlz / Wmo
2. Vanuit alle admin: I&V-eisen	Eisen die aan zorgverleners worden gesteld en registraties die zorgverleners moeten bijhouden om in aanmerking te komen voor een zorgcontract en om zich te verantwoorden over de geleverde zorg en de kwaliteit daarvan	**Type admin[2]**
3. Vanuit I&V-eisen: excl. incident-gedreven	Verantwoordingseisen die worden gesteld na een melding of incident, zijn niet in scope. Op deze incident-gedreven eisen zijn in beperkte mate structurele verbeteringen te realiseren	**Aard admin[2]**
Scope	In scope zijn de administratieve lasten gedreven door de I&V-eisen waarmee aanbieders in de Zvw mee te maken krijgen. Administratielast gedreven door verantwoording na incidenten zijn uit scope	**In scope[2]**

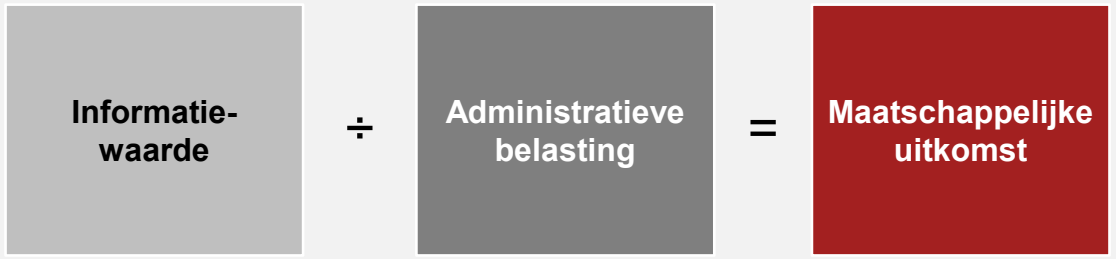


1) Voor de GGZ geldt dat financiering ook plaatsvindt vanuit de Jeugdwet en de Wfz
2) Verhoudingen geven bij benadering de verhoudingen in administratieve lasten weer

Uniformering is afgewogen tegen een mogelijk verlies aan informatie om de maatschappelijke uitkomst te bepalen

Afweging administratieve last versus de informatiewaarde

Status quo



Mogelijke uitkomsten

- Hogere informatiewaarde tegen lagere administratieve last
- Gelijke informatiewaarde tegen lagere administratieve last
- Beperkt lagere informatiewaarde tegen significant lagere administratieve last

Betere maatschappelijke uitkomst

De onderzoeksaanpak richt zich op i) focusgebieden, ii) informatiestromen en aanknopingspunten en iii) maatregelen

Overzicht van de onderzoeksaanpak

Fase	1. Vaststellen baseline administratieve lasten en focusgebieden	2. Analyseren informatiestromen/ aanknopingspunten voor uniformering binnen focusgebieden	3. Uitwerken menukaart van maatregelen ter reductie administratieve lasten
Uitkomsten	• Beeld administratieve lasten per sector (gedreven door inkoop- en verantwoording) • Isolering impact I&V-eisen van de verschillende onderdelen • Identificatie van de belangrijkste informatiestromen geprioriteerde onderdelen • Shortlist van focusgebieden *Uitkomsten zijn beschreven in hoofdstukken 1, 4.2, 5.2 en 6.2*	• Kader voor verschillenanalyse van de huidige I&V-eisen binnen de focusgebieden • Uitvoering verschillenanalyse • Aanknopingspunten voor uniformering binnen de focusgebieden • Validatie aanknopingspunten met het veld Zie volgende pagina voor een verdere toelichting *Uitkomsten zijn beschreven in hoofdstukken 4.3, 5.3 en 6.3*	• Mogelijke maatregelen o.b.v. de aanknopingspunten • Uitvoering van initiële juridische haalbaarheidstoets per maatregel • Uitwerking mogelijke maatregelen: – Effect op de administratieve lasten en het mogelijke verlies aan informatiewaarde – Een actieplan en tijdslijnen op hoofdlijnen – De verwachte budgettaire impact uitgewerkt • Validatie met het veld *Uitkomsten zijn beschreven in hoofdstukken 1, 4.1, 5.1 en 6.1*

De onderzoekers hebben tijdens het onderzoek meerdere methoden toegepast: interviews (+70), document analyses (bijv. inkoopbeleidsdocumenten van zorgverzekeraars), data analyses (bijv. CBS gegevens), overleggen met koepels van zorgaanbieders/verzekeraars, werksessies en paneldiscussies

Binnen elke verschillenanalyse is er gekeken naar aanknopingspunten op inhoud, timing, frequentie en vorm

Algemeen analysekader aanknopingspunten

Drijver	Scenario	Potentieel
Inhoud *binnen (soort-) gelijk onderwerp*	0% overlap	Ja
	Deels overlap	
	100% overlap	Nee
Timing	Ander moment	Ja
	Zelfde moment	Nee
Frequentie	Andere frequentie	Ja
	Zelfde frequentie	Nee
Vorm (van aanlevering)	Repetitief in zelfde portal (VECOZO)	Ja
	Verschillende portals	
	Handmatig of semiautomatische omzetting van bron naar rapportagedata	

Legenda

Geen aanknopingspunt uniformering	Aanknopingspunt uniformering

- Per focusgebied is er een specifiek analysekader voor de verschillenanalyse opgesteld
- Zie hoofdstukken ‘Verschillenanalyse’ per sector voor de specifieke analysekaders

De budgettaire impact is gebaseerd op i) €/administratieve handeling, ii) # handelingen/jaar en iii) impact van uniformering

I&V-eisen gesteld door zorgverzekeraars, overheid (inclusief toezichthouders), beroeps- en wetenschappelijke verenigingen, organisaties die kwaliteitsregistraties beheren en/of kwaliteitscertificering

Tijdsbesteding X Uurtarief → P: kosten per administratieve handeling

Frequentie (per jaar) → Q: Aantal administratieve handelingen per jaar

% tijdsbesteding dat te voorkomen is door uniformering → U: Impact uniformering

Verwachte budgettaire impact per maatregel = P x Q x U[1]

- De budgettaire impact is uitgedrukt in een range (conservatief tot progressief scenario)
- Een uitgebreide onderbouwing van de verwachte budgettaire impact per maatregel is opgenomen in de appendix

1) Peildatum van openbare data bronnen is 30 mei 2022.

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)

2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)

3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)

4. MSZ (p. 34 – 86)

- 4.1 Menukaart van maatregelen ter reductie administratieve lasten
- 4.2 Onderzoeksaanpak om tot maatregelen te komen
- 4.3 Verschillenanalyse van I&V-eisen en geïdentificeerde aanknopingspunten

5. GGZ (p. 87 – 103)

6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)

7. Appendix (p. 189 – 274)

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)

2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)

3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)

4. MSZ (p. 34 – 86)

4.1 Menukaart van maatregelen ter reductie administratieve lasten

5. GGZ (p. 87 – 103)

6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)

7. Appendix (p. 189 – 274)

Selectie uit samenvatting – MSZ (1/3)

Analyse MSZ

De focusgebieden van het onderzoek zijn: de contractering van zorgverzekeraars, kwaliteitsregistraties en de I&V-eisen vanuit de overheid.

Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars stellen I&V-eisen aan de kwaliteit van zorg door uitvragen naar uitkomsten van kwaliteitsregistraties (via de Transparantiekalender, TK) en via aanvullende kwaliteitseisen. Verantwoording over rechtmatigheid en doelmatigheid van gedeclareerde zorg verloopt in toenemende mate via het zogenaamde Horizontaal Toezicht.

De aanknopingspunten voor uniformering zijn gebaseerd op het inkoopbeleid van zorgverzekeraars met meer dan 10% marktaandeel (Zilveren Kruis, VGZ, CZ en Menzis).

- *Verschillen in gelijksoortige eisen.* Zorgverzekeraars stellen in hun contractering deels dezelfde en deels andere eisen met betrekking tot kwaliteit van zorg. De verschillen zijn geïnventariseerd. Soms komen verschillen voort uit verschillende beleidskeuzes van zorgverzekeraars, soms lijken ze ook meer reflecties van een min of meer toevallige historische ontwikkeling. Er bestaan bijvoorbeeld duidelijke verschillen in de mate waarin zorgverzekeraars terugkoppeling vragen op de voortgang van het programma Zorg Evaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG).
- *Verdere implementatie Horizontaal Toezicht (HT).* HT is inherent een vorm van uniformering waarbij een zorgverzekeraar zich richt op controles van processen geïnitieerd en geïmplementeerd door het ziekenhuis zelf. Controles achteraf op declaraties worden vervangen door controle op de processen bij het ziekenhuis zelf. 42 ziekenhuizen zijn inmiddels over op HT. Van 23 loopt de uitvoering nog. HT is altijd gericht geweest op kwaliteitsverbetering en had van oudsher geen besparingsdoelstellingen.

Het onderzoeksteam heeft de volgende maatregelen voor de menukaart geïdentificeerd:

- *Standaardiseer de niet-concurrentiele voorwaarden in contracten maar houd ruimte voor zorgverzekeraar-specifieke invullingen (budgettaire impact = nihil).* In het onderzoek is een eerste opzet gemaakt van een categorisering van contractvoorwaarden in i) bepalende concurrentiele elementen (zoals prijs) die niet uniformeerbaar zijn en waarvan de zorgverzekeraars de relevantie kunnen aantonen, ii) innovatieve elementen waarin zorgverzekeraars ruimte hebben voor eigen beleidskeuzes en initiatieven die na enkele jaren worden geëvalueerd, en iii) basisvoorwaarden die kunnen worden geüniformeerd. Zorgverzekeraars kunnen (vanuit Zorgverzekeraars Nederland (ZN)) op basis van de verschilanalyse van dit onderzoek een voorstel maken voor deze uniformeerbare basisvoorwaarden. Op deze wijze wordt het stelsel en de bewegingsvrijheid van zorgverzekeraar die daarbinnen noodzakelijk en belangrijk is om (aantoonbaar) strategische doelen te realiseren bewust gerespecteerd, maar worden de I&V-eisen die daarvoor nauwelijks of niet relevant zijn wel maximaal geüniformeerd.

Selectie uit samenvatting – MSZ (2/3)

- *Vergemakkelijk de verantwoording over ZE&GG* (budgettaire impact = €0,2 tot €0,4 mln). Verander de gedetailleerde verantwoordingseisen in de vraag of het initiatief is ingevoerd en beleg de globalere inventarisatie en rapportage bij Zorginstituut Nederland (ZIN).
- *Continueer implementatie van horizontaal toezicht (HT)* (budgettaire impact = €2,5 tot €5,0 mln). Continueer de implementatie van Horizontaal Toezicht in de MSZ. Maak gebruik van de huidige structuren incl. het verbeteren van de uitkomsten uit de periodieke evaluatie waardoor het vertrouwen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars verder kan groeien.
- *Uniformeer het format voor de productiemonitor van zorgverzekeraars* (budgettaire impact = €0,2 tot €0,3 mln). Uniformeer het format van de productiemonitor tussen zorgverzekeraars, waardoor ook automatisch invullen sneller mogelijk wordt.

Kwaliteitsregistraties

Kwaliteitsregistraties geven aanknopingspunten voor uniformering:

- *Overlap tussen registraties.* Van de 94 onderzochte kwaliteitsregistraties hebben er 26 een directe inhoudelijke overlap. Er is een overlap tussen algemene en specifieke registraties, bijvoorbeeld tussen IKNL en de specifieke oncologie-registraties zoals de Dutch Lung Cancer Audit (van DICA). In de endoscopie is een overlap tussen drie registraties van DICA (DGEA, DRCE en ERCP).
- *Meer data verzameld dan gebruikt.* Er wordt beduidend meer data verzameld in kwaliteitsregistraties dan ook echt wordt gebruikt. Uit onderzoek blijkt dat 25% van de data wordt gebruikt voor kwaliteitsverbetering en dat zorgprofessionals gemiddeld 36% van de registraties als nuttig ervaren (variërend van 29% tot 62% voor individuele registraties). Dat is op zichzelf niet vreemd – van tevoren is het nut niet altijd vast te stellen, niet-gebruikte data kunnen later nog hun nut bewijzen, en niet-gebruikte data kunnen toch een bron zijn van wetenschappelijk onderzoek – maar het is wel een aanknopingspunt voor lastenreductie.
- *'Registratie aan de bron', beter invullen en delen van registraties.* Algemene patiëntkenmerken kunnen vaak niet automatisch worden gedeeld of automatisch uit EPD worden betrokken[1]. Data uit verschillende bronnen zijn vaak niet automatisch gekoppeld, data worden niet eenduidig geregistreerd en er is geen overzicht per patiënt uit meerdere registraties. Nederland heeft al lange tijd het standaardiseren van zorginformatie en uitwisseling hoog op de agenda staan. In de praktijk is voortgang lastig, vanwege het grote aantal betrokken partijen dat moet acteren.

Als vervolg op het rapport van de commissie Keuzenkamp zijn de commissies 'inhouds governance commissie' (IGC) en 'data governance commissie' (DGC) in het leven geroepen die moet besluiten over welke registraties verplichtend van aard worden en aan welke eisen dezen voldoen. Deze commissies (IGC en DGC) zouden ook uitdrukkelijk een taak kunnen krijgen in het reduceren van de administratieve lasten voor zover die voortvloeien uit kwaliteitsregistraties.

1) Patiëntkenmerken mogen nooit automatisch worden gedeeld, alleen na akkoord van de zorgverlener.

Selectie uit samenvatting – MSZ (3/3)

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa dient toe te zien op het uitvoeren van de afspraken.

Het onderzoeksteam heeft de volgende maatregelen voor de menukaart geïdentificeerd:

- *Evalueer consistent en regelmatig de inhoud van kwaliteitsregistraties* (budgettaire impact = €19,4 tot 36,2 mln). De inhouds governance commissie (IGC) voortgekomen uit de commissie Keuzenkamp zou ook een rol moeten krijgen in het evalueren van de inhoud van registraties. Verdeel de huidige indicatoren in een kernset die landelijk verplicht vastgesteld wordt en een flexibele set die ziekenhuizen vrijwillig kunnen gebruiken. De kernset kan periodiek worden geëvalueerd. Op deze wijze wordt het schrappen van indicatoren met een beperkte waarde een vaste werkwijze. In dit proces worden ook keuzes gemaakt in het uniformeren en hergebruiken van overlappende registraties (zoals van DICA en IKNL).
- *Accelereer 'Registratie aan de bron'* (budgettaire impact = €20,6 tot 55,0 mln)[1]. Het belang van eenduidig en eenmalig registreren van zorginformatie is groot. De implementatie van 'Registratie aan de bron' kan worden versneld door de plicht tot registratie uitdrukkelijk als een uitvloeisel van een publiek belang te benoemen, door de standaardisering onderdeel te maken van de eis/plicht tot registratie in het Register (te ontwikkelen o.b.v. traject Keuzenkamp), en de NFU en NVZ te vragen om namens alle ziekenhuizen gestandaardiseerde eisen te bundelen voor de EPD-aanbieders.

[vervolg maatregel] Wanneer ziekenhuizen 'maatwerk' EPD's hebben, zullen zij bij mogelijke lopende andere aanpassingen van en werkzaamheden aan hun systemen prioriteit moeten geven aan het faciliteren van de 'Registratie aan de bron', boven de andere 'maatwerk' verbeteringen, zodat er niet alleen sprake is van inhoudelijke standaardisatie, maar ook van een gemeenschappelijk tempo van implementatie. Vanuit de NZa kan worden toegezien op de snelheid van de implementatie.

Overheid

Het onderzoek heeft maar een beperkte mate van overlap geïdentificeerd tussen de I&V-eisen van de NZa, van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en van ZIN. Wel is er een aanknopingspunt in de overlap tussen SONCOS en andere lijsten. De voorgestelde maatregel is om de evaluatie van de Transparantiekalender te verbreden. Deze evaluatie vindt al jaarlijks plaats. Het onderzoeksteam adviseert om de overlap in activiteiten voortvloeiend uit SONCOS en de andere lijsten op te heffen en om vragen rondom dezelfde ziektebeelden in één lijst te clusteren.

1) Impact is niet één op één op te tellen bij de impact van maatregel 'Evalueer consistent en regelmatig de inhoud van kwaliteitsregistraties'. De totale besparing van de twee maatregelen is €36,1 tot €71,7 mln.

Maatregel 1 – MSZ (1/2)

Onderdeel: kwaliteitsregistraties

Evalueer consistent en regelmatig de inhoud van kwaliteitsregistraties	
Probleemanalyse	Het nut van leren en verbeteren d.m.v. landelijke data wordt niet betwist, beroepsgroepen zelf zijn veelal ook de drijver achter de kwaliteitsregistraties. De registraties zijn tegelijkertijd ook belastend voor professionals. Uit de interviews komt het beeld naar voren dat zorgverleners een deel van de totale kwaliteitsregistratie niet als nuttig ervaren. Dit beeld wordt ondersteund door recent onderzoek[1].
Maatregel	Verbeter de lusten van kwaliteitsregistraties: a) Onderwerp elke registratie aan een periodieke evaluatie (twee jaar) in de inhouds governance commissie (IGC) over het gebruik van de registratie en maak op basis van deze evaluatie aanpassingen: i) doorgaan op de huidige manier, ii) verbeterplannen en aanpassingen of schrappen bij suboptimaal gebruik van de registratie b) Pas registraties aan naar het model van een 'kernregistratie met een flexibele schil'. – Verdeel de huidige indicatoren in een kernset die landelijk verplicht vastgesteld wordt en een flexibele set die ziekenhuizen vrijwillig kunnen gebruiken. – De kernset kan periodiek worden geëvalueerd. c) Uniformeer en hergebruik data van verschillende registraties – Verbeter i) de samenwerking tussen IKNL en DICA[2], ii) het hergebruik van dezelfde data in de registraties rondom endoscopie en iii) het hergebruik van dezelfde data in sub-registraties binnen één registratie. – Stel (vanuit VWS) verbeterde samenwerking als voorwaarde aan subsidies
Effect op administratieve lasten	De indicatoren binnen een registratie worden op een systematische manier geëvalueerd zodat het deel dat niet wordt gebruikt/als onnuttig wordt ervaren niet meer wordt uitgevraagd. Zorgverleners (artsen, verpleegkundigen en kwaliteitsmedewerkers) zijn hierdoor minder tijd kwijt aan de kwaliteitsregistraties. De maatregelen rondom kwaliteitsregistraties zijn geschreven vanuit het perspectief van administratieve lasten. In aanvulling op deze vermindering zijn er meer verbeteringen te verwachten zoals een betere terugkoppeling naar artsen en een verbetering van de kwaliteit van zorg voor patiënten.
Effect op informatiewaarde	Het effect op de informatiewaarde is beperkt omdat de maatregel alleen effect heeft op de gegevens die als niet nuttig worden ervaren. Er bestaat wel een risico dat een indicator nu niet, maar op termijn wél als nuttig kan worden ervaren.
Actieplan en tijdlijn	De IGC is gevormd en geeft op dit moment haar toetsingscriteria vorm. Het is de verwachting dat zij deze in de zomer van 2022 presenteert. Het zou de ambitie moeten zijn om de maatregel al toe te passen bij de eerste keer dat de IGC de 'kandidaat-registraties' toetst om in het register te komen. Het effect is niet meteen te verwachten, gegeven dat de benodigde aanpassingen tijd en intensief overleg vragen. De verwachting is dat in 2024 de helft van de impact gerealiseerd kan worden, en de tweede helft in 2025.

1) Zegers, et al. (2020), Perceived Burden Due to Registrations for Quality Monitoring and Improvement in Hospitals: A Mixed Methods Study.
2) Er is recent een onderzoek uitgevoerd naar de mogelijkheden tot verbeterde samenwerking tussen IKNL en DICA. Om niet in dit traject te interveniëren, gaat deze maatregel hier niet in meer detail op in. Dit onderzoek was ten tijde van het schrijven van deze rapportage niet openbaar.

Maatregel 1 – MSZ (2/2)

Onderdeel: kwaliteitsregistraties

Evalueer consistent en regelmatig de inhoud van kwaliteitsregistraties	
Mededingings-rechtelijke evaluatie	Er zijn geen mededingingsrechtelijke risico's.
AVG risico	• In interviews is opgebracht dat de maatregel AVG risico's met zich mee kan brengen: het beheren en bewerken van kwaliteitsregistraties kan privacy risico's hebben • De onderzoekers hebben dit niet verder onderzocht.
Budgettaire impact	De totale verwachte impact is €19,4 tot €36,2 mln. Impact wordt gedreven door een vermindering in administratieve lasten, gedreven door 'nuttige' kwaliteitsregistraties van 29% tot 62% bij zorgverleners: • Impact medisch specialisten: €6,0 tot €12,3 mln. Aannames: 12k FTE besteed 30 min per dag aan kwaliteitsmetingen (kosten ms: €89 per uur), waarvan 25% aan kwaliteitsregistraties. Hiervan wordt 38% tot 71% als niet-nuttig geacht[1]. Een marge van 50% wordt genomen op het besparingspotentieel omdat 38% tot 71% o.b.v. self-report is bevonden. • Impact verpleegkundigen: €11,6 tot €21,5 mln. Aannames: 56k FTE besteed 40 min per dag aan kwaliteitsmetingen (kosten €28 per uur), waarvan 25% aan kwaliteitsregistraties. Hiervan wordt 38% tot 71% als niet-nuttig geacht1. Een marge van 50% wordt genomen op het besparingspotentieel omdat 38% tot 71% o.b.v. self-report is bevonden. • Impact kwaliteitsmedewerkers: €1,8 tot €3,3 mln. Aannames: 376 FTE besteed 4,8 uur per dag aan kwaliteitsmetingen (kosten: €40 per uur), waarvan 57% aan kwaliteitsregistraties. Hiervan wordt 38% tot 71% als niet-nuttig geacht1. Een marge van 50% wordt genomen op het besparingspotentieel omdat 38% tot 71% o.b.v. self-report is bevonden. Het evalueren en aanpassen van de inhoud van kwaliteitsregistraties is de gangbare praktijk (de manier waarop veranderd door de maatregel), hier is geen extra investering voor nodig.

1) Ziekenhuizen gebruiken software pakketten (bijv. van Epic, Chipsoft, Nexus, etc.) en hebben naast de standaard functionaliteiten, ook maatwerk toegevoegd. Dit maatwerk is vaak niet hetzelfde in alle ziekenhuizen.

Maatregel 2 – MSZ (1/4)

Onderdeel: kwaliteitsregistraties

Accelereer ‘Registratie aan de bron’	
Probleemanalyse	‘Registratie aan de bron’ is een bewezen effectieve manier om de administratieve lasten te verminderen. Grootschalige implementatie komt echter niet van de grond: • Baten en lasten van het invoeren van ‘Registratie aan de bron’ zijn gefragmenteerd. Invoering vraagt om technologie investeringen van ziekenhuizen en prioriteit bij bestuur en artsen, het bespaart voornamelijk assistent-tijd (bij ziekenhuizen), maar vraagt inhoudelijke afstemming bij o.a. beroepsverenigingen. Ziekenhuizen zijn ook (deels) afhankelijk van het ontwikkeltempo van EPD-leveranciers. • ‘Registratie aan de bron’ is veel werk voor élk ziekenhuis. De benodigde technologische aanpassingen in ziekenhuizen lijken op het eerste gezicht eenvoudig op te schalen omdat er twee grote EPD leveranciers zijn. De gekozen implementatie bij ziekenhuis X zou relatief eenvoudig bij ziekenhuis Y kunnen worden ingevoerd. Maar, omdat ziekenhuizen in de praktijk veel ‘maatwerk’ EPD’s hebben, is het opschalen van implementatie niet altijd mogelijk[1]. Voor elk ‘maatwerk’ EPD is namelijk een aparte implementatie nodig, waardoor het implementatiewerk pro-rata toeneemt met het aantal ziekenhuizen dat ‘Registratie aan de bron’ implementeert. Vanwege bovenstaande concurreert ‘Registratie aan de bron’ met andere (maatwerk) verbeteringen van het EPD. De (sub)maatregelen geeft alle partijen (de Data Governance Commissie vanuit traject Keuzenkamp, ziekenhuizen, EPD-leveranciers, VWS, NZa) een rol om de implementatie te accelereren.

1) Ziekenhuizen gebruiken software pakketten (bijv. van Epic, Chipsoft, Nexus, etc.) en hebben naast de standaard functionaliteiten, ook maatwerk toegevoegd. Dit maatwerk is vaak niet hetzelfde in alle ziekenhuizen.

Maatregel 2 – MSZ (2/4)

Onderdeel: kwaliteitsregistraties

Accelereer ‘Registratie aan de bron’	
Maatregel	Accelereer ‘Registratie aan de bron’ door het prioriteit te geven en de invoering nadrukkelijk als uitvloeisel van publiek belang te benoemen. Dit vraagt i) afstemmen welke uitkomsten de registratie moet bieden, ii) formuleren van een taal (ZIB), en iii) inrichten van de technologie. a) Maak de beheerders van de kwaliteitsregistraties en beroepsgroepen verantwoordelijk voor het afstemmen welke uitkomsten de registratie moet bieden (stap i) en het formuleren van een uniforme taal (stap ii); b) Implementeer kwaliteitsregistraties alléén in ziekenhuizen, wanneer zij door de data-governance commissie (DGC, vanuit traject Keuzenkamp) in het landelijke register zijn opgenomen. Neem als voorwaarde voor het landelijke register op, dat registraties binnen één jaar overeenstemming hebben bereikt over i) de uitkomsten en ii) de taal (ZIB), met maximaal één jaar uitloop; c) Vraag aan ziekenhuizen gezamenlijk op te trekken in hun eisen richting EPD-leveranciers om de technologie goed in te richten (stap iii), leg de verantwoordelijkheid om deze eisen de coördineren bij NFU en NVZ. Wanneer ziekenhuizen ‘maatwerk’ EPD’s hebben, zullen zij bij mogelijke lopende andere aanpassingen van en werkzaamheden aan hun systemen prioriteit moeten geven aan het faciliteren van de ‘Registratie aan de bron’, boven de andere ‘maatwerk’ verbeteringen. d) Over a tot en met c kunnen bijvoorbeeld in het Integraal Zorgakkoord afspraken worden gemaakt. De overheid dient daarbovenop een centrale regierol te nemen. Concreet betekent dit: e) Coördineer vanuit VWS een programma waarin gestructureerd lessen worden getrokken over de implementatie van ‘Registratie aan de bron’. Lessen zijn o.a. samenwerkingsverbanden, IT-vereisten, financiën (business case), etc. VWS dient deze lessen aan ziekenhuizen en EPD-leveranciers aan te bieden, en prikkels te introduceren om de goede praktijken op te schalen. f) Introduceer vanuit VWS pilots om van ongestructureerde data (de vrije tekstvelden), gestructureerde data te maken. Veel artsen maken hiervan gebruik, en het is uitdagend gebleken om deze cultuur aan te passen. Het implementeren van deze mogelijkheden kost geld, en individuele ziekenhuizen hebben daar de financiering niet voor. Het is aan VWS om deze pilots op te starten en structureel in kaart te brengen wat de effecten zijn op administratieve lasten, administratieve irritaties en wat de benodigde (financierings-)voorwaarden zijn (en hoe die in te passen zijn in reguliere begrotingssystematiek). Zie vanuit NZa toe op de snelheid van de implementatie van a) t/m e) en deel dit jaarlijks met de Kamer. De (sub)maatregelen verwachten wat van alle betrokkenen. De (sub) maatregelen geven een regierol aan VWS en een toezichthoudende rol aan de Nza . De (sub-)maatregel stelt als eis voor toelating aan het te ontwikkelen Register ('van Keuzenkamp) dat een registratie binnen één jaar overeenstemming hebben bereikt over de uitkomsten en de taal. Het laatste zorgt voor een extra stimulans vanuit de kwaliteitsregistraties zelf om stappen te zetten met ‘Registratie aan de bron’.

Maatregel 2 – MSZ (3/4)

Onderdeel: kwaliteitsregistraties

Accelereer ‘Registratie aan de bron’	
Effect op administratieve lasten	Medisch specialisten, verpleegkundigen en kwaliteitsmedewerkers zijn minder tijd kwijt aan het registeren, controleren en delen van de indicatoren binnen de kwaliteitsregistraties en de kans op fouten verminderd door minder handmatige invoer. De maatregelen rondom kwaliteitsregistraties zijn geschreven vanuit het perspectief van administratieve lasten. In aanvulling op deze vermindering zijn er meer verbeteringen te verwachten zoals een betere terugkoppeling naar artsen en een verbetering van de kwaliteit van zorg voor patiënten.
Effect op informatiewaarde	De informatiewaarde zal toenemen door vermindering van fouten (betere kwaliteit van de data).
Actieplan en tijdlijn	a en b) De DGC is gevormd en geeft op dit moment haar toetsingscriteria vorm. Het is de verwachting dat zij deze in de zomer van 2022 presenteert. Het zou de ambitie moeten zijn om de maatregel al toe te passen bij de eerste keer dat de IGC de ‘kandidaat-registraties’ toetst om in het register te komen. Het effect is niet meteen te verwachten gegeven dat de benodigde aanpassingen veel tijd en intensief overleg vragen. c) Ziekenhuizen dienen in de tweede helft van 2022 en in de eerste helft van 2023 in overleg te gaan hoe hun eisen richting software leveranciers vorm te geven d en e) VWS dient z.s.m. de geschetste regieverantwoordelijkheid te nemen f) NZa dient vanuit 2023 toe te zien op de voortgang en dit te rapporteren De verwachting is dat in 2024 de helft van de impact gerealiseerd kan worden, en de tweede helft in 2025.
Mededingings-rechtelijke evaluatie	Er zijn geen mededingingsrechtelijke risico’s.
AVG risico	• In de werksessies en paneldiscussies is opgebracht dat de maatregel AVG risico’s met zich mee kan brengen: het beheren en bewerken van kan privacy risico’s hebben • De onderzoekers hebben dit niet verder onderzocht

1) Impact van de maatregel t.o.v. de huidige situatie. Wanneer maatregel 1 eerst volledig geïmplementeerd wordt, is de totale verwachte impact van maatregel 2 nog €28,1 tot €75,0 mln. 2) ‘Registratie aan de bron’ (2022), Eindrapportage 2019-2022. Vanuit twee voorbeelden van implementatie van ‘Registratie aan de bron’ is aangetoond dat de administratieve lasten met 30% tot 80% kan afnemen.

Maatregel 2 – MSZ (4/4)

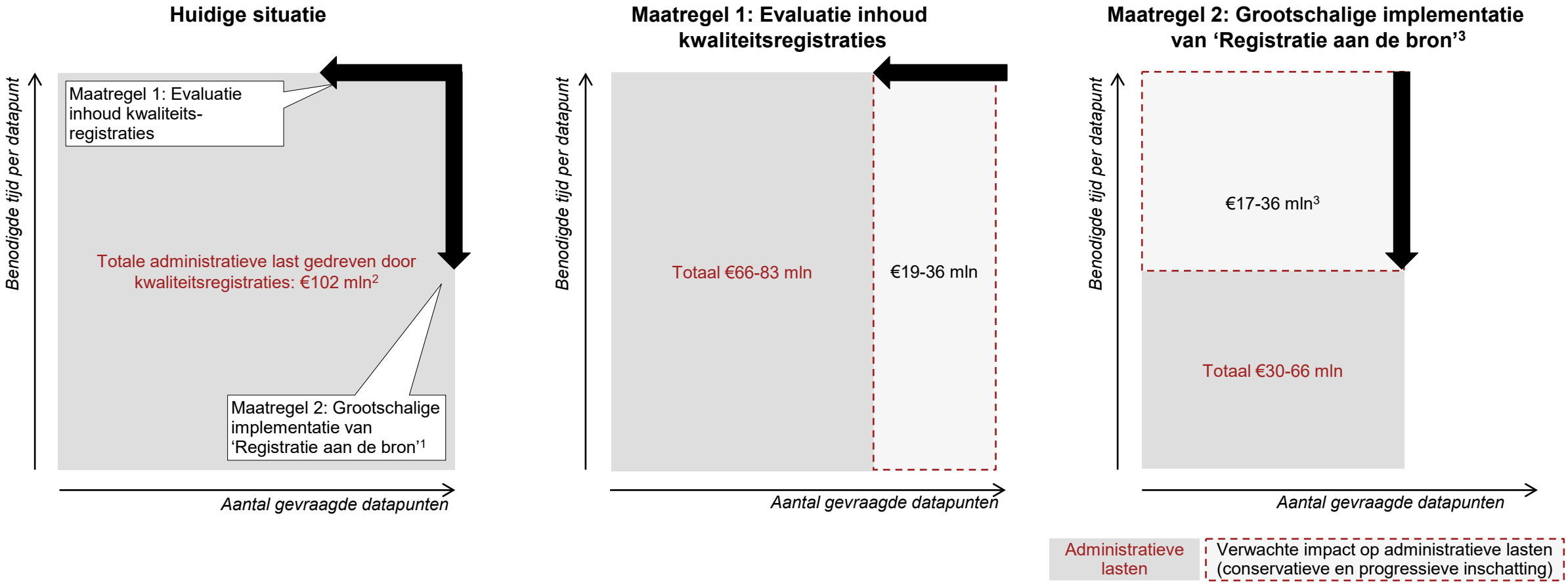
Onderdeel: kwaliteitsregistraties

Accelereer ‘Registratie aan de bron’	
Budgettaire impact[1]	De totale verwachte impact is €20,6 tot €55,0 mln[1]. Impact wordt gedreven door een vermindering in administratieve lasten van 30%-80%[2] zorgverleners: • Impact medisch specialisten: €6,4 tot €17,2 mln. Aannames: ~12k FTE besteed 30 min per dag aan kwaliteitsmetingen, waarvan 25% aan kwaliteitsregistraties. Hiervan kan 30%-80% bespaard worden door ‘Registratie aan de bron’ (kosten medisch specialist: €89 per uur) • Impact verpleegkundigen: €12,3 tot €32,8 mln. Aannames: 56k FTE besteed 40 min per dag aan kwaliteitsmetingen, waarvan 25% aan kwaliteitsregistraties. Hiervan kan 30%-80% bespaard worden door ‘Registratie aan de bron’ (kosten verpleegkundige: €28 per uur) • Impact kwaliteitsmedewerkers: €1,9 tot €5,0 mln. Aannames: 376 FTE besteed 4,8 uur per dag aan kwaliteitsmetingen (kosten: €40 per uur), waarvan 57% aan kwaliteitsregistraties. Hiervan kan 30%-80% bespaard worden door ‘Registratie aan de bron’ Voor de invoering van de maatregel zijn additionele investeringen nodig: • a, b, c en f) stappen kunnen worden uitgevoerd binnen bestaande structuren, maar dienen wel beleidsprioriteit te krijgen. • d en e) Additionele investering nodig om i) de kosten voor de aanpassing van de technologie en ii) de implementatie van de ZIB in de nieuwe technologie te dekken. Het advies is om de middelen vanuit het integraal zorgakkoord (ter besteding van de zorgverzekeraars aan de vermindering van administratieve lasten) hieraan te besteden. In de opschaling dienen zorgverzekeraars en ziekenhuizen de benodigde investering mee te nemen in hun onderhandeling.

1) Impact van de maatregel t.o.v. de huidige situatie. Wanneer maatregel 1 eerst volledig geïmplementeerd wordt, is de totale verwachte impact van maatregel 2 nog €16,7 tot €35,5 mln. 2) ‘Registratie aan de bron’ (2022), Eindrapportage 2019-2022. Vanuit twee voorbeelden van implementatie van ‘Registratie aan de bron’ is aangetoond dat de administratieve lasten met 30% tot 80% kan afnemen.

De impact van maatregel 1 en 2 overlapt: de totale potentiële besparing is €41 miljoen tot €96 miljoen

Illustratie van verhouding impact van beide maatregelen



1) Aanname: tijdswinst door 'Registratie aan de bron' is evenredig verdeeld over nuttige en niet-nuttige registraties.
2) Totaal is berekend o.b.v. de administratieve lasten die in maatregel 1 en 2 zijn beschreven.
3) T.o.v. het progressie scenario van maatregel 1

Maatregel 3 – MSZ (1/2)

Onderdeel: zorgverzekeraars

Standaardiseer de niet-concurrentiele voorwaarden in contracten maar houd ruimte voor zorgverzekeraar-specifieke invullingen	
Probleemanalyse	Contracten van zorgverzekeraars met ziekenhuizen verschillen aanzienlijk. Dit geldt zowel voor het 'basiscontract', als de aanvullende eisen. Aanbieders zijn nu veel tijd kwijt aan het i) begrijpen van de verschillende contracten en ii) voldoen aan de verschillen in voorwaarden. De rol van de zorgverzekeraars in het stelstel vereist individuele ruimte in het contract voor eigen doelstellingen. Een forse uniformeringsslag is mogelijk, met niet/nauwelijks nadelen voor de rol van de zorgverzekeraar.
Maatregel	Verdeel de contractelementen in drie categorieën: 1. Bepalend concurrentieel element: zorgverzekeraars voor deze elementen differentiëren in elke mate die zij noodzakelijk achten 2. Innovatief element: zorgverzekeraars kunnen (tijdelijk) differentiëren voor deze elementen, mits zij deze differentiatie evalueren en de toegevoegde waarde aantonen 3. Uniformeerbaar element: zorgverzekeraars uniformeren elementen die geen of beperkt concurrentieel voordeel bieden PwC Strategy& heeft een eerste aanzet gezet welke elementen in welke categorie passen (zie appendix). Het is aan zorgverzekeraars om dit verder uit te werken. Op deze wijze wordt het stelsel en de bewegingsvrijheid van zorgverzekeraars om (aantoonbaar) strategische doelen te realiseren, niet dichtgezet, maar wordt wel maximaal geüniformeerd.
Effect op administratieve lasten	Door het uniformeren van elementen uit de contracten besparen aanbieders tijd doordat i) het minder tijd kost de contracten te begrijpen en af te sluiten (eenmalig jaarlijks tijdsvoordeel) en ii) er minder uiteenlopende voorwaarden hoeven worden geïmplementeerd in het primaire proces van aanbieders (voortdurend tijdsvoordeel).
Effect op informatie-waarde	Sommige elementen van deze contracten zijn te uniformeren zonder dat het de rol van de zorgverzekeraars in het stelstel aanpast. Zorgverzekeraars leveren wel bepaalde vrijheden in (bijv. door het gebruiken van heel specifieke definities, of stellen van specifieke voorwaarden die geen bepalend concurrentieel element zijn), maar dit zal niet of nauwelijks ten koste gaan van de ervaren of gerealiseerde kwaliteit, toegankelijkheid en/of kosten van zorg. Het is niet mogelijk noch wenselijk om de contracten *volledig* te uniformeren, gezien de rol van zorgverzekeraars in het stelsel en het mededingingsrecht.
Actieplan en tijdlijn	In ZN-verband bestaan er verschillende werkgroepen die raken aan deze maatregel. Idealiter vindt de implementatie van de maatregel plaats in één van deze bestaande werkgroepen, en wordt er niet een aparte werkgroep voor opgetuigd. ZN kan dit proces coördineren. Het advies is om de aanbieders in een vroeg stadium van dit proces te betrekken. Het indelen van de contractelementen in de drie categorieën en het bepalen van wat er wordt geüniformeerd vergt tijd. Gegeven de verwachting dat een klein aantal elementen in de categorie 'uniformeerbaar element' valt, is de verwachting dat de impact in 2024 zichtbaar moet zijn.

Maatregel 3 – MSZ (2/2)

Onderdeel: zorgverzekeraars

Standaardiseer de niet-concurrentiele voorwaarden in contracten maar houd ruimte voor zorgverzekeraar-specifieke invullingen	
Mededingings-rechtelijke evaluatie	Het mededingingsrecht is een belemmering voor volledige uniformering (bijv.: uniformering op prijs is niet toegestaan), maar biedt wel ruimte voor gedeeltelijke uniformering. De appendix bevat de eerste aanzet tot categorisering van de elementen, incl. een toets op de mededinging per element.
Budgettaire impact	De totale verwachte impact is nihil (minder dan €0,1 mln). Aanname: slechts een klein deel van de contracten is te uniformeren, omdat een groot deel van de contractonderhandelingen gaan over prijs en volume (hierop mag niet geüniformeerd worden). Implementatie van de maatregel dient een beleidsprioriteit te worden. Betrokken partijen dienen capaciteit toe te wijzen om de maatregel door te voeren. Het aanwijzen van prioriteit om capaciteit vrij te spelen is de gangbare praktijk, hier is geen extra investering voor nodig. Onderzoekers zijn zich er van bewust dat er op dit moment geen overcapaciteit bij partijen is.

Maatregel 4 – MSZ

Onderdeel: zorgverzekeraars en overheid

Vergemakkelijk de verantwoording over ZE&GG	
Probleemanalyse	Om de implementatie van de ZE&GG-doelen te waarborgen, zijn deze opgenomen in de contractering van zorgverzekeraars. De huidige manier van verantwoording over de implementatie agenda is administratief belastend[1]. De rapportage over de ZE&GG-doelen is al op hoofdlijnen. De administratieve belasting komt enerzijds doordat er geen eenduidige definities zijn over i) wat en hoe gemeten wordt en ii) de criteria om te 'slagen'. Anderzijds komt dit doordat zij maandelijkse afstemming hebben met verzekeraars waarna de uitkomsten daarna bij ZE&GG worden ingediend.
Maatregel	Vergemakkelijk de verantwoording over de implementatieagenda van ZE&GG. Het is van evident belang dat de ZE&GG-doelen geïmplementeerd worden, ook gezien het positieve effect dat zij hebben op gepast gebruikt. De maatregel is er op gericht om het rapporteren hierop makkelijker te maken: a) Schets voor nieuw te formuleren doelstellingen duidelijke kaders over het wat, hoe en criteria voor slagen, en bekijk of dit ook voor de huidige doelen kan gebeuren waar deze nog niet door het merendeel van de aanbieders zijn volbracht (en dus nog op gerapporteerd wordt). b) Beleg de verantwoordelijkheid om de rapportage te verzamelen en transparant te maken bij het Zorginstituut Nederland (de inhoudelijke verantwoordelijkheid ligt *niet* bij het ZIN, maar bij het ZE&GG programma). Een centrale plek voor verzameling en transparantie uniformering zal versnellen. ZIN is hiervoor aangewezen omdat i) door een centrale en onafhankelijk instituut wordt de kans verkleind op uiteenlopende implementaties tussen verzekeraars (bijv. formats) en ii) ziekenhuizen hebben ervaring met hoe zij data bij ZIN moeten aanleveren, en hoeven de ZE&GG onderwerpen dan niet meer apart bij ZE&GG in te dienen.
Effect op administratieve lasten	Door de maatregel besteden kwaliteitsmedewerkers uit ziekenhuizen minder tijd aan de rapportage over de implementatieagenda (ZE&GG-doelen).
Effect op informatie-waarde	Door de maatregel hebben alle relevante partijen toegang tot de informatie.
Actieplan en tijdlijn	Een manier om de verantwoordelijk over de ZE&GG-doelen relatief makkelijk te implementeren is door het toevoegen ervan op de Transparantiekalender (TK). De verwachting is dat dit in 2023 al mogelijk zou moeten kunnen zijn.
Mededingings-rechtelijke evaluatie	Er zijn geen mededingingsrechtelijke risico's omdat de eerdere keuze om implementatie van ZE&GG op te nemen in de contracten van de zorgverzekeraars een praktische, administratieve keuze is geweest die geen commerciële achtergrond had.
Budgettaire impact	De totale verwachte impact is €0,2 tot €0,4 mln. Aannames: per ziekenhuis wordt 12 tot 22 uur per maand besteed aan verslaglegging (verspreid over meerdere personen) van de ZE&GG-doelen (kosten kwaliteitsmedewerker: €40 per uur), hiervan kan 50% bespaard worden, gedreven door een vergemakkelijk van de verantwoording. Het aanvullen van de TK is de gangbare praktijk, hier is vanuit het ZIN geen extra investering voor nodig.

1) Website ZE&GG, pagina "partijen verbinden ter bevordering van gepast gebruik van zorg'. Zie https://www.zorgevaluatiegepastgebruik.nl/wat-wij-doen/

Maatregel 5 – MSZ (1/2)

Onderdeel: zorgverzekeraars

Continuering implementatie van Horizontaal Toezicht (HT)	
Probleemanalyse	HT komt voort uit een traject dat is opgestart door zorgaanbieders en zorgverzekeraars, maar is nog niet in elk ziekenhuis geïmplementeerd. HT heeft het potentieel om de administratieve last bij ziekenhuizen en zorgverzekeraars te verminderen, en de kosten van (externe) assurance te verlagen[1].
Maatregel	Continueer de implementatie van Horizontaal Toezicht in de MSZ. Maak gebruik van de huidige structuren incl. het verbeteren van de uitkomsten uit de periodieke evaluatie waardoor het vertrouwen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars verder kan groeien. Een aandachtspunt in de verdere implementatie van HT is de focus op de daadwerkelijk materiële risico's (i.p.v. risico's met een beperkte financiële impact) om de administratieve lasten van HT te beperken.
Effect op administratieve lasten	Het primaire doel van HT is om de aanbieders meer 'in control' te laten zijn. Onderliggend gaat het hier om de wettelijke taak van zorgverzekeraars om zorg te dragen voor de rechtmatigheid van de geleverde zorg. Een bijkomend voordeel van HT is dat het de administratieve lasten verlicht omdat i) ziekenhuizen declaraties 'first time right' invullen en dus geen administratieve lasten hebben aan het corrigeren van afgekeurde declaraties en ii) zorgverzekeraars minder tijd kwijt zijn aan het controleren van de rechtmatigheid van geleverde zorg in ziekenhuizen, iii) ziekenhuizen bij een volwassen implementatie van HT minder kosten maken aan externe assurance rapportages.
Effect op informatie-waarde	De informatiewaarde neemt voor zorgverzekeraars en ziekenhuizen toe.
Actieplan en tijdlijn	Het merendeel van de ziekenhuizen (47) is over op HT, waarvan de meeste ziekenhuizen in 2020 zijn overgegaan. Bij 28 ziekenhuizen loopt de invoering nog[2]. Deze maatregel raakt niet aan de inhoud en/of invoering van HT maar is een doorrekening van de impact van HT. De maatregel gaat dan ook uit van het huidige actieplan en verwacht dat in 2024 65 ziekenhuizen over zijn op HT. De impact is drie jaar na de overstap te verwachten. Vanaf 2024 is ~60% van de impact te verwachten, vanaf 2027 de gehele impact.
Mededingings-rechtelijke evaluatie	Er zijn geen mededingingsrechtelijke risico's omdat de maatregel de inhoudelijke invulling van HT niet aanpast.

1) ZN geeft dat HT een initiatief is dat nog in de kinderschoenen staat, en dat – doordat de implementatie nog niet is afgerond – een vermindering van administratieve lasten nog niet aan de orde is. De maatregel is opgenomen op de menukaart als een stip aan de horizon, de impact wordt gedeeltelijk vanaf 2024 verwacht.
2) Gebaseerd op de website Horizontaaltoezichtzorg.nl (op 28 juni 2022). 47 ziekenhuizen zitten in fase E, de overige ziekenhuizen zitten in fase A-D of zijn onbekend.

Maatregel 5 – MSZ (2/2)

Onderdeel: zorgverzekeraars

Continuering implementatie van Horizontaal Toezicht (HT)

Budgettaire impact

De totale verwachte impact is €2,5 tot €4,9 mln. De impact wordt gedreven door:

- Impact vanuit ziekenhuizen: €1,5 tot €2,9 mln. Vanuit ziekenhuizen zijn verschillende geluiden hoorbaar, enerzijds wordt aangegeven dat de administratieve lasten afnemen, anderzijds wordt aangegeven dat het 'in control' zijn veel vraagt van medewerkers uit ziekenhuizen. De onderzoeken verwachten dat in de eerste 2/3 jaar na implementatie van HT, de administratieve last zal stijgen, om vervolgens in jaar 3 te stabiliseren. De onderzoekers sluiten hierbij aan bij de business case van HT[1].
  De onderzoekers voegen hieraan toe dat het redelijk is om te verwachten dat wanneer HT op een volwassen manier in werking is, de administratieve lasten zullen dalen. Naar verwachting is dit met name het geval bij 'onderhoud control framework en *testing*[1]". Aannames: 65 ziekenhuizen gaan over op HT, verwachte efficiëntieslag van 25-50% op de post 'onderhoud control framework en *testing* (€90.000).
- Impact vanuit zorgverzekeraars:
  - €1,0 tot €2,0 mln. Zorgverzekeraars voeren bij minder ziekenhuizen controles uit door HT. In de eerste fase van de overstap naar HT kost de implementatie van HT per ziekenhuis relatief veel tijd, in vergelijking met de situatie voor HT. De verwachting van de onderzoekers is dat dit naar verloop van tijd kan worden afgebouwd, en er daardoor tijdswinst bij de zorgverzekeraars mogelijk is. Aannames: er werken naar schatting ~53 FTE vanuit zorgverzekeraars aan HT, de kosten HT medewerker zijn €92.000 per jaar, er is een verwachte efficiëntieslag van 20% tot 40% vanuit zorgverzekeraars.
  - Doordat ziekenhuizen meer in control zijn, is de kans op fraudeonderzoeken ook minder. Alhoewel het nog te vroeg is om deze trend te bevestigen, zijn de eerste signalen inderdaad dat er minder fraudeonderzoeken worden uitgevoerd vanuit zorgverzekeraars.
- Impact vanuit (kosten voor) externe *assurance*: €0,6 tot €1,0 mln. De externe controle van accountants is verbreed t.o.v. de situatie voor HT. Bij een volwassen implementatie en een groter vertrouwen tussen zorgverzekeraar en ziekenhuis zijn een deel van de *assurance* rapportages niet meer nodig (zoals rapportages m.b.t. IT beheersing onderliggend aan het control framework). Aannames: 65 ziekenhuizen gaan over op HT, in 15-25% van de ziekenhuizen stelt een *assurance* rapport op m.b.t. de IT beheersing onderliggend aan het control framework, 100% van deze rapportages kan afgebouwd worden, een gemiddelde rapportage kost €60.000.

De maatregel gaat uit van het huidige actieplan, er is geen additionele investering nodig.

1) Horizontaal Toezicht Zorg (2017), Businesscase HT (versie 1.0 definitief)

Maatregel 6 – MSZ

Onderdeel: zorgverzekeraars

Uniformeer het format van de productiemonitor van zorgverzekeraars	
Probleemanalyse	Zorgverzekeraars vragen elk kwartaal (soms elke maand) aan aanbieders de productie per schadejaar per ziekenhuis voor hun verzekerdenpopulatie op (zowel gerealiseerd als prognose). De informatie die in deze monitoren wordt uitgevraagd is (op hoofdlijnen) hetzelfde voor elke zorgverzekeraar: volumes en omzet (opgesplitst in DOTs, dure geneesmiddelen en OVPs). Zorgverzekeraars gebruiken hier verschillende formats voor. Hierdoor moeten analisten bij ziekenhuizen i) voor elke zorgverzekeraar op een andere manier de data destilleren uit de brondata, ii) de formats handmatig invullen en iii) de formats aandachtig handmatig controleren.
Maatregel	Uniformeer het format van de productiemonitor tussen zorgverzekeraars, waardoor ook automatisch invullen sneller mogelijk wordt. Het gaat hier specifiek om de algemene productiemonitor zoals hierboven omschreven, en niet om de monitoring van eventuele heel specifieke afspraken tussen zorgverzekeraar en aanbieder. In het kader van administratieve lasten adviseren de onderzoekers om de geüniformeerde productiemonitor eens per kwartaal uit te vragen, en niet maandelijks.
Effect op administratieve lasten	Door de maatregel is het voor analisten makkelijker om de productiemonitoren in te vullen en is het ook mogelijk de productiemonitoren automatisch te laten vullen (door een standaard automatische koppeling te maken tussen het format en de brondata). De analisten zullen nog wel de ingevulde formats contoleren, maar door de vermindering van handmatig werk is het proces minder foutgevoelig en kost de controle minder tijd.
Effect op informatie-waarde	Zorgverzekeraars vragen in principe dezelfde informatie uit, deze informatiewaarde blijft dan ook gelijk. Zorgverzekeraars krijgen de informatie nog maar eens per kwartaal, in plaats van nu maandelijks (in sommige instanties).
Actieplan en tijdlijn	Het is al mogelijk om binnen de nalevingsmodule van VECOZO een productiemonitor uit te vragen. Drie zorgverzekeraars gebruiken dat al of gaan deze functie binnenkort gebruiken. Het advies is om een bijeenkomst tussen de verschillende zorgverzekeraars te organiseren om te bezien of elke zorgverzekeraar op deze manier de productiemonitor kan uitvragen en of dit per kwartaal kan. De maatregel betreft een procesmaatregel waarover zorgverzekeraars naar verwachting relatief makkelijk overeenstemming kunnen bereiken, de impact is dan ook vanaf 2023 te verwachten.
Mededingings-rechtelijke evaluatie	Er zijn geen mededingingsrechtelijke risico's.
Budgettaire impact	De totale verwachte impact is €0,2 tot €0,3 mln. Aannames: elk ziekenhuis vult voor acht zorgverzekeraars een productiemonitor in, de productiemonitor wordt nu eens per kwartaal gevuld[1], een kwaliteitsmedewerker is vier uur per zorgverzekeraar bezig (kosten €40 per uur), medewerkers zijn 50% (geüniformeerd format zonder automatische koppeling) tot 75% (geüniformeerd format met automatische koppeling) minder tijd kwijt met de productiemonitoren Het eens worden over een uniform format van de productiemonitor kost naar verwachting niet veel overleg, hier is geen extra investering voor nodig.

1) De doorrekening gaat uit van een huidige aanlevering van eens per kwartaal, en dat dit constant blijft. De enige variabele die in de doorrekening een effect heeft is dus de efficiëntieslag per 'keer' dat de monitor wordt ingevuld. De doorrekening neemt hiermee een conservatieve afslag omdat de monitor in de huidige situatie incidenteel ook maandelijks wordt uitgevraagd.

Maatregel 7 – MSZ

Onderdeel: overheid (en indirect zorgverzekeraars)

Verbreed evaluatie Transparantiekalender (TK)	
Probleemanalyse	De inhoud van de TK wordt jaarlijks geëvalueerd en aangevuld, zo zijn vanaf dit jaar ook de SONCOS indicatorensets op de TK gezet. Binnen de TK is alsnog sprake van een kleine overlap: • Enkele vragen vanuit de SONCOS indicatorensets komen ook terug in andere indicatorensets, hierdoor moeten kwaliteitsmedewerkers dezelfde informatie twee keer invullen. • Rondom dezelfde ziektebeelden worden meerdere vragen gesteld in verschillende indicatorensets. Alhoewel het niet precies dezelfde vragen zijn (want het gaat o.a. om subsets van patiënten) is het voor zorgverleners en kwaliteitsmedewerkers wel dubbel werk om “ongeveer” dezelfde vraag op twee verschillende plekken te beantwoorden.
Maatregel	Verbreed de huidige evaluatie van de TK. Voer op basis van deze evaluatie in ieder geval de volgende twee acties uit: • Hef de huidige overlap tussen SONCOS en andere lijsten op • Cluster vragen rondom dezelfde ziektebeelden, zodat deels overlappende vragen bij elkaar in één lijst staan (bijv. tussen SONCOS en andere lijsten)
Effect op administratieve lasten	Het opheffen van de huidige directe overlap en het clusteren van indirecte overlap maakt dat zorgverleners en kwaliteitsmedewerkers minder tijd kwijt zijn met het opzoeken en aanleveren van de data voor de TK.
Effect op informatie-waarde	Dit is een procesmaatregel en heeft geen impact op de informatiewaarde.
Actieplan en tijdlijn	De inhoud van de TK wordt elk jaar geëvalueerd, de verbreding van de evaluatie kan in dit proces worden ingebed. De verwachting is dat de maatregel kan worden geïmplementeerd in 2023.
Mededingings-rechtelijke evaluatie	Er zijn geen mededingingsrechtelijke risico’s.
Budgettaire impact	De totale verwachte impact is nihil (minder dan €0,1 mln), deze maatregel zal met name leiden tot een vermindering van irritatie. Het evalueren en aanpassen van de TK is de gangbare praktijk, hier is vanuit het ZIN geen extra investering voor nodig.

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)

2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)

3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)

4. MSZ (p. 34 – 86)

4.2 Onderzoeksaanpak om tot maatregelen te komen

5. GGZ (p. 87 – 103)

6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)

7. Appendix (p. 189 – 274)

Op basis van interviews, document- en data-analyse is de menukaart in de MSZ samengesteld

Onderzoeksaanpak MSZ

Interviews	De onderzoekers hebben meer dan 40 betrokkenen in de MSZ gesproken • De koepels (FMS, NFU, NFU, ZN) zijn betrokken via verschillende overleggen • *Zie volgende pagina voor de interviewlijst*
Document analyse	De onderzoekers hebben openbare documenten geanalyseerd. Geanalyseerde documenten zijn, maar niet beperkt tot: • I&V-eisen zorgverzekeraars: Inkoopbeleidstukken zorgverzekeraars, zorginkoopvergelijking 2022 (BDO) • I&V-eisen overheid: Basisset Medisch Specialistische zorg 2022 (IGJ), Transparantiekalender (ZIN) • I&V-eisen kwaliteitsregistraties: Eindrapportage governance Kwaliteitsregistraties, IKNL Toekomstvisie (2021), NVZ Rapportage Onderzoek kosten kwaliteitsmetingen (KPMG, 2015), Inzicht in uitgevraagde variabelen voor kwaliteitsmetingen en handvatten voor verbetering (KPMG, 2016), Dáárom 'Registratie aan de bron' eindrapportage 2019-2022, Perceived Burden Due to Registrations for Quality Monitoring and Improvement in Hospitals: A Mixed Methods Study (Zegers et al., 2020), DICA vragenlijsten
Data analyse	De onderzoekers hebben openbare datasets gebruikt in de doorrekening van de budgettaire impact. Geanalyseerde datasets zijn, maar niet beperkt tot: • Openbare CBS gegevens • FMS gegevens rondom aantal medische specialisten

Met betrekking tot de MSZ zijn meer dan 40 betrokkenen geïnterviewd in het kader van dit onderzoek

Interviewlijst MSZ

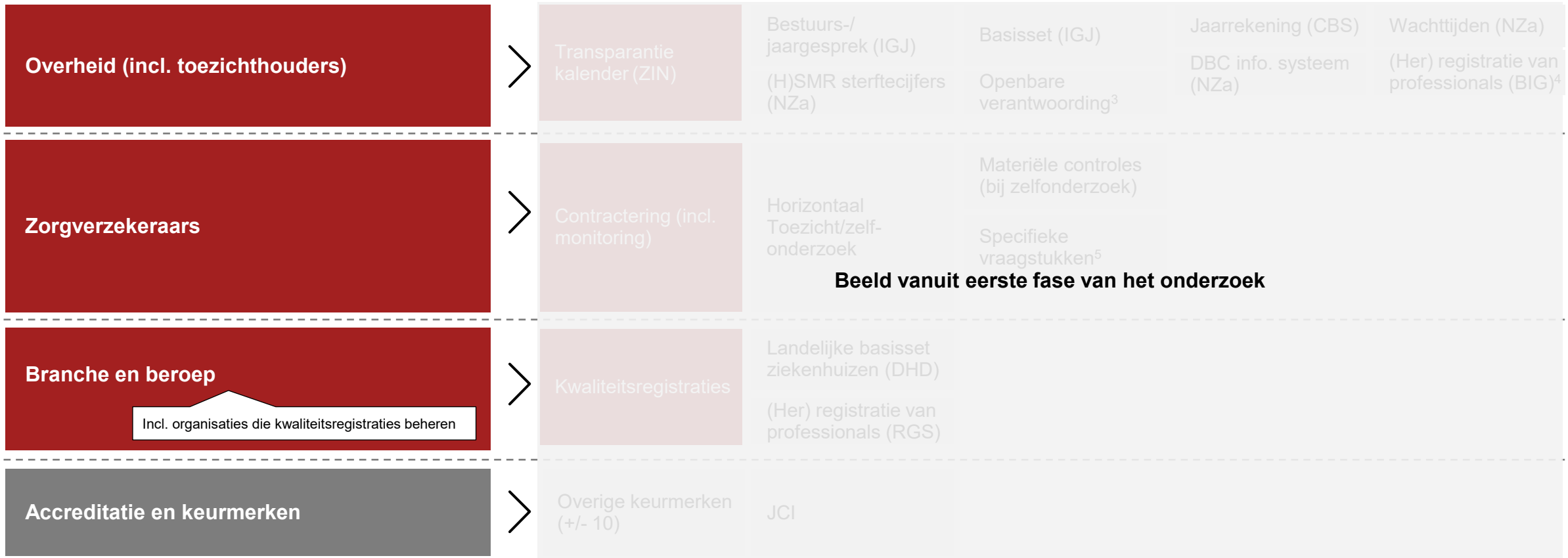
Sector	Type	Organisatie	Functietitel
MSZ	Aanbieder	Radboudumc	Manager IC
MSZ	Aanbieder	Rivas	Manager externe verantwoording
MSZ	Aanbieder	Erasmus MC	Stadadviseurs kwaliteit en patiëntzorg
MSZ	Aanbieder	Deventer ZKH	Medisch specialist
MSZ	Aanbieder	Deventer ZKH	Verloskundige
MSZ	Aanbieder	Deventer ZKH	Adviseur kwaliteit
MSZ	Aanbieder	Gelre ZKH	Adviseur kwaliteit en veiligheid
MSZ	Aanbieder	Gelre ZKH	Datamanager DLCA
MSZ	Aanbieder	Oogziekenhuis	Optometrist
MSZ	Aanbieder	Oogziekenhuis	Beleidsadviseur
MSZ	Aanbieder (ZBC)	Equippe	Manager zorg/veiligheid en zorginkoop
MSZ	Koepel	NFU	Sr. beleidsadviseur
MSZ	Koepel	NVZ	Sr. Beleidsadviseurs
MSZ	Koepel	FMS	Sr. Beleidsadviseurs en dir. Org. en Finan
MSZ	Zorgverzekeraar	Zorgverzekeraar	Senior zorginkoper MSZ
MSZ	Zorgverzekeraars	Horizontaal Toezicht	Leden projectteam HT
MSZ	Koepel	ZN	Senior adviseur kwaliteit
MSZ	Koepel (verzekeraar)	ZN	Beleidsadviseurs

Sector	Type	Organisatie	Functietitel
MSZ	Overheid	IGJ	Coördinerend/specialistisch adviseurs
MSZ	Overheid	NZa	Beleidsmedewerkers directie Toezicht en Handhaving
MSZ	Overheid	NZa	Beleidsmedewerkers directies Zorgverzekeringen
MSZ	Overheid	ZIN	Projectleider transparantie MSZ
MSZ	Overheid	VWS	Beleidsmedewerkers directie Patiënt en Zorgordening
MSZ	Kwaliteitsregistraties	DICA	Directeur
MSZ	Kwaliteitsregistraties	DICA	Manager innovatie
MSZ	Kwaliteitsregistraties	Hugo Keuzenkamp	Projectleider
MSZ	Kwaliteitsregistraties	Perined	Specialist en/of op een andere manier betrokken bij registratie
MSZ	Kwaliteitsregistraties	NVVH	Specialist en/of op een andere manier betrokken bij registratie
MSZ	Kwaliteitsregistraties	NVOG	Specialist en/of op een andere manier betrokken bij registratie
MSZ	Kwaliteitsregistraties	NVRO	Specialist en/of op een andere manier betrokken bij registratie
MSZ	Kwaliteitsregistraties	NVK	Specialist en/of op een andere manier betrokken bij registratie
MSZ	Accountant	PwC	Accountant ZKH
MSZ	Accountant	PwC	Accountants UMCs

INDICATIEF

De geprioriteerde informatiestromen in de MSZ zijn de I&V-eisen vanuit zorgverzekeraars, de overheid en de registraties

Verhouding administratieve lasten o.b.v. informatiestromen[1]



Zwaartepunt administratie last | Geen zwaartepunt administratie last

1) De grootte van de 'blokken' zijn een ruwe indicatie van de zwaarte van de administratieve lasten o.b.v. ~30 interviews met het veld

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)

2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)

3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)

4. MSZ (p. 34 – 86)

4.3 Verschillenanalyse van I&V-eisen en geïdentificeerde aanknopingspunten

5. GGZ (p. 87 – 103)

6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)

7. Appendix (p. 189 – 274)

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)

2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)

3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)

4. MSZ (p. 34 – 86)

4.3 Verschillenanalyse van I&V-eisen en geïdentificeerde aanknopingspunten

- **4.3.1 Overheid**

5. GGZ (p. 87 – 103)

6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)

7. Appendix (p. 189 – 274)

Vanuit de overheid stellen IGJ, NZa en ZIN I&V-eisen aan ziekenhuizen

Overzicht uitvragende partijen overheid

vetgedrukt = gerelateerd aan I&V-eisen binnen scope onderzoek[1]

Organisatie	Doel	Rol	Bijbehorende verantwoordingseis
IGJ	Kwaliteit en veiligheid van de zorg en jeugdhulp in Nederland[2]	• **Houden van risicotoezicht** – **Verzamelen risico-informatie** – **Afleggen van jaarlijkse/incidentele bezoeken (jaarlijkse bij grote aanbieders, incidenteel o.b.v. risico-informatie)** • Houden van incidententoezicht: reageren op meldingen burgers, zorgaanbieders, fabrikanten, gemeenten, etc.	• Basisset medisch specialistische zorg • Bestuurs-/jaargesprek • Uitvragen Wtza (vergunningen en intern toezicht)
NZa	Goede, toegankelijke en betaalbare zorg[3]	• Vaststellen omschrijvingen van de behandelingen (prestaties) en waar relevant maximum tarieven vaststellen • **Toezicht op zorgaanbieders, zorgverzekeraars, zorgkantoren en het CAK** – **Toezicht op goed bestuur en professionele bedrijfsvoering** – **Toezicht op goede informatie (openheid over geleverde zorg: kwaliteit, kosten, toegankelijkheid)** – **Toezicht op zorgplicht** – Toezicht op concentraties in de zorg (fusies/overnames/gemeenschappelijke onderneming) • Doen van onderzoek, extra controles bij risico's en adviseren van VWS over betaalbaarheid of toegankelijkheid van zorg	• Kostprijsonderzoek • Minimale dataset • HSMR-sterfte cijfers • Wachttijden • Beschikbaarheidsinformatie • ICD-10 (interne evaluatie om mee te stoppen gaande) • Uitvragen Wtza (financiële verantwoording en derivaten en jaarverantwoording)
ZIN	Goede en toegankelijke zorg tegen een redelijke prijs[4]	• Adviseren van minister over de inhoud van het verzekerde pakket • Geven van eenduidige uitleg van de verzekerde zorg • **Bevorderen kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg door het signaleren van kansen voor vernieuwingen en verbeteringen in de zorg (incl. beschikbaar maken van informatie)** • Uitvoeren risicoverevening – Beheren premiegeld – Verdelen van premiegeld over zorgverzekeraars en zorgkantoren	• Transparantiekalander

1) Gebaseerd op Strategy& analyse o.b.v. aanname welke rollen van de verschillende organisaties impact hebben op de I&V-eisen met consequenties voor de doorlopende administratieve lasten
2) www.igj.nl 3) www.nza.nl/over-nza/wat-doet-de-nza 4) www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/organisatie/taken

Operationalisatie analysekader binnen het onderdeel zorgverzekeraars

Analysekader aanknopingspunten – binnen het onderdeel overheid

Verschillenanalyse uitgevoerd voor IGJ en ZIN gezien overlappende focus op kwaliteit

Drijver	Scenario	Potentieel
Inhoud *binnen (soort-) gelijk onderwerp*	0% overlap	Ja[1]
	Deels overlap	
	100% overlap	Nee
Timing	Ander moment	Ja
	Zelfde moment	Nee
Frequentie	Andere frequentie	Ja
	Zelfde frequentie	Nee
Vorm	Repetitief in zelfde portal (VECOZO)	Ja
	Verschillende portals	
	Handmatig of semiautomatische omzetting van bron naar rapportagedata	

Thema's verantwoordingseisen

- Welke thema's komen terug in de verantwoordingseisen?
- In welke mate verschillen de thema's tussen de overheidsinstanties?

Verantwoordingseisen

- Welke verantwoordingseisen worden er gesteld?
- In welke mate verschillen de verantwoordingseisen tussen de overheidsinstanties?

Timing, frequentie en vorm

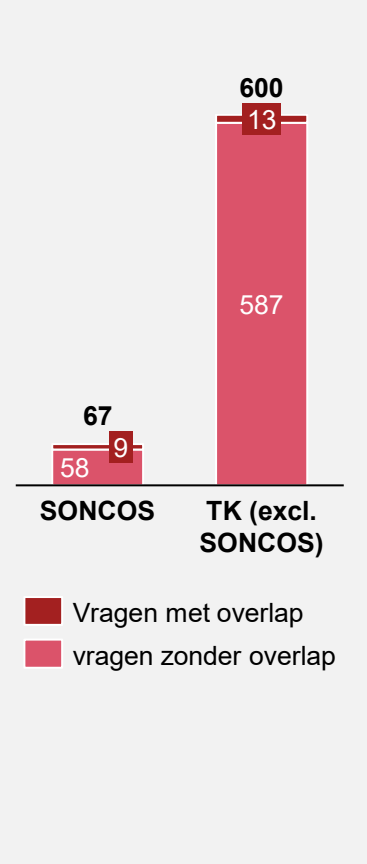
- Wanneer dienen aanbieders gevraagde informatie aan te leveren?
- In hoeverre dient dit een gelijk aantal keer per jaar te gebeuren?
- Op welke manier dienen aanbieders gevraagde informatie aan te leveren?

Legenda

Geen aanknopingspunt uniformering	Aanknopingspunt uniformering

Verantwoordingseisen overheid: binnen de transparantie-kalender overlappen SONCOS en niet-SONCOS vragen

Overheid: overzicht vragen over kwaliteitseisen Transparantiekalender (1/3)



Thema	SONCOS	TK (excl. SONCOS) Vraag	Type overlap
Hoofd-hals oncologie	• Hoeveel nieuwe pt'en met onderstaande diagnosen (o.a. maligne tumoren) werden in uw ziekenhuis/instituut behandeld in 2022? • Heeft u een radiotherapieafdeling waar uw pt'en met een hoofd-hals tumor bij wie bestraling geïndiceerd is, behandeld worden? • Hoeveel pt'en met een hoofd-hals tumor werden in 2022 behandeld met chemoradiotherapie of targeted-therapy radiotherapie?	• Hoofd-hals chirurgie • # pt'en dat in opzet palliatief behandeld is voor een primaire hoofd-halsmaligniteit • # pt'en dat in opzet curatief behandeld is voor een primaire hoofd-halsmaligniteit • # pt'en dat in opzet curatief behandeld is voor een primaire hoofd-halsmaligniteit dat een chirurgische behandeling heeft ondergaan en vervolgens aanvullende behandeling met radiotherapie of chemoradiatie in hetzelfde centrum • # pt'en dat de behandeling met radiotherapie heeft ondergaan volgens plan zonder dosisreductie • # pt'en dat curatief behandeld is met radiotherapie	Pt. Populatie in TK = subset SONCOS
		• (…) + 6 niet overlappende vragen	N.v.t
	• Is uw ziekenhuis een door de NWHHT erkend hoofd-hals oncologisch centrum, of een 'preferred partner' van zo'n centrum of een 'preferred partner radiotherapie'? • Neemt u deel aan de landelijke kwaliteitsregistratie voor hoofdhals tumoren (DHNA)? • Hoeveel uitgebreide ablatieve resecties met reconstructies werden in 2022 in uw ziekenhuis uitgevoerd bij pt'en met een hoofd-hals tumor? • Met welk radiotherapieinstituut (PPR*) heeft u een convenant met afspraken over het medische beleid bij pt'en met een hoofd-hals tumor?	Hoofd-hals chirurgie • # pt'en dat voorafgaand aan de behandeling in een MDO is besproken. • # pt'en waarbij binnen 30 dagen na het eerste consult de primaire behandeling gestart is. • # pt'en waarbij de aanvullende behandeling gestart is binnen zes weken na chirurgische behandeling • # pt'en dat binnen 30 dagen een ongeplande her-operatie ondergaat i.v.m. complicatie(s) • Elke ongeplande chirurgische ingreep gerelateerd aan de hoofd-halstumor, ongeacht of uitgevoerd in het eigen centrum of elders	N.v.t.

Conclusie

Inhoud

Vragen uit de SONCOS-lijst zijn dezelfde vragen als bij andere TK-lijsten, maar vaak over een andere subset van patiënten (gebruik van dezelfde brondata)

Aanknopingspunt

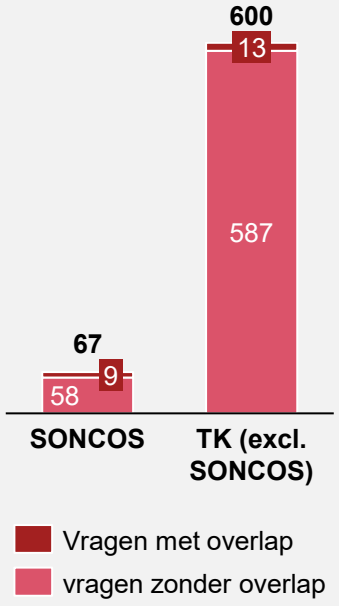
Legenda

Aanknopingspunt

Geen aanknopingspunt

Verantwoordingseisen overheid: binnen de transparantie-kalender overlappen SONCOS en niet-SONCOS vragen

Overheid: overzicht vragen over kwaliteitseisen Transparantiekalender (2/3)



Thema	SONCOS	TK (excl. SONCOS) Vraag	Type overlap
Colo-rectaal	• Hoeveel colonresecties werden op uw ZKH locatie verricht in 2022? • Hoeveel rectumresecties werden op uw ZKH locatie verricht in 2022?	Colorectaal carcinoom indicatoren • # colonresecties1 • # rectumresecties2	Pt. populatie in TK = subset
		• (…) + 20 vragen zonder overlap	N.v.t.
Lever	• Hoeveel secundaire lever resecties werden er op uw ZKH locatie verricht in 2022? • Hoeveel percutane ablaties bij pt'en met gevorderde leverfibrose/levercirrose werden er op uw ZKH locatie verricht in 2022?	Leverchirurgie • Totaal # leveroperaties (inclusief operaties waarbij geen resectie is verricht) • Totaal # leverresecties3 • Totaal # major* leverresecties • Totaal # minor** leverresecties • Totaal # percutane leverablaties vanwege colorectale levermetastasen geregistreerd in de DHBA	Pt. Populatie in SONCOS = subset
	• Is er 24 uur per etmaal, 7 dagen per week beschikking over interventieradiologie, bekwaam in het uitvoeren van interventies bij pt'en met complicaties van grote gastro-intestinale en oncologische ingrepen? • Hoeveel percutane transarteriële therapieën bij pt'en met gevorderde leverfibrose/levercirrose werden er op uw ZKH locatie verricht in 2022?	Leverchirurgie • Worden alle leveroperaties, die voldoen aan de in- en exclusie criteria, in de DHBA geregistreerd?4 • Is er tenminste één patiënt in de DHBA-interventie radiologie geregistreerd?	N.v.t.

Conclusie

Inhoud

Vragen uit de SONCOS-lijst zijn dezelfde vragen als bij andere TK-lijsten, maar vaak over een andere subset van patiënten (gebruik van dezelfde brondata)

Aanknopingspunt

Legenda

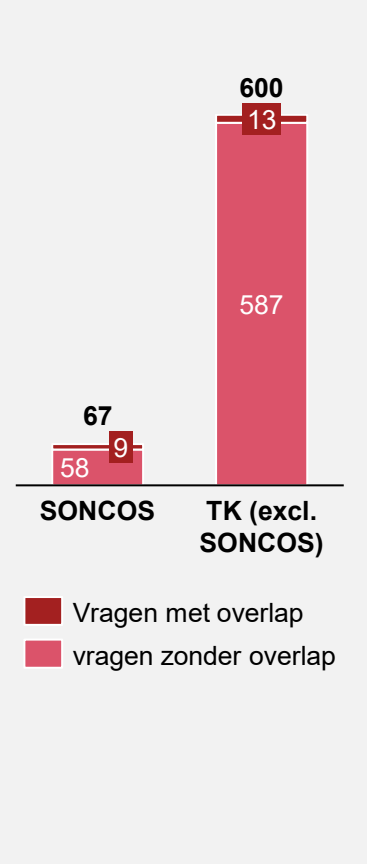
Aanknopingspunt

Geen aanknopingspunt

1 en 2) Melding in TK: “Deze indicator is onderdeel van het SONCOS normeringsdocument, met de kanttekening dat benigne aandoeningen buiten deze indicator vallen. 3) Melding in TK: ”Deze indicator is onderdeel van het SONCOS normeringsdocument”. 4) Melding in TK: “Deelname is norm volgens NVvH. Deze indicator is onderdeel van het SONCOS normeringsdocument.”

Verantwoordingseisen overheid: binnen de transparantie-kalender overlappen SONCOS en niet-SONCOS vragen

Overheid: overzicht vragen over kwaliteitseisen Transparantiekalender (3/3)



Thema	SONCOS	TK (excl. SONCOS) – Vraag	Type overlap
Melanoom	• Hoeveel pt'en met een maligne melanoom stadium III/IV worden systemisch behandeld, zowel palliatief als adjuvant?	Melanoom • # nieuwe adjuvant behandelde stadium III pt'en per melanoomcentrum • # nieuwe irresectabel IIIC/IV pt'en per melanoomcentrum • # irresectabel IIIC/IV pt'en onder behandeling bij een melanoomcentrum	Pt. populatie TK = subset SONCOS
Melanoom	• Worden alle pt'en met melanomen met een gynaecologische origine vanuit uw ZKH locatie verwezen naar het gynaecologisch oncologisch centrum? • Worden alle pt'en met melanomen met een gynaecologische origine besproken in het gynaecologisch oncologisch MDO en het melanoom MDO?	Melanoom • Percentage geïncludeerde pt'en in de klinische registratie van de DMTR dat binnen zes maanden na start therapie heeft deelgenomen aan de PROMs vragenlijsten	N.v.t.
Long-carcinoom	• Welke behandelingen voor longcarcinoom vinden er in uw ziekenhuis plaats? (longresecties/radiotherapie/systemische therapie) • Hoeveel nieuw met longcarcinoom gediagnosticeerde pt'en werden er in 2022 in uw ziekenhuis behandeld?	Longcarcinoom • Het # pt'en met een niet-kleincellig longcarcinoom dat een radicale bestralingsbehandeling ondergaat • # anatomische parenchymresecties, vanwege benigne of maligne pathologie • (…) + 13 niet overlappende vragen	N.v.t.

Conclusie

Inhoud

Vragen uit de SONCOS-lijst zijn dezelfde vragen als bij andere TK-lijsten, maar vaak over een andere subset van patiënten (gebruik van dezelfde brondata)

Aanknopingspunt

Legenda

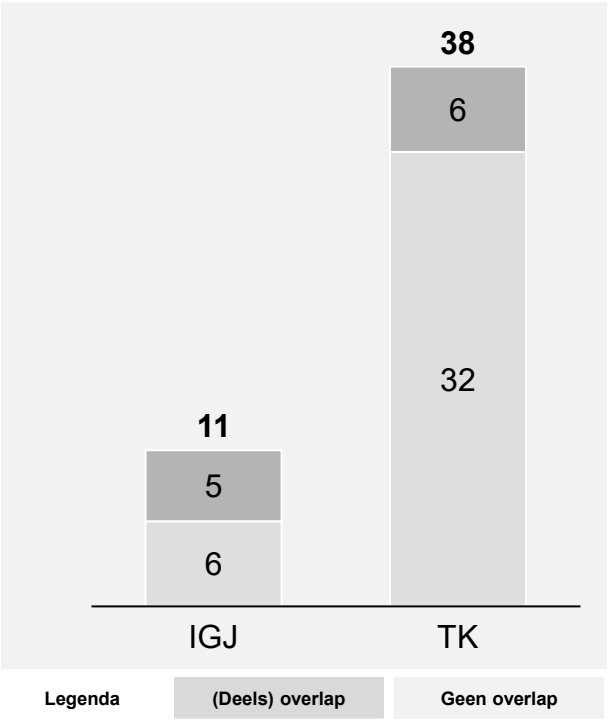
Aanknopingspunt

Geen aanknopingspunt

Thema's verantwoordingseisen overheid: IGJ en ZIN vragen informatie op over deels overlappende thema's

Overheid: overzicht thematiek IGJ/ZIN

Aantal thema's binnen IGJ (basisset MSZ) en ZIN (transparantiekalender)



Uitwerking thema's

Thema	IGJ	Transparantiekalender (TK)
Hart en vaat	• Hart en vaat (cardiologische zorg) • Hart en vaat (doorlooptijd IAT)	• Cerebro Vasculair Accident (CVA, beroerte) • Percutane Coronaire Interventie (PCI)
Kinderchirurgie	• Operatief proces	• Chirurgie bij kinderen
Diabetes	• Algemeen kwaliteitsbeleid (ketenzorg diabetes)	• Diabetes DPARD
Pijn	• Zorg (pijn)	• Wervelkolom geïnstrumenteerd • Wervelkolom ongeïnstrumenteerd
(…)	• + 6 thema's	• + 32 thema's

Conclusie

Inhoud

Een aantal thema's worden zowel genoemd in de Basisset (IGJ) als de TK (ZIN)

Aanknopingspunt

Legenda

Aanknopingspunt

Geen aanknopingspunt

Verantwoordingseisen overheid: binnen de overlappende thema's van IGJ en ZIN zit weinig overlap tussen vragen

Overheid: overzicht invulling thematiek IGJ/ZIN

(Sub) thema's	IGJ	TK	Type overlap
Hart en vaat (CVA)	• Mediane deur-tot-deur-tot-lies tijd van het totaal aantal patiënten met een acuut herseninfarct dat vanuit een IVT-centrum naar een IAT-centrum verwezen is voor intra-arteriële therapie.	• Mediane deur-tot-lies tijd van het totaal aantal patiënten met een herseninfarct dat een intra-arteriële trombectomie heeft ondergaan, uitgesplitst voor verwezen en niet-verwezen patiënten. • (…) en 16 vragen zonder overlap	Pt. populatie IGJ = subset TK N.v.t.
Hart en vaat (PCI)	• Verbeterdoel Optimaliseren van cardiologische zorg in Nederland	• Aantal patiënten dat een electieve of acute PCI procedure heeft ondergaan, waarbij de informatie in de verplichte dataset van de PCI registratie (NHR) volledig is • Totaal aantal patiënten dat een electieve of acute PCI procedure heeft ondergaan, zoals geregistreerd in NHR • Aantal patiënten dat een index-PCI procedure heeft ondergaan, en die binnen 30 dagen na de ingreep zijn overleden • (…) en 9 vragen rondom PCI	PCI kan onderwerp zijn van verbeterdoel, maar niet verplicht
Kinder chirurgie	• Worden er in uw ziekenhuis bij kinderen van één tot en met vijftien jaar electieve ingrepen uitgevoerd onder anesthesie? • Wordt tijdens het preoperatief consult zowel mondeling als schriftelijk informatie verstrekt over het risico van te lang of te kort nuchter zijn aan ouders/verzorgers en kind? • Zijn er werkafspraken vastgelegd tussen de verpleegafdeling en de operatieafdeling hoe te handelen bij dreigend uitstel van de ingreep, waarbinnen opgenomen: a) Hoe voorkomen kan worden dat het kind te lang nuchter is? b) Hoe de informatievoorziening naar ouders/verzorgers en in kind verloopt?	• Hoeveel inguinoscrotale operaties werden er op uw ziekenhuislocatie verricht bij kinderen van 0 tot 15 jaar oud in 2022? • Hoeveel operaties voor hypertrofische pylorusstenose werden er op uw ziekenhuislocatie verricht in 2022?	N.v.t.
Diabetes	• Verbeterdoel Optimalisering ketenzorg diabetische voetulcus	• Aantal volwassenen met diabetes mellitus onder behandeling van de internist met een laatst gemeten eGFR minder dan 60 ml/min • (…) en 16 vragen die niet over (ketenzorg) voetulcus gaan	N.v.t.
Pijn	• Verbeterdoel Realiseren van een optimaal pijnbeleid in de zorginstelling:	• Maken de onderstaande zorgprofessionals deel uit van het multidisciplinair rugteam? (beroepsgroepen professionals) • Is er een pijnpoli beschikbaar in de instelling van de operatie? • (…) en 4 vragen zonder overlap, en dezelfde vragen voor ongeïnstrumenteerd wervelkolom	N.v.t.

Conclusie

Inhoud:

De overlappende thema's worden op een andere manier ingevuld (andere brondata nodig)

Geen aanknopingspunt

Legenda

Aanknopingspunt

Geen aanknopingspunt

Proces overheid: binnen proceselementen zien we m.b.t. de I&V-eisen van de overheid geen aanknopingspunten

Overzicht proces uitvragen overheid

1-malig | **D**oorlopend | **J**aar | **H**alfjaar | **K**wartaal | **M**aand | **I**ncidenteel

Automatisch | **S**emiautomatisch | **H**andmatig[1]

Organisatie	Eis		Frequentie	Timing	Vorm en portal
IGJ	Basisset medisch specialistische zorg		1 D **J** H K M I	Voor 15 april	A S **H** DHD (OmniQ)
	Bestuurs-/jaargesprek		1 D **J** H K M I	*Geen vast moment*	A S **H** Mondeling
	Wtza	Vergunning en intern toezicht	**1** D J H K M I	Voor 1 juni	A S **H** CIBG
ZIN	Transparantiekalender		1 D **J** H K M I	Voor 1 mei	A **S** H DHD (OmniQ)

Conclusie

Frequentie, timing, en vorm:

Geen aanknopingspunt

1) Automatisch: informatie wordt direct uit interne administratie zorgaanbieder gehaald, aanbieder hoeft geen aanvullende handelingen uit te voeren, Semiautomatisch: informatie wordt gemakkelijk uit interne administratie zorgaanbieder gehaald, aanbieder hoeft klein aantal aanvullende handelingen uit te voeren (bijv. batch aanleveringen), Handmatig: informatie kan niet rechtstreeks uit interne administratie zorgaanbieder gehaald worden, aanbieder moet informatie handmatig invullen

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)

2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)

3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)

4. MSZ (p. 34 – 86)

4.3 Verschillenanalyse van I&V-eisen en geïdentificeerde aanknopingspunten

- **4.3.2 Zorgverzekeraars**

5. GGZ (p. 87 – 103)

6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)

7. Appendix (p. 189 – 274)

Ter achtergrond: de rol van zorgverzekeraars is het realiseren van goede, betaalbare en toegankelijke zorg voor verzekerden

Organisatie	Doel	Rol	Bijbehorende inkoop en verantwoordingseis
Zorg-verzekeraars	Realiseren van goede, betaalbare en toegankelijke zorg voor alle verzekerden in het kader van hun regierol[1]	• **Uitvoeren van de zorgplicht: zorgen dat de zorg in het basispakket beschikbaar is voor al zijn verzekerden binnen een redelijke tijd en binnen een redelijke afstand[2]** • **Uitvoeren van de acceptatieplicht: accepteren van iedereen voor de basisverzekering[3]** • **Informatie verstrekken aan verzekerden en zorgaanbieders over polissen, kosten, vergoedingen en wachttijden[3]** • **Inkopen en monitoren van zorg op basis van zowel prijs als kwaliteit voor de aanvullende verzekeringen[2]**	• Inzicht in kwaliteit in het kader van inkopen en verantwoorden van contractering door uitvragen naar proces-, structuur- en uitkomstindicatoren, in te delen in: – Uitkomsten kwaliteitsregistraties – Aanvullende kwaliteitseisen • Inzicht in rechtmatigheid en doelmatigheid van gedeclareerde zorg, dit gebeurd sinds 2016 in steeds grote mate door Horizontaal Toezicht (HT). Alle ziekenhuizen zijn hier ondertussen op over of zijn in transitie.

Vetgedrukt = gerelateerd aan I&V-eisen binnenscope onderzoek[4]

1) https://www.zn.nl/over-zn/organisatie
2) https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/zvw-algemeen-hoe-werkt-de-zorgverzekeringswet
3) https://www.nza.nl/zorgsectoren/zorgverzekeraars/wat-verwachten-we-van-zorgverzekeraars
4) Gebaseerd op PwC Strategy& analyse.

De aanknopingspunten zijn gebaseerd op het inkoopbeleid van zorgverzekeraars met marktaandeel groter dan 10%

Overzicht van zorgverzekeraars in Nederland

Zorgverzekeraar	Marktaandeel 2021[1,2]	Kern regio's[1]
Zilveren Kruis	27,6%	Midden en Noord Nederland (excl. Groningen)
VGZ	24,3%	Zuid Nederland, Noord-Holland Noord en Groningen
CZ	21,1%	Zuid Nederland
menzis	11,9%	Gelderland en Groningen

1) NZa, Vektis, websites zorgverzekeraars
2) De analyses m.b.t. de eerste lijn zijn uitgevoerd op de acht grootste zorgverzekeraars. In deze analyses is gebleken dat met name de vier grootste zorgverzekeraars afwijkende eisen stellen, en kleinere zorgverzekeraars vaak volgen. Daarom is in de resterende analyses naar de vier grootste zorgverzekeraars gekeken.

Operationalisatie analysekader binnen het onderdeel zorgverzekeraars

Analysekader aanknopingspunten – binnen het onderdeel zorgverzekeraars

Drijver	Scenario	Potentieel
Inhoud *binnen (soort-) gelijk onderwerp*	0% overlap	Ja[1]
	Deels overlap	
	100% overlap	Nee
Timing	Ander moment	Ja[1]
	Zelfde moment	Nee
Frequentie	Andere frequentie	Ja[1]
	Zelfde frequentie	Nee
Vorm	Repetitief in zelfde portal (VECOZO)	Ja[1]
	Verschillende portals	
	Handmatig of semiautomatische omzetting van bron naar rapportagedata	

Kwaliteitseisen inkoopbeleid

- Welke gegevens m.b.t. kwaliteit worden (in aanvulling op de gegevens uit de Basisset MSZ en de transparantiekalender) gedeeld met zorgverzekeraars?
- In welke mate verschilt dit tussen zorgverzekeraars?

Horizontaal toezicht (HT)

- Hoe legt een ziekenhuis verantwoording af aan de zorgverzekeraar?
- In welke mate verschilt dit tussen zorgverzekeraars?
- Op welke manier kan HT verder geoptimaliseerd worden?

Uitkomsten kwaliteitsregistraties

- Welke indicatoren uit de kwaliteitsregistraties worden met zorgverzekeraars gedeeld?
- In welke mate verschilt dit tussen zorgverzekeraars?

Timing, frequentie en vorm

- Wanneer dienen aanbieders gevraagde informatie aan te leveren?
- In hoeverre dient dit een gelijk aantal keer per jaar te gebeuren?
- Op welke manier dienen aanbieders gevraagde informatie aan te leveren?

Legenda: **Geen aanknopingspunt uniformering** | **Aanknopingspunt uniformering**

1) Aanknopingspunt bij de verwachting dat door een maatregel de maatschappelijke uitkomsten (gedreven door de informatiewaarde en de administratieve belasting) positief veranderd t.o.v. de status quo

Kwaliteitseisen inkoopbeleid: aanbieders moeten voldoen aan eisen die per zorgverzekeraar verschillen

Overzicht kwaliteitseisen inkoopbeleid (1/3) – ziekenhuisniveau

Zie pagina's 18 en 19 voor deepdives op ZE&GG en UGZ[5]

Enkel voorwaarden op het gebied van kwaliteit zijn uitgelicht (bijv. KvK inschrijving buiten beschouwing) in ZKH

Categorie	Voorwaarde	Invulling	ZK	VGZ	CZ	Menzis
ZKH brede projecten	JZOJP (ZK[1], VGZ[2], CZ[3], Menzis[4])	Integrale benadering van gezondheid	✓			
		Verplaatsen van zorg	✓ – langer zelfstandig wonen	✓ – verplaatsen + dichterbij thuis		✓
		Versterking samenhang eerste lijn en acute ketenzorg	✓			
		Versterken zorg op afstand	✓			
		Versterken netwerkvorming	✓			
		Kosten (besparing)		✓ – binnen max twee jaar	✓	✓ – voorkomen van (duurdere) zorg
		Toegankelijkheid			✓	
		Kwaliteit		✓	✓	
		Vervangen van zorg				✓
		Volgbeleid			Bij klein marktaandeel	
	ZE&GG[6]	Zie *deepdive*				
	UGZ[5]	Nog onduidelijk – zie *deepdive*				
	Wachttijden	Verbeterplan (na overschrijding TK)	✓	✓	✓	Niet benoemd
		Verwijzing Zorgcoach	✓			
	Digitale zorg	25% polikliniek	✓	✓	✓	✓ (indirect genoemd)
		10% telebegeleiding	✓			
		Normen VIPP regeling	✓		✓	
	Innovatie-mechanisme		-	Good Practices	Samen Beslissen en My Best Treatment	Waardegerichte zorg

Conclusie

Inhoud:

Zorgverzekeraars stellen deels dezelfde, en deels andere eisen m.b.t. kwaliteit in hun contractering van ziekenhuizen

Verschillen in eisen tussen zorgverzekeraars zitten met name in:

- De definitie van een eis
- Of een eis terugkomt

Aanknopingspunt

Legenda

Aanknopingspunt

Geen aanknopingspunt

1) Integrale benadering van gezondheid; kwetsbare groepen wonen langer zelfstandig; versterken samenhang eerste lijn en acute ketenzorg; versterken zorg op afstand; versterken netwerkvorming. 2) Doel om zorg te verplaatsen zodat deze 'minder zwaar soms minder langdurig' wordt, zorg sluit beter aan op behoefte van de patiënt en wordt dichterbij de thuissituatie geleverd; voorstellen zijn beter voor de patiënt en substantieel goedkoper; financieel resultaat binnen één (uiterlijk twee) jaar. 3) Kosten: bijv. reistijd van hoogopgeleide professionals bij thuisbezoek; kwaliteit: afweging cliëntgerichte behandeling en kwaliteit (concentratie) van zorg; toegankelijkheid: optimaal gebruik beschikbaar arbeidspotentieel kan contra-indicatie vormen voor de trend om zo veel mogelijk zorg aan huis te bieden.
4) Voorkomen (duurdere) zorg; verplaatsen (dichterbij); vervangen van zorg. 5) Uitkomstgerichte zorg 6) Alle NVZ ziekenhuizen moeten voor alle ZE&GG-doelen op de implementatieagenda de implementatiegraad rapporteren. De ZE&GG ambitie is dat in 2024, minimaal 80% van de onderwerpen op de implementatieagenda aantoonbaar is geïmplementeerd en nieuwe onderwerpen binnen twee jaar.

Kwaliteitseisen inkoopbeleid: aanbieders moeten voldoen aan eisen die per zorgverzekeraar verschillen

Overzicht kwaliteitseisen inkoopbeleid (2/3) – ziekenhuisniveau

Enkel voorwaarden op het gebied van kwaliteit zijn uitgelicht (bijv. KvK inschrijving buiten beschouwing) in ZKH

Categorie	Voorwaarde	Invulling	ZK	VGZ	CZ	Menzis
ZKH brede projecten	Minimum-normen	NVvH	✓		✓	
		SONCOS, NVU, NVVS, NVT	✓			
		ZN werkgroep		✓		
		NOV, MMC, NVDV, NVSCA, NVDP			✓	
		Strenger (o.b.v. volume)	Prostaatkanker		Borstkanker	
Randvoor-waarden	Kwaliteits-systeem/ Veiligheids-mngt systeem	KS	✓ – externe accr. niet verplicht	*Alleen gespecificeerd voor ZBC's*		✓ – externe audit verplicht
		VMS	✓ – accr./certificering verplicht		✓ – accr./certificering verplicht	✓ (NTA8009:2014 of NEN8009:2018)
	Certificering	CCKL of ISO (laboratoria)	✓			
		BIG			✓	✓
		AGB			✓	
		ZKN, HKZ, NIAZ of ISO				✓
	Relatie IGJ/TK		✓	*Alleen gespecificeerd voor ZBC's*	Niet benoemd	✓

Conclusie

Inhoud:

Zorgverzekeraars stellen deels dezelfde, en deels andere eisen m.b.t. kwaliteit in hun contractering van ziekenhuizen

Verschillen in eisen tussen zorgverzekeraars zitten met name in:

- De definitie van een eis
- Of een eis terugkomt

Aanknopingspunt

Legenda

Aanknopingspunt

Geen aanknopingspunt

Kwaliteitseisen inkoopbeleid: aanbieders moeten voldoen aan eisen die per zorgverzekeraar verschillen

Overzicht kwaliteitseisen inkoopbeleid (3/3) – specifieke ziektebeelden

Enkel voorwaarden op het gebied van kwaliteit zijn uitgelicht (bijv. KvK inschrijving buiten beschouwing) in ZKH

Categorie	Voorwaarde	Invulling	ZK	VGZ	CZ	Menzis
Specifieke ziekte-beelden	Audiologische zorg	FENAC	✓		✓	✓
		Tinnitusklachten		✓	✓	
		Multidisciplinaire zorg				✓
	Medisch specialistische Revalidatie	Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneesk.		✓	✓	✓
		Behandelkaders		✓ actueel	✓ actueel	✓diagn. gebonden
		Zorgstandaarden voor specifieke doelgroepen		✓	✓	
		Specifieke eisen m.b.t behandelplan[1]	✓			
		Praktijkvariatie		✓		
		Ketensamenwerking			✓ streven	
		Revalidatiearts als hoofdarts				✓
		Twee specialisten voor min. 1,2 FTE				✓
	Intramurale farmacie	Patiëntenverenigingen	✓			
		Beroepsgroepen	✓		✓	
		cieBAG	✓	✓	✓	
		cieBOM		✓	✓	
	Ambulance-zorg	NZa-richtlijnen	✓	✓		
		Norm A1 (binnen NZa)			✓	
	Moh's micrograf. chir.	NVDV (MMC)			✓	
		Specifieke vergunningen	✓			
	Transg. zorg	Belang netwerk		✓	✓	

Selectie van totaal 17 ziektebeelden of specifieke zorg waar kwaliteitseisen over uitgevraagd worden

Conclusie

Inhoud:

Zorgverzekeraars stellen deels dezelfde, en deels andere eisen m.b.t. kwaliteit in hun contractering van ziekenhuizen

Verschillen in eisen tussen zorgverzekeraars zitten met name in:

- De definitie van een eis
- Of een eis terugkomt

Aanknopingspunt

Legenda

Aanknopingspunt

Geen aanknopingspunt

1) Revalidatiearts en het behandelteam evalueren de behandeldoelen minimaal één keer per zes weken met de patiënt; Evaluatie a.d.h.v. relevante meetinstrumenten; U beschikt over gestandaardiseerde behandelprogramma's voor hoofddoelgroepen; Voorafgaand en tijdens de behandeling wordt aantoonbaar voldaan aan *stepped care* principes; Er is een persoonsgebonden behandelplan voor iedere patiënt; In dit behandelplan staat diagnose, behandeldoelen, verwachte uitkomsten, en directe betrokkenen

Zorgverzekeraars vragen aanbieders om terugkoppeling te geven op ZE&GG-doelen

Deepdive – ZE&GG

Context	Het programma Zorg Evaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) is gestart vanuit het HLA-MSZ
Doel	Realiseren van gepast gebruik van zorg door middel van een afgestemde kwaliteitscyclus van agenderen, evalueren en implementeren van kennis over wat goede zorg is[1]
Inhoud	Verschillende partijen hebben vastgesteld wat gepast gebruik van medische zorg is, ZE&GG heeft dit in kaart gebracht en de verschillende initiatieven gebundeld in de Implementatieagenda (ruim 180 onderwerpen)[2]
Verplichting	Rapporteren op de implementatie is verplicht voor aanbieders omdat het in de inkoop criteria van de zorgverzekeraars is opgenomen
Gebruik door zorgverzekeraars	• Zorginkoop – Alle NVZ ziekenhuizen moeten voor alle ZE&GG-doelen van de implementatieagenda de implementatiegraad rapporteren. De ZE&GG ambitie is dat in 2024, minimaal 80% van de onderwerpen op de implementatieagenda aantoonbaar is geïmplementeerd en nieuwe onderwerpen binnen twee jaar. – Partijen zijn nog in gesprek of monitoring nodig is nadat doel is bereikt • Spiegelinformatie: – Voor ~60 doelen is spiegelinformatie beschikbaar – Menzis, VGZ en ZK leveren samen voor ~25 doelen spiegelinformatie[3], op verschillende onderwerpen
Effect voor aanbieders	De huidige manier van verantwoording over de implementatie agenda is administratief belastend

Conclusie

Inhoud

De rapportage over de ZE&GG-doelen is al op hoofdlijnen. De administratieve belasting komt enerzijds doordat er geen eenduidige definities zijn over i) wat en hoe gemeten wordt en ii) de criteria om te 'slagen'. Anderzijds komt dit doordat zij maandelijkse afstemming hebben met verzekeraars waarna de uitkomsten daarna bij ZE&GG worden ingediend.

Aanknopingspunt

1) https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/programmas/programma-zorgevaluatie-en-gepast-gebruik
2) https://www.zorgevaluatiegepastgebruik.nl/implementatieagenda/
3) Overige spiegelinformatie wordt geleverd door i2i, Logex, perfomation en Valuecare

Zorgverzekeraars gaan uitkomstgerichte zorg gebruiken in hun inkoop, uitwerking precies nog onduidelijk

Deepdive – uitkomstgerichte zorg

Context	Het programma uitkomstgerichte zorg is gestart vanuit het HLA-MSZ
Doel	• De zorg verbeteren en beter af te stemmen op de uitkomsten die de patiënt belangrijk vindt door (o.a.) meer inzicht in uitkomst te faciliteren[1] • Primaire doel is leren/verbeteren en samen beslissen, op langere termijn ook ondersteuning van patiëntkeuze en zorginkoop[2]
Inhoud	Voor de aandoeningen die samen tenminste 50% van de ziektelast veroorzaken uitkomsten inzichtelijk te maken door landelijke uitkomstensets[2] • Voor aandoeningen met een registratie: uitkomstensets worden zoveel mogelijk geïntegreerd in huidige registraties – status maart is dat er voor 26 aandoeningen een set is ontwikkeld[3] • Voor aandoeningen zonder registratie: nieuwe registraties opgezet o.b.v. uitkomstensets of een generieke PROM – vanaf januari 2022 start met ontwikkeling uitkomstensets[3]
Verplichting	Meedoen aan uitkomstensets is niet verplicht voor ZKH, alleen als deze geïntegreerd is in de TK (en straks in een registratie vanuit het register)
Gebruik door zorgverzekeraars	• Nog onduidelijk omdat de uitkomsten indicatorensets nog niet (allemaal) zijn ontwikkeld en implementatie onduidelijk is • Vanuit het programma is de ambitie om het gebruik van de uitkomsten indicatorensets op dezelfde manier te laten lopen als de TK • Zorgverzekeraars zullen de uitkomstindicatoren meenemen in hun inkoop, hoe precies is nog onduidelijk
Effect voor aanbieders	*Afhankelijk van de implementatie*

Conclusie

Wel/geen aanknopingspunt afhankelijk van implementatie

1) Programma bestaat uit meerdere thema's: Inzicht in uitkomsten, samen beslissen, organiseren en betalen, ICT en toegankelijkheid, leren en veranderen. https://www.uitkomstgerichtezorg.nl/over-uitkomstgerichte-zorg
2) Werkplan Inzicht in uitkomsten, 2019
3) https://www.uitkomstgerichtezorg.nl/themas/meer-inzicht-in-uitkomsten/aanpak

HT is een methode dat leidt tot uniformering – aanknopingspunt voor verdere optimalisatie

Overzicht HT

Context	HT is een initiatief van NVZ, NFU, ZN en De Nederlandse GGZ[1]
Doel	Efficiënter en effectiever toezicht op de rechtmatigheid van zorguitgaven[1]
Inhoud	• Nieuwe manier van controle: controle van declaraties achteraf is vervangen door controle op juiste processen en intern toezicht vooraf • Van de 75 ziekenhuizen zijn er 42 over op HT, en bij 23 loopt de invoering[1]
Verplichting	Ja, aanbieders en zorgverzekeraars zijn verplicht mee te doen aan een proces rondom toezicht op rechtmatigheid van de geleverde zorg[2]
Gebruik door zorgverzekeraars	Voorheen voerden alle zorgverzekeraars achteraf een eigen controle uit, HT wordt door één zorgverzekeraar uitgevoerd en de andere zorgverzekeraars volgen[1]
Effect voor aanbieders	• Verantwoordingseisen m.b.t. HT hoeven maar met één zorgverzekeraar te worden doorlopen, hierdoor veel positieve veranderingen voor de aanbieder[2] – In het kader van dit onderzoek vooral relevant: administratieve lasten zouden in theorie minder moeten worden, door o.a.: bredere mate van beheersing, meer en eerder zekerheid, minder re-work en ”alleen” contact met één zorgverzekeraar[2] • Informatiewaarde voor zorgverzekeraars blijft gelijk en/of stijgt

Conclusie

Inhoud:

Door HT is de manier van verantwoording afleggen geüniformeerd

Aanknopingspunten zitten in het verder optimaliseren van HT – in het kader van dit onderzoek gericht op het verminderen van administratieve tijd

Aanknopingspunt

1) https://www.horizontaaltoezichtzorg.nl/
2) Gezamenlijke evaluatie HT – verkorte samenvatting (vertrouwelijk concept)

Zorgverzekeraars krijgen inzicht in (een deel van) de kwaliteits-registraties door de TK, geen aanknopingspunt

‘Lifecycle’ kwaliteitsregistraties

Stap	Doel	Gebruik	Status
1	Leren en verbeteren	Start op initiatief van en gebruik door zorgverleners	Vrijwillig
2	Bepalen van transparantiekalender (TK) o.b.v. triparte overleg		
3	Inzichtelijk maken van kwaliteit – o.a. voor transparantie richting patiënten	*Nu:* opname van indicatoren- sets uit registraties op de Transparantiekalender en/of indicatorenset IGJ[1] *Toekomst:* opname in het register van ZIN	Registratie heeft een verplichte status

Gebruik zorgverzekeraars

- Voor ziektebeelden waarvoor een indicatorenset op de TK bestaat, vragen zorgverzekeraars geen additionele informatie op
- Voor ziektebeelden waarvoor geen indicatorenset op de TK bestaan, vragen zorgverzekeraars geen inzicht in de uitkomsten van landelijke kwaliteitsregistraties

Conclusie

- Geen aanknopingspunt want zorgverzekeraars vragen allen dezelfde informatie vanuit de kwaliteitsregistraties op

1) De indicatorensets van de transparantiekalender zijn gebaseerd op de kwaliteitsregistraties en zijn een subset van de grotere landelijke kwaliteitsregistratie.

Proces zorgverzekeraars: binnen timing en vorm m.b.t. contractering zien we eventuele aanknopingspunten

Overzicht proces uitvragen zorgverzekeraars

1-malig | **D**oorlopend | **J**aar | **H**alfjaar | **K**wartaal | **M**aand | **I**ncidenteel

Automatisch | **S**emiautomatisch | **H**andmatig[1]

Organisatie	Eis	Frequentie							Timing	Vorm en portal			
Zorgverzekeraars	**Overige I&V-eisen m.b.t. kwaliteit**	1	D	J	H	K	M	I	*Timing aanlevering vanuit aanbieders onbekend*	A	S	H	Nog te valideren: eisen worden benoemd in contract maar het is onduidelijk hoe deze aangeleverd worden
	Horizontaal toezicht (HT)	1	D	J	H	K	M	I	N.v.t.	A	S	H	Doorlopende gesprekken met preferente zorgverzekeraar; geen vast portal
	Uitkomsten kwaliteitsregistraties	1	D	J	H	K	M	I	*Onbekend*	A	S	H	Via de autorisatiematrix kunnen ziekenhuizen toestemming geven aan ZIN om de informatie rechtstreeks met zorgverzekeraars te delen (naar OmniQ)

Conclusie

Timing en vorm: contractering

Timing en vorm niet duidelijk vanuit inkoopbeleidsstukken

Eventueel aanknopingspunt

Timing en vorm: HT en kwal. registraties

Geen aanknopingspunt

1) Automatisch: informatie wordt direct uit interne administratie zorgaanbieder gehaald, aanbieder hoeft geen aanvullende handelingen uit te voeren, Semiautomatisch: informatie wordt gemakkelijk uit interne administratie zorgaanbieder gehaald, aanbieder hoeft klein aantal aanvullende handelingen uit te voeren (bijv. batch aanleveringen), Handmatig: informatie kan niet rechtstreeks uit interne administratie zorgaanbieder gehaald worden, aanbieder moet informatie handmatig invullen

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)

2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)

3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)

4. MSZ (p. 34 – 86)

4.3 Verschillenanalyse van I&V-eisen en geïdentificeerde aanknopingspunten

- **4.3.3 Kwaliteitsregistraties**

5. GGZ (p. 87 – 103)

6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)

7. Appendix (p. 189 – 274)

Operationalisatie analysekader binnen het onderdeel branche- en beroep, toegepast op de kwaliteitsregistraties

Analysekader aanknopingspunten – binnen het onderdeel branche en beroep

Drijver	Scenario	Potentieel
Inhoud *binnen (soort-) gelijk onderwerp*	0% overlap	Ja[1]
	Deels overlap	
	100% overlap	Nee
Timing	Ander moment	Ja[1]
	Zelfde moment	Nee
Frequentie	Andere frequentie	Ja[1]
	Zelfde frequentie	Nee
Vorm	Repetitief in zelfde portal (VECOZO)	Ja[1]
	Verschillende portals	
	Handmatig of semiautomatische omzetting van bron naar rapportagedata	

Inhoud:
- Welke registraties hebben een inhoudelijke overlap met elkaar?
- Welke registraties hebben binnen één registratie overlap tussen sub-registraties?
- Welke indicatoren binnen een registratie worden gebruikt voor leren/verbeteren?

Vorm
- Hoe is de samenwerking tussen niet-inhoudelijk overlappende registraties?
- Hoe is de aansluiting tussen de ‘Registratie aan de bron’ en de registratie?

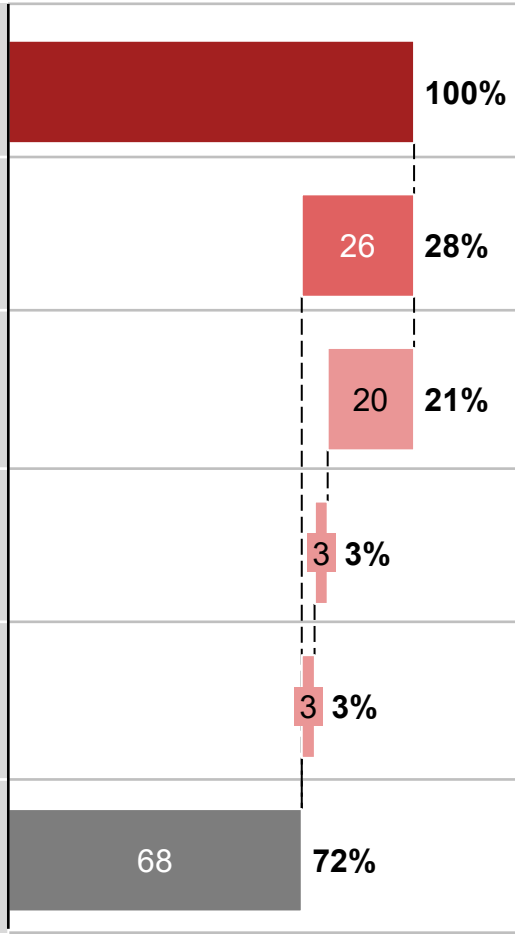
Legenda

Geen aanknopingspunt uniformering	Aanknopingspunt uniformering

1) Aanknopingspunt bij de verwachting dat door een maatregel de maatschappelijke uitkomsten (gedreven door de informatiewaarde en de administratieve belasting) positief veranderd t.o.v. de status quo

Inhoudelijke overlap tussen registraties: 28% van de registraties heeft een (gedeeltelijke) inhoudelijke overlap

Illustratie inhoudelijke overlap registraties[1]



	Conclusie
• Overlap tussen algemene en specifieke registraties: NKR van alle kanker ziektebeelden (IKNL) en specifieke kanker registraties (met name van DICA) • Overlap tussen specifieke registraties: Kwaliteitsregistratie voor uro-oncologie (DICA) en Landelijke registratie blaaskankerbehandeling (IKNL)	• Aanknopingspunt voor verbeterde samenwerking • Gesprekken hierover zijn gaande
• Overlap tussen specifieke registraties: Dutch Registration of Complication in Endoscopy (DICA), Dutch Gastrointestinal Endoscopy Audit (DICA), ERCP registratie (VREST) over Endoscopische Retrograde Cholangio- en Pancreaticografie	• Aanknopingspunt voor verbeterde samenwerking • Zie pagina 31 voor verdieping
• Overlap tussen specifieke registraties: DRAIM en NEED	• Geen aanknopingspunt, VWS en FMS hebben tijdig gezorgd voor goede afstemming • Gesprekken hierover zijn gaande
	• Geen aanknopingspunt

1) Totaal aantal registraties o.b.v. inschatting VWS. Mate van overlap o.b.v. vergelijking vragenlijsten

Inhoudelijke overlap tussen registraties: tussen registraties m.b.t. endoscopie is er deels inhoudelijke overlap

Illustratie overlap binnen registraties m.b.t. endoscopie

Sub-registratie		DGEA[1]	DRCE[2]	ERCP[3]
Vragen	Algemene informatie pt	Deels overlap: • BSN nummer • Geslacht • Geboortedatum • Naam (DGEA en DRCE)		
	Endoscopie gegevens	Deels overlap: • Datum • Type • Locatie (DGEA en DRCE) • ERCP (DRCE en ERCP)		
	Patiëntkenmerken	Deels overlap: • ASA-classificatie		
	Indicatie colonoscopie	100% overlap: één vraag (DGEA en DRCE)		
	Medicatie	Deels overlap: • Premedicatie (DGEA en DRCE) • Medicatie tijdens endoscopie (DGEA en DRCE)		
	Uitkomsten	Geen overlap	Geen overlap	Geen overlap
	Pathologie	Geen overlap	Geen overlap	Geen overlap
	Interventies	Geen overlap	Geen overlap	Geenoverlap

Conclusie

Inhoud:

Verschillende registraties m.b.t. endoscopie vragen deels overlappende informatie uit

Aanknopingspunt

Legenda

Aanknopingspunt

Geen aanknopingspunt

1) DICA registratie via MRDM
2) DICA registratie via MRDM
3) Instructie ERCP via VREST – niet mogelijk om volledigheid te verifiëren

Inhoudelijke overlap tussen sub-registraties: tussen sub-registraties deels inhoudelijke overlap

Illustratie overlap binnen Dutch Lung Cancer Audit (DLCA)

Sub-registratie		DLCA – L	DLCA – S	DCLA – R
Vragen	Algemene informatie pt	100% overlap: 11 vragen		
	Episode	Geen overlap	Geen overlap	
	Algemene info. episode	Deels overlap: • Datum eerste polikliniek bezoek • Second opinion		
	Patiëntkenmerken	Geen overlap	Geen overlap	
	Diagnostiek Overlappende vragen	Deels overlap – overlappende vragen: • Mediastinoscopie • FEV1 als percentage van normaal, • DLCO als percentage van normaal • VO2 max in ml/kg/min		***Onbekend*** *(Niet openbaar beschikbaar maar aanwijzingen voor overlap met DLCA –L en DLCA – S)*
	Tumoreigenschappen	Deels overlap (mogelijk – afhankelijk van timing invullen) • Klinisch T-stadium[1], ten tijdens van het laatste MDO, voor de eerste behandeling/dan wel ten tijde van overname van behandeling • Klinisch N-stadium[1] • Klinisch M-stadium[1]		
	MDO	Geen overlap	Geen overlap	
	Uitgevoerd behandelplan	Geen overlap	Geen overlap	
	Accordering	Geen overlap	Geen overlap	
	Follow-up	Geen overlap	Geen overlap	
	Covid-19 module	100% overlap: 10 vragen		

Conclusie

Inhoud:

Vragen rondom algemene informatie patiënt en de COVID-19 module overlappen 100% – huidig beeld is dat deze informatie apart ingevuld moet worden

Aanknopingspunt

(m.b.t. COVID-19 evt. tijdelijk)

Vragen rondom i) diagnostiek en ii) tumoreigenschappen overlappen deels. Nu nog onduidelijk of de antwoorden op deze verschillen door de timing van invullen

Eventueel aanknopingspunt

Legenda

Aanknopingspunt

Geen aanknopingspunt

1) Volgend TNM 8e editie

Gebruik van data: niet alle geregistreerde gegevens worden gebruikt voor leren en verbeteren

Gebruik registraties[1]

- *Gemiddeld besteden zorgverleners 52 minuten per dag aan het registreren van kwaliteit (breder dan kwaliteitsregistraties)*
- *Van de totale tijd besteed aan registratie van kwaliteit wordt 25% aan kwaliteitsregistraties besteed (“Quality improvement”)*
- *Zorgverleners geven aan dat zij 36% van de registratie van kwaliteit als nuttig ervaren*



“Met zo veel registraties vraag ik me wel eens af: wat wordt er mee gedaan? Je hebt een lijst afgevinkt en dan is het klaar.”[2]

Citaat zorgverlener



“Zelfs als iemand die het makkelijk vindt om te registreren, vind ik het nog steeds een tijdverspilling omdat er niets mee wordt gedaan”[2]

Citaat zorgverlener



“Niet alleen het aantal kwaliteitsindicatoren, maar ook de doeltreffendheid ervan staat ter discussie”[1]

Citaat artikel

1) Zegers, et al. (2020), Perceived Burden Due to Registrations for Quality Monitoring and Improvement in Hospitals: A Mixed Methods Study. De citaten zijn vertaald vanuit het Engels.
2) Vanuit interviews met betrokkenen in ziekenhuizen.

Samenwerking tussen registraties: alle registraties voeren algemene pt. kenmerken in, nog onvoldoende samenwerking

Aanknopingspunt in samenwerking registraties

Registatie algemene patiëntkenmerken

(Bijna) alle registraties vragen een aantal dezelfde vragen rondom algemene patiëntkenmerken:

- Zorginstelling
- Unieke patiëntnummer
- BSN
- Voorvoegsels
- Geslachtsnaam
- Geboortedatum
- Etc. etc.

Onmogelijkheid tot koppeling data

Op dit moment kunnen registraties deze gegevens niet onderling uitwisselen – dit probleem wordt o.a. gedreven door:

- Onmogelijkheid om verschillende data te koppelen o.b.v. BSN door wettelijke beperking
- Suboptimale invoering van ‘Registratie aan de bron’/ZIBs door
  - Geen gebruik van eenduidige definities
  - Geen gebruik van ‘vaste’ invulvelden EPD
  - Geen uniforme EPDs tussen ziekenhuizen
  - Geen koppeling tussen EPD en registratie

Onvoldoende samenwerking tussen registraties

Verschillende registraties werken nu niet/nauwelijks samen

- Als één patiënt wordt geregistreerd in meerdere registraties – tussen verschillende specialismen binnen één ziekenhuis
- Als een patiënt wordt overgedragen aan een ander ziekenhuis – tussen verschillende ziekenhuizen (netwerkzorg)

Dit aanknopingspunt is geïdentificeerd in het programma Uitkomstgerichte zorg – dit onderzoek sluit hierbij aan

Proces registraties: bij ‘registratie aan de bron’, invullen en delen van de registratie zijn aanknopingspunten

Overzicht aanknopingspunten in proces

Stap in proces	Vaststellen indicatoren	Registreren aan de bron	Invullen van kwaliteits-registratie: o.b.v. bron	Valideren van gegevens in kwaliteits-registratie	Opslaan van gevalideerde gegevens	Delen van gegevens met kwaliteits-registratie	Berekenen indicatoren	Terug-koppelen resultaten naar ZKH
Drijver van werk	• Eens worden over benodigde indicatoren en definities	• ‘Registratie aan de bron’ is niet geschikt voor meervoudig gebruik	• +1 inputrijen nodig voor één indicator • Gebruik van vrije invulvelden door arts/VPK • Zonder koppeling: handmatig gegevens overtikken uit EPD	• Data is incompleet • Data is incorrect door verkeerde interpretatie van definities e.d.	N.v.t.	• Bij automatische koppeling: geen 100% overlap tussen EPD en registratie • Bij survey: gegevens moeten patiënt per patiënt worden ingevoerd	N.v.t.	N.v.t.
Aankno-pingspunt		• Nog geen optimale implementatie van ‘Registratie aan de bron’ en de ZIB’s	• Geen gebruik van eenduidige definities • Veel gebruik van ‘vrije’ invulvelden in EPD • Niet altijd koppeling tussen EPD en registratie • Aanpassingen in formulier van de registratie in EPD • Suboptimale samenwerking tussen registraties (zie vorige pagina)			• Niet voor alle registraties een makkelijke manier om de gegevens te delen		

Deze aanknopingspunten zijn geïdentificeerd in lopende onderzoeken: Keuzenkamp, ‘Registratie aan de bron’, Verduurzamen kwaliteitsregistraties, etc. – dit onderzoek sluit hierbij aan

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)

2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)

3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)

4. MSZ (p. 34 – 86)

5. GGZ (p. 87 – 103)

- 5.1 Menukaart van maatregelen ter reductie administratieve lasten
- 5.2 Onderzoeksaanpak om tot maatregelen te komen
- 5.3 Verschillenanalyse van I&V-eisen en geïdentificeerde aanknopingspunten

6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)

7. Appendix (p. 189 – 274)

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)

2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)

3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)

4. MSZ (p. 34 – 86)

5. GGZ (p. 87 – 103)

5.1 Menukaart van maatregelen ter reductie administratieve lasten

6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)

7. Appendix (p. 189 – 274)

Selectie uit samenvatting – GGZ

Analyse GGZ

De focus van het onderzoek m.b.t. de GGZ (I&V-eisen vanuit de overheid i.h.k.v. de Zvw) is niet breed genoeg om een daadwerkelijke administratieve lastenvermindering in de GGZ teweeg te brengen. De GGZ heeft voor een groot deel te maken met financiering uit de Wlz, de Wmo, de Jeugdwet (m.b.t. de jeugd-GGZ) en de Wfz. Deze financieringsbronnen zijn buiten scope van dit onderzoek. Daarnaast is er binnen de Zvw een nieuw bekostigingsmodel geïmplementeerd (Zorgprestatie model, ZPM): vanwege de nog maar korte doorlooptijd in het gebruik van de ZPM is deze ook buiten scope geplaatst door de opdrachtgever. In de eerste fase van het onderzoek heeft VWS gekozen voor focus op uniformering van de I&V-eisen vanuit de overheid omdat de veelheid kleinere verantwoordingseisen vanuit de overheid voor veel administratieve last zorgen.

Aanknopingspunten voor administratieve lastenreductie (met beperkte impact) zijn geïdentificeerd rond de onduidelijkheid die aanbieders ervaren bij het aanleveren van gegevens, en de dubbele uitvraag naar FTE gegevens voor de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) en het fraudeonderzoek.

Het onderzoeksteam heeft de volgende maatregelen voor de menukaart geïdentificeerd:

- *Vergroot de duidelijkheid over de verantwoordingseisen (budgettaire impact = nihil).* Ontwikkel één website met daarop een overzicht van alle informatie gevraagd vanuit de overheid. Verduidelijk de vereisten en het gebruik van

[vervolg] Landelijk Kwaliteitsstatuut (LKS). Verbeter het zicht op hoe het LKS wordt gebruikt voor het leren en verbeteren.

- *Verminder de last van FTE uitvragen* (budgettaire impact = €0,2 tot 0,3 mln). Laat de NZa in de uitvraag rondom productiviteitscijfers gebruikmaken van de FTE-informatie uit de Wtza. Stimuleer de NZa om de frequentie van de uitvraag rondom productiviteitscijfers (incl. de bijbehorende FTE-uitvraag) zo snel mogelijk omlaag te brengen.

De I&V-eisen van de overheid binnen de Zvw raken vooral de bedrijfsvoering, en niet het primaire proces. Vanuit de gesprekken die zijn gevoerd komt het beeld op dat lasten in het primaire proces gedreven worden door eisen van zorgverzekeraars, door (eigen opgelegde) interne verantwoordingseisen en door een overlap in uitvraag van verschillende financieringsdomeinen. Om de administratieve last in (het primaire proces van) de GGZ te verlichten, adviseert het onderzoeksteam daarom om vervolgonderzoek te doen naar de I&V-eisen vanuit (het samenspel tussen) de financieringsdomeinen Zvw, Wlz, Wmo, Jeugdwet, Wfz en de eigen opgelegde interne verantwoording (door het programma [Ont]Regel de Zorg). Uit de gesprekken kwamen wel al enkele aanknopingspunten naar voren: i) stuur op nieuw te ontwikkelen uitvragen (bijv. aansluiting tussen nieuw toetsingskader IGJ en bestaande uitvragen), ii) centraliseer de uitvraag van kwaliteitsindicatoren (bijv. naar voorbeeld van de TK in de MSZ), en iii) uniformeer de vertaling van de NZa eisen door zorgverzekeraars (bijv. strakke interpretatie van NZa eisen i.p.v. ‘naar de geest’ van de eis en verschillen in interpretatie tussen zorgverzekeraars).

Maatregel 1 – GGZ

Vergroot duidelijkheid over de verantwoordingseisen	
Probleemanalyse	Aanbieders ervaren onduidelijkheden in het gehele proces van de verantwoordingseisen vanuit het onderdeel overheid tijdens het begrijpen van de uitvraag, het opstellen van de uitvraag, het opleveren van de uitvraag en het gebruik van de uitgevraagde gegevens.
Maatregel	Vergroot de duidelijkheid de verantwoordingseisen vanuit de overheid[1] omtrent i) de benodigde aanlevergegevens en het proces hieromheen en ii) het doel en gebruik van de benodigde aangeleverde gegevens. Dit is onder andere mogelijk door: • Ontwikkel één website met daarop een overzicht van alle informatie gevraagd vanuit de overheid • Verduidelijk de vereisten en het gebruik van Landelijk Kwaliteitsstatuut (LKS)
Effect op administratieve lasten	Meer duidelijkheid zorgt ervoor dat aanbieders minder tijd en irritatie kwijt zijn aan hetgeen dat nu onduidelijk is voor hen.
Effect op informatiewaarde	De informatiewaarde blijft minimaal hetzelfde, en neemt door meer begrip van zorgaanbieders waarschijnlijk zelfs toe.
Actieplan en tijdlijn	Het advies is om ZIN het voortouw te laten nemen in de uitvoering van deze maatregel. De acties rondom het LKS zijn naar verwachting snel uit te voeren (in 2023), de acties waar alle I&V-eisen van de overheid zijn meer partijen bij betrokken en kosten naar verwachting meer tijd (in 2024).
Mededingings-rechtelijke evaluatie	Er zijn geen mededingingsrechtelijke risico's omdat er geen commerciële partijen betrokkenen zijn bij deze maatregel.
Budgettaire impact	De totale verwachte impact van deze maatregel is binnen de Zvw nihil (minder dan €0,1 mln). De maatregel voorkomt irritatie. In een scenario waar ook de I&V-eisen vanuit de gemeenten worden betrokkenen, is de impact naar verwachting (veel) groter maar dit is niet objectief onderzocht. Het evalueren van de uitvragen is gangbare praktijk, hier is geen extra investering voor nodig.

1) Eisen vanuit het Ministerie van VWS, het Ministerie van J&V, CBS, NZa, IGJ en ZIN.

Maatregel 2 – GGZ

Verminder de last van FTE uitvragen	
Probleemanalyse	Aanbieders dienen in twee verschillende uitvragen informatie te geven over het aantal FTE dat zij in dienst hebben: • In het kader van de Wtza worden zij gevraagd om de in- en uitstroom van de FTE in loondienst en het gemiddelde FTE en PNIL – nu per jaar; • In het kader van het fraude onderzoek worden zij gevraagd om het totaal aantal FTE (in loondienst en PNIL) – nu nog per kwartaal. Uitvragen kosten aanbieders tijd omdat i) de formats verschillen, ii) de portals verschillen, iii) het gevraagde niveau van de informatie verschilt.
Maatregel	Verminder de frequentie vanuit de NZa m.b.t. de FTE gegevens van GGZ-aanbieders, door: • Laat de NZa in de uitvraag rondom productiviteitscijfers gebruik maken van de FTE-informatie uit de Wtza; • Stimuleer de NZa om de frequentie van de uitvraag rondom productiviteitscijfers (incl. de bijbehorende FTE-uitvraag) zo snel mogelijk omlaag te brengen.
Effect op administratieve lasten	Als het mogelijk is voor de NZa om in hun fraudeonderzoek gebruik te maken van de gegevens die worden gedeeld in het kader van de Wtza, hoeven aanbieders niet meer apart de FTE-gegevens voor het fraudeonderzoek aan te leveren en dit scheelt hen tijd.
Effect op informatie-waarde	De frequentie van het ontvangen van de gegevens gaat t.o.v. de uitvragen in het kader van het fraude onderzoek omlaag.
Actieplan en tijdlijn	Er is een eerste evaluatie gepland om te beoordelen of de huidige uitvraag rondom de productiviteitscijfers per kwartaal noodzakelijk is. Het advies is om deze evaluatie af te wachten voordat er verdere stappen worden ondernomen. In het geval dat de uitvraag rondom productiviteitscijfers na de evaluatie nog blijft bestaan (al dan niet in een lagere frequentie), is het advies om deze FTE-uitvraag te stroomlijnen met de gevraagde FTE-informatie in het kader van de Wtza (of andersom), zodat de aanbieder deze informatie maar één keer hoeft in te vullen. De eerste evaluatie wordt in 2022 uitgevoerd, het is de verwachting dat het mogelijk is om vanaf 2023 de FTE-uitvragen te hebben geüniformeerd.
Mededingings-rechtelijke evaluatie	Er zijn geen mededingingsrechtelijke risico's omdat er geen commerciële partijen betrokkenen zijn bij deze maatregel.
Budgettaire impact	De totale verwachte impact is €0,2 tot €0,3 mln. Aannames: er zijn ~10.000 GGZ-aanbieders, het invoeren van de FTE gegevens kost een GGZ-aanbieder 20 minuten per keer (kosten: €41 per uur), voor de Wtza dient een aanbieder eenmaal de FTE-gegevens door te geven, voor de NZa nu nog per kwartaal, één aanlevering (20 minuten) aan de NZa kan voorkomen worden. Zodra de frequentie van de NZa-fraude aanvraag omlaag gaat, groeit de budgettaire impact Het evalueren en aanpassen van de Wtza en de uitvraag rondom productiviteitscijfers is de gangbare praktijk, hier is vanuit de NZa geen extra investering voor nodig.

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)

2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)

3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)

4. MSZ (p. 34 – 86)

5. GGZ (p. 87 – 103)

5.2 Onderzoeksaanpak om tot maatregelen te komen

6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)

7. Appendix (p. 189 – 274)

Op basis van interviews, paneldiscussies, document- en data-analyse is de menukaart in de GGZ samengesteld

Onderzoeksaanpak GGZ

Interviews	De onderzoekers hebben meer dan 15 betrokkenen in de GGZ gesproken • De Nederlandse GGZ is betrokken via verschillende overleggen • Zie volgende pagina voor de interviewlijst
Panel-discussies	Op 4 mei is er een paneldiscussie georganiseerd om te reflecteren op een voorlopige menukaart • De aanwezigen bij de paneldiscussie zijn in de interviewlijst opgenomen
Document analyse	De onderzoekers hebben openbare documenten geanalyseerd. Geanalyseerde documenten zijn, maar niet beperkt tot: • GGZ landelijk kwaliteitsstatuut (ZIN) • Regelgeving GGZ 2022 (via NZa)
Data analyse	De onderzoekers hebben openbare datasets gebruikt in de doorrekening van de budgettaire impact. Geanalyseerde datasets zijn, maar niet beperkt tot: • Openbare CBS gegevens • NZa gegevens rondom aantal aanbieders

M.b.t. de GGZ zijn meer dan 15 betrokkenen geïnterviewd in het kader van dit onderzoek

Interviewlijst GGZ

Sector	Type	Organisatie	Functietitel
GGZ	Aanbieder	Yulius	Controller en hoofd zorg/veiligheid
GGZ	Aanbieder	Vrijgevestigd	Praktijkhouder
GGZ	Aanbieder	Antes	Psychiater
GGZ	Aanbieder	GGZ Breburg	Voorzitter Raad van Bestuur/Bestuur De Nlse GGZ
GGZ	Aanbieder	NHN	Directeur en medewerker bedrijfsvoering
GGZ	Aanbieder	Parnassia groep	Bestuursvoorzitter/Bestuur De Nlse GGZ
GGZ	Koepel	De Nlse GGZ	Manager belangen-behartiging
GGZ	Koepel	De Nlse GGZ	Strategisch adviseurs
GGZ	Koepel	De Nlse GGZ	Adviseur zorg en financiering
GGZ	Koepel	LVVP	Directeur en sr. beleidsmedewerker

Sector	Type	Organisatie	Functietitel
GGZ	Overheid	NZa	Projectleider ZPM
GGZ	Overheid	NZa	(Senior) beleidsmedewerkers
GGZ	Overheid	IGJ	Beleidsadviseur
GGZ	Overheid	VWS	Beleidsadviseurs, directie zorgverzekeringen
GGZ	Overheid	ZIN	Sectorteam GGZ

INDICATIEF

De geprioriteerde informatiestroom in de GGZ is de I&V-eisen vanuit de overheid

Verhouding administratieve lasten o.b.v. informatiestromen[1]



Beeld vanuit eerste fase van het onderzoek

VWS heeft gekozen om de I&V-eisen vanuit de zorgverzekeraars geen geprioriteerde informatiestroom te maken omdat de interactie tussen aanbieder en zorgverzekeraar in de GGZ volop in beweging is door de invoering van het zorgprestatiemodel

Zwaartepunt administratie last | Geen zwaartepunt administratie last

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)

2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)

3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)

4. MSZ (p. 34 – 86)

5. GGZ (p. 87 – 103)

5.3 Verschillenanalyse van I&V-eisen en geïdentificeerde aanknopingspunten

6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)

7. Appendix (p. 189 – 274)

Vanuit de overheid stellen IGJ, NZa, ZIN en SG Wachttijden I&V-eisen aan GGZ-aanbieders

Overzicht uitvragende partijen overheid

vetgedrukt = gerelateerd aan I&V-eisen binnen scope onderzoek[1]

Organisatie	Doel	Rol	Bijbehorende verantwoordingseis
IGJ	Kwaliteit en veiligheid van de zorg en jeugdhulp in Nederland[2]	• **Houden van risicotoezicht** - **Verzamelen risico-informatie** - **Afleggen van jaarlijkse/incidentele bezoeken (jaarlijkse bij grote aanbieders, incidenteel o.b.v. risico-informatie)** • Houden van incidententoezicht: reageren op meldingen burgers, zorgaanbieders, fabrikanten, gemeenten, etc.	• Risico-informatie • Jaarlijkse/incidentele visitaties (o.b.v. Toetsingskaders GGZ) • Uitvragen WvGGZ, Wzd • Uitvragen Wtza (vergunningen en intern toezicht) • Wachttijden en regionale plannen ter verbetering wachttijden (met NZa)
NZa	Goede, toegankelijke en betaalbare zorg[3]	• Vaststellen omschrijvingen van de behandelingen (prestaties) en waar relevant maximumtarieven vaststellen • **Toezicht op zorgaanbieders, zorgverzekeraars, zorgkantoren en het CAK** - **Toezicht op goed bestuur en professionele bedrijfsvoering** - **Toezicht op goede informatie (openheid over geleverde zorg: kwaliteit, kosten, toegankelijkheid)** - **Toezicht op zorgplicht** - Toezicht op concentraties in de zorg (fusies/overnames/gemeenschappelijke onderneming) • Doen van onderzoek, extra controles bij risico's en adviseren van VWS over betaalbaarheid of toegankelijkheid van zorg	• Productie informatie • Zorgvraag typering • Fraude en gedrag informatie • Uitvragen Wtza (financiële verantwoording en derivaten en jaarverantwoording) • Wachttijden en regionale plannen ter verbetering wachttijden (met IGJ)
ZIN	Goede en toegankelijke zorg tegen een redelijke prijs[4]	• Adviseren van minister over de inhoud van het verzekerde pakket • Geven van eenduidige uitleg van de verzekerde zorg • **Bevorderen kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg door het signaleren van kansen voor vernieuwingen en verbeteringen in de zorg (incl. beschikbaar maken van informatie)** • Uitvoeren risicoverevening - Beheren premiegeld - Verdelen van premiegeld over zorgverzekeraars en zorgkantoren	• CQI vragenlijst (patiënt tevredenheid) • Landelijk kwaliteitsstatuut
SG wachttijden	Verminderen wachttijden[5]	• **Houden van toezicht op de regionale plannen om wachttijden te verminderen**	• Rapportage vanuit de regio

1) Gebaseerd op Strategy& analyse 2) www.igj.nl 3) www.nza.nl/over-nza/wat-doet-de-nza 4) www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/organisatie/taken 5) Stuurgroep wachttijden (weg van de wachtlijst) is een initiatief van de Nederlandse GGZ, MIND, Platform MeerGGZ, Sociaalwerk Nederland en ZN. www.wegvandewachttijd.nl

Operationalisatie analysekader binnen het onderdeel overheid

Analysekader aanknopingspunten – binnen het onderdeel overheid

Drijver	Scenario	Potentieel
Inhoud *binnen (soort-) gelijk onderwerp*	0% overlap	Ja[1]
	Deels overlap	
	100% overlap	Nee
Timing	Ander moment	Ja[1]
	Zelfde moment	Nee
Frequentie	Andere frequentie	Ja[1]
	Zelfde frequentie	Nee
Vorm	Repetitief in zelfde portal (VECOZO)	Ja[1]
	Verschillende portals	
	Handmatig of semiautomatische omzetting van bron naar rapportagedata	

(Thema's) verantwoordingseisen

- Welke (overlappende) thema's komen terug in de verantwoordingseisen?
- Hoe vertalen thema's zich in verantwoordingseisen?
- In welke mate verschillen de eisen tussen de overheidsinstanties?

Vorm

Stap	Sub stap	Drijver tijd/irritatie
Begrijpen	Wat wanneer aangeleverd moet worden	Onduidelijke/uiteenlopende instructie
	Hoe dit aangeleverd moet worden	
Opstellen	Data/inputs ophalen	Intern systeem sluit niet aan op data-eisen
	Data/inputs aanvullen	Registratie onvolledig, mensen onbereikbaar
	Rapport opstellen	Rapportagevorm sluit niet aan op data-abstractie
	Rapport intern afstemmen	Afstemming leidt tot meerwerk
Opleveren	Rapport delen	Upload sluit niet aan op werkvorm
Terugkoppeling ontvangen	Bevestiging ontvangst krijgen	Geen bevestiging
	Terugkoppeling ontvangen	"Nut" onduidelijk

Legenda

Geen aanknopingspunt uniformering | **Aanknopingspunt uniformering**

1) Aanknopingspunt bij de verwachting dat door een maatregel de maatschappelijke uitkomsten (gedreven door de informatiewaarde en de administratieve belasting) positief veranderd t.o.v. de status quo

Eerste vergelijking van uitvragen geeft een aanknopingspunt op vorm van aanlevering, inhoud vraagt extra analyse

Overzicht gestelde verantwoordingseisen overheid

Organisatie	Verantwoordingseis inhoud)	Overlap inhoud	Frequentie (1-malig | Doorlopend | Jaar | Halfjaar | Kwartaal | Maand | Incidenteel)	Timing	Vorm en portal (Automatisch | Semiautomatisch | Handmatig[1])	
IGJ	Risico-informatie	Geen	1 **D** J H K M I	n/a	A S H	n/a
	Visitaties	Geen	1 D J H K M **I**	Wisselend	A S H	Bij extra info: mail
	WvGGZ, Wzd	Geen	1 D **J** H K M I	Wisselend	A S H	Mijn IGJ
	Wtza Vergunning en intern toezicht	Geen	**1** D J H K M I	Voor 1 juni	A S H	CIBG
IGJ en NZa	Wachttijden	Deels	1 D J H K **M** I	Voor 10e v/d maand	**A** S H	Vektis
	Regionale plannen t.b.v. wachttijden	Deels	1 D **J** H K M I	Afhankelijk aanbieder	A S H	Rapport en pres; mail
NZa	Productie informatie	Geen	1 **D** J H K M I	Doorlopend	**A** S H	Vektis
	Zorgvraagtypering	Deels	1 D J **H** K M I	1 juni, 1 januari	A S H	Webformulier
	Fraude en gedrag info	Deels	1 D J H **K** M I	1 maart, daarna onzeker	A S H	Invulformat
	Kostprijsonderzoek	Geen	1 D J H K M **I**	Wisselend	A S H	Onzeker
	WTZA Jaarverantwoording	Deels	1 D **J** H K M I	Voor 1 juni	A S H	DigiMV
	WTZA Financiële verantw. en der.	Geen	1 D **J** H K M I	Voor 1 juni	A S H	CIBG
ZIN	CQI vragenlijst	Deels	1 D **J** H K M I	Juni - augustus	**A** **S** H	GGZ Dataportaal
	LKS	Deels	**1** D J H K M I	Begin 2022	A S H	Mediquest portal
SG wachttijden	Wachttijden	Deels	1 D J H **K** M I	Onbekend	A S H	Rapportage; mail

Conclusie

Inhoud:

Deels overlap op thema's; deep-dive uitwerking thema per uitvraag vereist

(zie pagina 16-17)

Frequentie en Timing

Loopt uiteen, maar met name aanknopingspunt als op inhoud te uniformeren is[2]

(zie pagina 16-17)

Vorm/portal

Telkens ander portal/ aanleverformat en automatisering beperkt gefaciliteerd

Aanknopingspunt

Legenda

Aanknopingspunt

Geen aanknopingspunt

1) Automatisch: informatie wordt direct uit interne administratie zorgaanbieder gehaald, aanbieder hoeft geen aanvullende handelingen uit te voeren, Semiautomatisch: informatie wordt gemakkelijk uit interne administratie zorgaanbieder gehaald, aanbieder hoeft klein aantal aanvullende handelingen uit te voeren (bijv. batch aanleveringen), Handmatig: informatie kan niet rechtstreeks uit interne administratie zorgaanbieder gehaald worden, aanbieder moet informatie handmatig invullen 2) Of als (hoge) frequentie niet aansluit bij doel – maar hiervoor zijn geen aanwijzingen.

Vorm: langs het hele proces rondom registratie zijn er kansen om de (ervaren) last te verminderen

Analyse proces

	Stap 1 – begrijpen uitvragen	Stap 2 – opstellen	Stap 3 – opleveren	Stap 4 – terugkoppeling ontvangen
Tijdsdruk/ irritatie als…	…begrijpen wat, hoe moet gebeuren tijdrovend is door veelheid of onduidelijkheid	…interne organisatie niet aansluit op uitvraag	…oplevering niet aansluit op werkvorm	…onduidelijk is of, waarvoor en door wie de rapportage daadwerkelijk wordt gebruikt
Inzichten uit analyse	• Uitvragen van overheid verschillen in frequentie, aanlevermoment en vorm, wat ertoe kan leiden dat aanbieders - Overzicht missen - Telkens 'opnieuw moeten inkomen'[1] • Binnen LKS (ZIN) is voor aanbieders onduidelijk wat 'herijking' betekent waardoor zij aanlevering regelmatig herhalen (terwijl dit niet wordt gevraagd)	*Geen direct onderdeel van de scope van het onderzoek*	*Geen direct onderdeel van de scope van het onderzoek*	• LKS wordt door uitvragende partij gecontroleerd op proces (bijv.: zijn de cellen gevuld), maar niet op inhoud (bijv.: is invulling in lijn met verwachting) • Hoewel IGJ wel gebruik maakt van de informatie in het LKS, is dit voor aanbieders niet direct duidelijk
Mogelijke aanknopings-punten	• Investeren in uniformeren op vorm (bijv.: alles via hetzelfde portal) en proces van communicatie rondom vereisten	• Nader onderzoeken en maatregelen zoeken die - Flexibiliteit invulling aanbieders vergroten (bijv.: aanbieder mag zelf weten hoe invulling wordt gegeven aan eisen) - Aanbieders helpen bij aansluiten intern pr…	• Investeren inhoudelijke toetsing en terugkoppeling i.h.k.v. leren en verbeteren	

Hoewel deze aanknopingspunten minder direct in de scope van het onderzoek passen, is vanuit de MSZ zichtbaar dat inzet hierop wel kan leiden tot verbetering van de situatie: i) IGJ maakt binnen de MSZ de omslag naar 'verbeterdoelen' waarbij aanbieders zelf mogen bepalen hoe zij hierover verantwoorden, en waarbij geldt dat als een doel eenmaal is behaald, hierover niet nogmaals gerapporteerd hoeft te worden ii) op grond van het onderzoek van Hugo Keuzekamp worden binnen de MSZ een tweetal commissies opgetuigd; één die bepaalt of een kwaltietsregistratie bestaansrecht heeft, en één die zich inzet voor uniformeren van registratie binnen instellingen en aansluiting op externe systemen

1) Dit geldt zowel als één functionaris verschillende uitvragen begeleid, en ook als elke uitvraag door een andere functionaris wordt behandeld; in het eerste geval vanwege extra tijd van één persoon, in het tweede geval omdat de opzet van registraties geen aanleiding biedt om uitvragen te centraliseren bij één persoon om zo het proces efficiënt in te kunnen vullen. 2) Dit aangezien het uniformeren van externe uitvragen op de interne systematiek van aanbieders onmogelijk is, tenzij alle aanbieders hun interne registratie en rapportagesysteem op soortgelijke wijze hebben ingericht.

Inhoud: uniformering mogelijk op zorgtypering en FTE, verder beperkt kansen op uniformeren inhoud (1/2)

Analyse uniformering op inhoud: overlappende thema's (1/2)

Overlappend thema	Uitvraag (instantie)	Relevante verschillen tussen uitvragen			Conclusie
		Gevraagde informatie	Definities	Analyseniveau	
Zorgtypering	LKS (ZIN)	Aanbod in categorieën complexiteit[1]	Verschillende definities voor gelijke waarde (complexiteit zorg)	Instelling	Aanbieders dienen zorgaanbod op twee manieren in te delen in termen, andere definitie. Timing en frequentie door aanbieder zelf uniformeerbaar
	ZPM (NZa)	HONOS zorgzwaarte[2]		Vestiging, hoofddiagnose	
FTE (in #)	Wtza (NZa) jaarverantwoording	In- en uitstroom FTE in loondienst en gemiddelde FTE en PNIL			Andere uitvraag met ander doel, mogelijk voor NZa om gegevens uit Wtza te gebruiken als frequentie omlaag gaat
	Fraude info (NZa)	FTE (in loondienst en PNLI)			
Patiënt-tevredenheid	CQI vragenlijst (ZIN)	Patiënttevredenheid via CQI[3]			Andere uitvraag met ander doel; uitvraag CQI maakt LKS "dubbel"
	LKS (ZIN)	Beschrijving meting tevredenheid[4]			Frequentie en timing uitvragen sluiten aan op doel
Samenwerkings-verbanden (smwrk)	LKS (ZIN)	Beschrijving netwerk en partners; toets int. smwrk en prof. statuut[4]	Uiteenlopende definities samenwerking (netwerk en structurele partners, interne samenwerking, multidisciplinair intern/extern, netwerkzorg)		LKS is éénmalige stroom. Toetsingskader IGJ leidt niet tot aparte informatiestroom; IGJ gebruikt ter voorbereiding o.a. LKS
	Toetsingskader (IGJ)	Normen multidisciplinair werken en netwerkzorg[5]			
	Toezicht wachttijden (IGJ, NZa)	Plannen en resultaat regiowerking[6]			Uitvragen met hetzelfde doel; IGJ en NZa maken gebruik van informatie SG wachttijden
	SG wachttijden (o.a. NL GGZ en ZN)	Plannen en resultaat regiowerking[6]			

1) https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/ggz-landelijk-kwaliteitsstatuut 2) https://www.nza.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg-ggz-en-forensische-zorg-fz/nieuwe-bekostiging-ggz/welke-regelgeving-geldt-voor-de-ggz-in-2022 3) https://www.zorginzicht.nl/ontwikkeltools/ontwikkelen/overzicht-van-alle-cqi-vragenlijsten 4) https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/ggz-landelijk-kwaliteitsstatuut
5) https://www.igj.nl/publicaties/toetsingskaders/2020/09/14/toetsingskader-geestelijke-gezondheidszorg 6) https://wegvandewachtlijst.nl/onderzoeken

Inhoud: uniformering mogelijk op zorgtypering en FTE, verder beperkt kansen op uniformeren inhoud (2/2)

Analyse uniformering op inhoud: overlappende thema's (2/2)

Overlappend thema	Uitvraag (instantie)	Relevante verschillen tussen uitvragen			Conclusie
		Gevraagde informatie	Definities	Analyseniveau	
Wachttijden	LKS (ZIN)	Bestand omgang problematiek en toegankelijkheid informatie[1]	Verschillende definities wachtenden	Instelling	IGJ maakt gebruik van LKS; toetsingskader geen aparte stroom
	Toetsingskader (IGJ)	Toets monitoring wachttijden en toegankelijkheid informatie[2]		Instelling	Aparte uitvraag met ander doel
	Toezicht (NZa)	Gegevens wachttijden en aantal wachtenden[3]		Vestiging en diagnosegroep	
	Toezicht (IGJ en NZa)	Plannen en uitwerking regio samenwerking[4]		Regio en instelling	Uitvragen met hetzelfde doel; IGJ en NZa maken gebruik van informatie SG wachttijden
	Toezicht (SG wachttijden)	Regio samenwerking		Regio	
Volgen richtlijnen kwalificaties personeel	LKS (ZIN)	Beschrijving zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen[1]			LKS is éénmalige stroom; IGJ maakt gebruik van LKS (zie hierboven)
	Toetsingskader (IGJ)	Normen kwaliteit zorgverleners en handelen naar richtlijnen[2]			
	Wtza (IGJ) – vergunning	Toets organisatie (incl. aantal en kwaliteit personeel)[4]			
Behandelplan met inspraak patiënt	LKS (ZIN)	Beschrijving proces en betrokkenheid pt in opstellen plan[1]			IGJ maakt gebruik van LKS; toetsingskader geen aparte stroom
	Toetsingskader (IGJ)	Beschrijving proces en betrokkenheid pt in opstellen plan[2]			

1) https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/ggz-landelijk-kwaliteitsstatuut
2) https://www.nza.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg-ggz-en-forensische-zorg-fz/nieuwe-bekostiging-ggz/welke-regelgeving-geldt-voor-de-ggz-in-2022
3) https://www.zorginzicht.nl/ontwikkeltools/ontwikkelen/overzicht-van-alle-cqi-vragenlijsten
4) https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/ggz-landelijk-kwaliteitsstatuut

Los van het analyseraamwerk komen uit interviews verscheidene additionele aanknopingspunten naar boven

Overzicht additionele aanknopingspunten

Additioneel aanknopingspunt	Toelichting
Scope uniformering GGZ breder trekken dan Zvw	Aanbieders in de GGZ hebben naast eisen vanuit de Zvw ook te maken met eisen vanuit de Wlz, Wmo, Jeugdwet en Wfz: 40% tot 80% van de omzet van aanbieders in de GGZ wordt gefinancierd door de Zvw[1]. Daadwerkelijke verlaging van de administratieve last vereist een verbreding van de scope van dit onderzoek om ook uniformering tussen stelsels en binnen overige stelsels mee te kunnen nemen
Uniformeren vertaling NZa-eisen door zorgverzekeraars	De NZa probeert in haar verantwoordingseisen naar de zorgverzekeraars flexibiliteit in de basisregels op te leggen, om zo de uiteindelijke administratieve lasten bij aanbieders te doen verminderen – zorgverzekeraars lijken deze interpretatieruimte nu heel strak te definiëren, in plaats van 'naar de geest' van de basisregel te kijken. Mogelijk definiëren zorgverzekeraars deze interpretatieruimte ook verschillend. Voorbeeld: in principe is een AGB-code op een declaratie verplicht, sommige professionals hebben echter geen AGB-code, een beroepscode zou dan ook moeten volstaan om de declaratie rechtmatig te laten zijn
Sturing op nieuw te ontwikkelen uitvragen	Het IGJ ontwikkelt momenteel een nieuw toetsingskader voor de GGZ, welke mogelijk overlap heeft/kan putten uit andere uitvragen binnen de GGZ – om onnodige complexiteit te voorkomen zou dit kader zoveel mogelijk moeten aansluiten op en gebruik moeten maken van bestaande uitvragen[2]
Centralisatie uitvraag kwaliteitsindicatoren	Binnen de GGZ is geen sprake van een centrale uitvraag naar kwaliteitsindicatoren, wat vermoedelijk leidt tot een veelvoud aan decentrale uitvragen, vanuit zowel zorgverzekeraars als de interne organisatie – administratieve druk kan mogelijk verminderd worden als deze uitvragen worden geüniformeerd[3]

1) Op basis van openbare jaarverslagen van het jaar 2019 van Parnassia Noord-Holland BV (% Zvw = 79%) en Yulius (% Zvw = 45%) 2) Hierbij geldt dat het IGJ binnen dit toetsingskader probeert te putten uit de opzet die de IGJ ook binnen de MSZ hanteert; er is een beweging gaande van toezicht naar ondersteuning en dialoog, waarbij de IGJ inzet op leren en verbeteren wil faciliteren door de omslag te maken naar verbeterdoelen en jaarlijkse bestuur gesprekken 3) In de MSZ gaf de centralisatie van de decentrale kwaliteit uitvragen (van 2013-2016) een vermindering in kwaliteitsindicatoren van 50%.

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)

2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)

3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)

4. MSZ (p. 34 – 86)

5. GGZ (p. 87 – 103)

6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)

6.1 Menukaart(en) van maatregelen ter reductie administratieve lasten

6.2 Onderzoeksaanpak om tot maatregelen te komen

6.3 Verschillenanalyse I&V-eisen en geïdentificeerde aanknopingspunten

7. Appendix (p. 189 – 274)

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)

2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)

3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)

4. MSZ (p. 34 – 86)

5. GGZ (p. 87 – 103)

6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)

6.1 Menukaart(en) van maatregelen ter reductie administratieve lasten

7. Appendix (p. 189 – 274)

Selectie uit samenvatting – Eerstelijnssectoren (1/3)

Analyse eerstelijnssectoren (huisartsen, farmacie, fysiotherapie en wijkverpleging)

De focusgebieden van het onderzoek zijn: de contractering, de materiële controles, en de processen rondom aanvragen hulpmiddelen.

Contractering

In de contractering worden de verschillen in het proces, voorwaarden en transparantie om tot een contract te komen met zorgverzekeraars als administratief belastend ervaren, zeker als deze vergaande consequenties hebben in het primaire proces. Het reduceren van verschillen in de contracten – onder respectering van de maatschappelijke rol van onderscheidend contracterende zorgverzekeraars in het stelsel – is daarom een aanknopingspunt van administratieve lastenreductie. Deze verschillen zijn per eerstelijnssector in kaart gebracht. In de wijkverpleging en farmacie is de potentie van uniformeren het hoogste, omdat de verschillen in contracten ook leiden tot verschillen in het primaire proces. Dat is voor de fysiotherapie minder het geval. Voor de huisartsenzorg is er geen potentie voor uniformering in de contractering, omdat de zorgverzekeraars effectief een volgbeleid hanteren.

Aanbieders in de fysiotherapie, farmacie en wijkverpleging vullen vragenlijsten in op grond waarvan ze een contractaanbieding per zorgverzekeraar krijgen.

Voor aanbieders is het soms (tijdsintensief) puzzelwerk om vast te stellen op grond van welke condities welk type contract wordt verstrekt.

Het onderzoeksteam heeft de volgende maatregelen voor de menukaart geïdentificeerd:

- *Standaardiseer de niet-concurrentiële voorwaarden in contracten maar houd ruimte voor zorgverzekeraars-specifieke invullingen* (budgettaire impact = €5,6 tot €8,8 mln (wijkverpleging); €5,3 tot €6,9 mln (farmacie) en €1,4 tot 1,7 mln (fysiotherapie)). In het onderzoek is een eerste opzet gemaakt van een categorisering van contractvoorwaarden in i) bepalende concurrentiële elementen (zoals prijs) die niet uniformeerbaar zijn en waar de zorgverzekeraars de relevantie kunnen aantonen, ii) innovatieve elementen waarin zorgverzekeraars ruimte hebben voor eigen beleidskeuzes en initiatieven die na enkele jaren worden geëvalueerd, en iii) basisvoorwaarden die kunnen worden geüniformeerd. ZN kan een voorstel maken voor deze uniformeerbare basisvoorwaarden, en kan als startpunt de aanzet van PwC Strategy& gebruiken. Op deze wijze wordt het stelsel en de bewegingsvrijheid van zorgverzekeraars om (aantoonbaar) strategische doelen te realiseren, gerespecteerd en gewaarborgd, maar wordt wel maximaal geüniformeerd.
- *Uniformeer het proces van de contractering* (budgettaire impact = nihil (minder dan €0,1 mln) (wijkverpleging); €0,1 mln (farmacie) en €0,1 mln (fysiotherapie)). Richt Vektis zo in dat aanbieders gelijke informatie maar één keer hoeven in te vullen voor meerdere zorgverzekeraars.

Selectie uit samenvatting – Eerstelijnssectoren (2/3)

- *Pas meerjarencontractering toe waar dat mogelijk is* (budgettaire impact[1] = €0,1 tot 0,3 mln (wijkverpleging); nihil tot 0,2 mln (farmacie) en €0,2 tot 0,6 mln (fysiotherapie)). Streef als zorgverzekeraars uniform naar meerjaarlijkse contracten. De contractduur is deels een uniformeerbaar element, maar deels ook een bepalend concurrentieel element. Behoudt hierom de mogelijkheid om tussendoor aanpassingen door te voeren, mochten de partijen dit in overleg noodzakelijk achten. Het moet voor de zorgverzekeraars mogelijk blijven om de belangrijkste competitieve elementen (zoals prijs) jaarlijks te kunnen aanpassen.
- *Vergroot de transparantie van rekenmethoden om tot materiaalkosten te komen* (budgettaire impact farmacie = €1,7 tot 2,1 mln). Grotere transparantie vraagt minder tijd van de apotheker.
- *Uniformeer de implementatie van Bijlage II formulieren* (budgettaire impact farmacie = nihil (minder dan €0,1 mln). Bijlage II formulieren zijn middelen waarvoor additionele voorwaarden gelden. De maatregel is het verder uniformeren van de landelijke ZN formulieren.

Materiële controles

De materiële controles bieden aanknopingspunten voor uniformering voor de farmacie en de wijkverpleging. Risicocontroles op de patiëntenpopulatie worden door zorgverzekeraars nog apart en op verschillende wijze uitgevoerd. Dat kan leiden tot een sterke ervaren stapelende belasting bij aanbieders die door meerdere zorgverzekeraars worden geselecteerd voor de materiële controle. Daar is uniformering mogelijk. Detailcontroles op individuele medische dossiers kunnen naar hun aard niet worden geüniformeerd.

Het onderzoeksteam heeft de volgende maatregelen voor de menukaart geïdentificeerd:

- *Uniformeer het proces van de materiële controles* (budgettaire impact wijkverpleging en farmacie = nihil). Stuur de aankondigingsbrieven, voeg de aankondigingsbrief en algemene procesvragen samen tot een uniforme brief, en gebruik uniforme reactie- en beoordelingstermijnen
- *Uniformeer de inhoud van de processtappen van de materiële controles* (budgettaire impact wijkverpleging en farmacie = nihil). De mogelijkheden van uniformering zijn uitgewerkt, bijvoorbeeld uniforme definities van risico's.

Hulpmiddelen

In de eisen die worden gesteld aan het voorschijven van hulpmiddelen zitten verschillen tussen zorgverzekeraars. Dit gaat om eisen aan de voorschrijver (bijvoorbeeld of alleen een specialist mag voorschrijven of ook een verpleegkundig specialist), de lay-out van hulpmiddelenregelementen, het wel of niet verplichten van machtigen voor (vervolg)aanvragen en overige voorwaarden.

1) De verwachte budgettaire impact van deze maatregel is lager als de overige maatregelen rondom contractering ook worden uitgevoerd.

Selectie uit samenvatting – Eerstelijnssectoren (3/3)

Het onderzoeksteam heeft de volgende maatregelen voor de menukaart geïdentificeerd:

- *Uniformeer eisen aan de voorschrijver van hulpmiddelen* (budgettaire impact = €0,1 tot 0,2 mln (wijkverpleging); €0,2 tot 0,5 mln (farmacie); nihil (minder dan €0,1 mln) (fysiotherapie en MSZ); 0,7 tot 1,4 mln (huisartsen)). De voorschrijver is te objectiveren en is niet of slechts van beperkte invloed op het gebruik van hulpmiddelen. ZN en aanbieders zouden gezamenlijk vast moeten stellen wie wat mag voorschrijven, zodat het zorgproces minimaal belast wordt.
- *Uniformeer hulpmiddelenreglementen in termen van taal en lay-out* (budgettaire impact = nihil (minder dan €0,1 mln). Deze maatregel vergemakkelijkt het zoeken naar de vereisten van zorgverzekeraars.

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)

2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)

3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)

4. MSZ (p. 34 – 86)

5. GGZ (p. 87 – 103)

6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)

6.1 Menukaart(en) van maatregelen ter reductie administratieve lasten

- **6.1.1 Menukaart wijkverpleging**

7. Appendix (p. 189 – 274)

Maatregel 1 – wijkverpleging (1/2)

Onderdeel: zorgverzekeraars (contractering)

Standaardiseer de niet-concurrentiele voorwaarden in contracten maar houd ruimte voor zorgverzekeraar-specifieke invullingen	
Probleemanalyse	Contracten van zorgverzekeraars met aanbieders in de wijkverpleging verschillen aanzienlijk. Dit geldt zowel voor het 'basiscontract', als de aanvullende eisen. Aanbieders zijn nu veel tijd kwijt aan het i) begrijpen van de verschillende contracten en ii) voldoen aan de verschillen in voorwaarden. De rol van de zorgverzekeraars in het stelstel vereist individuele ruimte in het contract voor eigen doelstellingen. Een forse uniformeringsslag is mogelijk, met niet/nauwelijks nadelen voor de rol van de zorgverzekeraar.
Maatregel	Verdeel de contractelementen in drie categorieën: 1.Bepalend concurrentieel element: zorgverzekeraars voor deze elementen differentiëren in elke mate die zij noodzakelijk achten 2.Innovatief element: zorgverzekeraars kunnen (tijdelijk) differentiëren voor deze elementen, mits zij deze differentiatie evalueren en de toegevoegde waarde aantonen 3.Uniformeerbaar element: zorgverzekeraars uniformeren elementen die geen of beperkt concurrentieel voordeel bieden In het kader van ORDZ zijn de contracten al deels geüniformeerd, de verwachting is dat verdere uniformering mogelijk is. PwC Strategy& heeft een eerste aanzet gezet welke elementen in welke categorie passen (zie appendix). Het is aan zorgverzekeraars om dit verder uit te werken. Op deze wijze wordt het stelsel en de bewegingsvrijheid van zorgverzekeraars om (aantoonbaar) strategische doelen te realiseren, niet dichtgezet, maar wordt wel geüniformeerd daar waar verschillen geen aannemelijk voordelel hebben voor de werking van het stelsel .
Effect op administratieve lasten	Door het uniformeren van elementen uit de contracten besparen aanbieders tijd doordat i) het minder tijd kost de contracten te begrijpen en af te sluiten (eenmalig jaarlijks tijdsvoordeel) en ii) er minder uiteenlopende voorwaarden hoeven worden geïmplementeerd in de bedrijfsvoering en door wijkverpleegkundigen (voortdurend tijdsvoordeel). Zorgverzekeraars besparen tijd in het afsluiten van de contracten (eenmalig jaarlijks tijdsvoordeel).
Effect op informatiewaarde	Sommige elementen van deze contracten zijn te uniformeren zonder dat het de rol van de zorgverzekeraars in het stelstel aanpast. Zorgverzekeraars leveren wel bepaalde vrijheden in (bijv. door het gebruiken van hele specifieke definities, of stellen van specifieke voorwaarden die geen bepalend concurrentieel element zijn), maar dit zal niet of nauwelijks ten koste gaan van de ervaren of gerealiseerde kwaliteit, toegankelijkheid en/of kosten van zorg. Het is niet mogelijk noch wenselijk om de contracten *volledig* te uniformeren, gezien de rol van zorgverzekeraars in het stelsel en het mededingingsrecht.
Actieplan en tijdlijn	In het kader van ORDZ, zijn meerdere actiepunten geüniformeerd om de administratieve lasten te verlagen. Eén van deze actiepunten was 'Uniformeren (deel van de) algemene bepalingen en declaratieparagraaf van de zorginkoop contracten". Om deze maatregel in de wijkverpleging uit te voeren, is er destijds een werkgroep ontwikkeld. Het advies is om deze werkgroep opnieuw te installeren om de contractelementen in te delen in de verschillende categorieën. ZN kan dit proces coördineren. Het advies is om de aanbieders in een vroeg stadium van dit proces te betrekken. De impact wordt vanaf 2024 verwacht omdat i) vanuit de vorige uniformeringsslag is bekend dat het uniformeren van de contracten een ingewikkeld proces is en ii) de processen rondom contractering voor 2023 al begonnen zijn/snel gaan beginnen.

Maatregel 1 – wijkverpleging (2/2)

Onderdeel: zorgverzekeraars (contractering)

Standaardiseer de niet-concurrentiele voorwaarden in contracten maar houd ruimte voor zorgverzekeraar-specifieke invullingen

Mededingings-rechtelijke evaluatie	Het mededingingsrecht is een belemmering voor volledige uniformering (bijv.: uniformering op prijs is niet toegestaan), maar biedt wel ruimte voor gedeeltelijke uniformering. De appendix bevat de eerste aanzet tot categorisering van de elementen, incl. een toets op de mededinging per element.
Budgettaire impact	De totale verwachte impact is €4,6 tot €8,8 mln. De impact wordt gedreven door: • Impact contracteringsproces bij aanbieders: €0,1 tot €0,1 mln. Aannames: één actieve contractafsluiting duurt 6 tot 8 uur per aanbieder (kosten: €36 per uur), 500 aanbieders sluiten contracten, per aanbieder zijn er drie actieve contractafsluitingen (bij overige afgesloten contracten aangenomen dat er geen impact is), de mogelijkheden tot uniformering van de verschillen leiden tot een 30% tijdsbesparing[1], 6% van de huidige contracten is reeds tweejarig waardoor impact maar eens in de twee jaar wordt gerealiseerd. • Impact contracteringsproces bij zorgverzekeraars: nihil (minder dan €0,1 mln). Aannames: zorgverzekeraars zijn 40 tot 80 uur per jaar kwijt aan het opstellen van hun wijkverpleging contract (kosten zorginkoper: €47 per uur), 10 zorgverzekeraars stellen een contract op, de mogelijkheden tot uniformering van de verschillen leiden tot een 30% tijdsbesparing, 6% van de huidige contracten is reeds tweejarig waardoor impact maar eens in de twee jaar wordt gerealiseerd. • Impact uitvoer bij aanbieder (bedrijfsvoering): €0,3 mln. Aannames: per gecontracteerde praktijk (500) is één controller gemiddeld één uur per week kwijt aan de implementatie van uiteenlopende voorwaarden (kosten €43 per uur), de mogelijkheden tot uniformering van de verschillen leiden tot een 30% tijdsbesparing. • Impact uitvoer bij aanbieder (wijkverpleegkundigen): €4,2 tot €8,4 mln. Aannames: 50% van de wijkverpleegkundigen (totaal aantal: 50k FTE) is tussen de 0,5 en 1,0 uur per week kwijt aan de implementatie van uiteenlopende voorwaarden (kosten €24 per uur), de mogelijkheden tot uniformering van de verschillen leiden tot een 30% tijdsbesparing. Implementatie van de maatregel dient een beleidsprioriteit te worden. Betrokken partijen dienen capaciteit toe te wijzen om de maatregel door te voeren. Het aanwijzen van prioriteit om capaciteit vrij te spelen is de gangbare praktijk, hier is geen extra investering voor nodig. Onderzoekers zijn zich er van bewust dat er op dit moment geen overcapaciteit bij partijen is.

1) Onderbouwing voor deze aanname: Vanuit de verschilanalyse is gebleken dat een deel van de huidige verschillen tussen verzekeraars te uniformeren is. Alhoewel er nuances zijn per sector, is over het algemeen te zeggen dat ~60% van de geïdentificeerde verschillen (zowel binnen het basis en pluscontract) te uniformeren is. Zoals gezegd, we zien enige verschillen per sector, maar de mogelijkheden tot uniformering zitten in dezelfde 'orde grote', en om geen valse zekerheid te creëren hebben de onderzoekers besloten om in de budgettaire doorrekening gebruik te maken van hetzelfde en meest conservatieve percentage uniformeerbaar. De aard van deze verschillen is belangrijk om te noemen. De verschillen die uniformeerbaar zijn, zijn niet de onderwerpen waaraan de meeste tijd wordt besteed in de onderhandeling. Desondanks zijn de verschillen die uniformeerbaar zijn ook niet triviaal (en wordt er dus over gesproken tijdens de onderhandeling). Gegeven deze geschetste aard van de verschillen, betekent een 60% uniformering van de verschillen, geen 60% tijdsreductie in de contracteringsprocessen en impact in de dagelijkse praktijk. PwC Strategy& heeft een conservatieve inschatting gemaakt door een risicomarge van 50% toe te passen. Hierdoor is in alle eerstelijnssectoren gerekend met een mogelijkheid van 30% minder tijdsbesteding in het proces van contractering. Onderbouwing geldt ook op de andere plekken waar deze aanname wordt genoemd.

Maatregel 2 – wijkverpleging

Onderdeel: zorgverzekeraars (contractering)

Uniformering van proces van contractering in de wijkverpleging	
Probleemanalyse	Aanbieders geven bepaalde informatie (bijvoorbeeld algemene gegevens van hun praktijk, wachttijden en kwaliteitskeurmerken) meerdere keren op tijdens het contracteringsproces, omdat meerdere zorgverzekeraars deze informatie opvragen. Daarnaast hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid additionele informatie uit te vragen in de contracteringsmodule van VECOZO. Dit kost aanbieders tijd omdat zij meerdere keren dezelfde informatie invoeren. In de wijkverpleging komt het overigens voor dat bepaalde zorgverzekeraars niet eerst een vragenlijst uitvragen maar een aanbod doen o.b.v. andere gegevens (zoals declaratiedata).
Maatregel	a) Richt Vektis in zodat aanbieders de informatie die ze bij verschillende zorgverzekeraars moeten opgeven in het proces van contractering, maar één keer hoeven in te vullen. Een mogelijkheid om dit uit te voeren is: aanbieders vullen één formulier in, aanbieders geven hun akkoord om de informatie naar meerdere zorgverzekeraars te verspreiden, Vektis zorgt voor het delen van de informatie met verschillende zorgverzekeraars. b) Stimuleer aanbieders om de uniforme vragenlijst daadwerkelijk in te vullen (vanuit zorgverzekeraars kan anders het probleem ontstaan dat de vragenlijst niet goed genoeg wordt ingevuld, waardoor zij genoodzaakt zijn alsnog informatie via de contracteringsmodule in VECOZO uit te vragen) c) Stimuleer zorgverzekeraars om alleen in uiterste gevallen gebruik te maken van de mogelijkheid om aanvullende vragen te stellen via de contracteringsmodule van VECOZO (in aanvulling op de geüniformeerde vragenlijst).
Effect op administratieve lasten	Het scheelt aanbieders tijd en irritatie als ze de informatie maar één keer invullen en het voorkomen van vertraging in het proces van contractering zorgt voor een vermindering van irritatie bij aanbieders.
Effect op informatiewaarde	Verzekeraars dienen overeen te komen welke informatie ze uitvragen, en verliezen daardoor deels flexibiliteit.
Actieplan en tijdlijn	Er zijn eerdere pogingen ondernomen tot het formuleren en gebruiken van één uniforme vragenlijst. In de wijkverpleging is er in mei in Vektis een vragenlijst 'live' gegaan, deze heeft geen betrekking op de zorginkoop en contractering. Het advies is om geen nieuwe vragenlijst te ontwikkelen, maar de huidige structuren aan te vullen en te verbeteren. De impact is vanaf 2024 te verwachten.
Mededingingsrechtelijke evaluatie	Deze maatregel leidt niet tot mededingingsrechtelijke bezwaren mits het systeem dusdanig wordt ingericht dat de partijen geen toegang hebben tot concurrentiegevoelige informatie.
Budgettaire impact	De totale verwachte impact is nihil (minder dan €0,1 mln). Aannames: 500 aanbieders sluiten jaarlijks een contract met zorgverzekeraars, een aanbieder heeft gemiddeld met zeven zorgverzekeraars een contract, per instelling wordt er gemiddeld 30 min per vragenlijst per zorgverzekeraar besteedt (kosten: €36 per uur), invullen vragenlijst hoeft nog maar één keer (i.p.v. zeven keer), 80% van de totale besparing is haalbaar omdat de aanbieder nog wel de antwoorden zal controleren bij elke zorgverzekeraar, 6% van de huidige contracten is reeds tweejarig waardoor impact maar eens in de twee jaar wordt gerealiseerd. De investeringen liggen bij Vektis. Het ontwikkelen van het uniforme formulier kost naar schatting 80 uur, het testen van de functionaliteiten duurt naar verwachting in totaal 80 uur. De totale verwachte investering ligt op ~€6.000[1]. Zorgverzekeraars dienen aan te geven welke vragen zij willen uitvragen.

1) Gebaseerd op kosten per uur testspecialist VECOZO. Aanname is dat een testspecialist bij Vektis een vergelijkbaar salaris heeft

Maatregel 3 – wijkverpleging

Onderdeel: zorgverzekeraars (contractering)

Vergroot de transparantie van de contractering in de wijkverpleging	
Probleemanalyse	Het is voor aanbieders onduidelijk waarom zij in een bepaalde categorie (module, profiel, etc.) worden ingedeeld, en wat zij zouden moeten doen om in aanmerking te komen voor een volgende module. Dit brengt administratieve lasten met zich mee omdat i) aanbieders tijd besteden aan het uitzoeken van wanneer ze bij wie voor wat in aanmerking komen, en ii) aanbieders de 'uitslag' niet snappen en/of deze gebaseerd is op verkeerde antwoorden (door het niet begrijpen van de vragen/consequenties) en daarover in gesprek gaan met zorgverzekeraars. Deze maatregel is nuttig voor aanbieders die niet rechtstreeks met zorgverzekeraars aan tafel zitten.
Maatregel	Vergroot de transparantie tijdens de contractering. Aanbieders worden gevraagd een aantal vragen in te vullen op basis waarvan zij een bepaald contract krijgen aangeboden. Maak als zorgverzekeraars transparant welk aanbod volgt op basis van de gegeven antwoorden en geef aan welke stappen de aanbieders moeten zetten om voor verdere aanvullende voorwaarden in aanmerking te komen. De maatregel ontslaat de aanbieders niet van de verantwoordelijkheid om het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar(s) actief tot zich te nemen, en de antwoorden waarheidsgetrouw in te vullen.
Effect op administratieve lasten	Vermindering van tijd per contractafsluiting door vermindering van het uitzoekwerk.
Effect op informatiewaarde	Het overzicht rondom de aanvullende voorwaarden heeft geen effect op de informatiewaarde van zorgverzekeraars (enkel een aanpassing van het proces).
Actieplan en tijdlijn	Zorgverzekeraars dienen de relevante informatie bij VECOZO aan te leveren, VECOZO dient de informatie inzichtelijk te maken voor de aanbieders. VECOZO is op het moment van schrijven de uitvraagmodule aan het moderniseren, de voorgestelde aanpassing kan hierin worden meegenomen. De verwachting is dat de modernisering uiterlijk 2024 gereed is, de impact kan vanaf dan worden verwacht.
Mededingings-rechtelijke evaluatie	Deze maatregel leidt niet tot mededingingsrechtelijke bezwaren mits het systeem dusdanig wordt ingericht dat de partijen geen toegang hebben tot concurrentiegevoelige informatie.
Budgettaire impact	De totale verwachte impact is nihil (minder dan €0,1 mln). Aannames: elke aanbieder besteedt per actieve contractafsluiting 0,5 tot 1,0 uur aan uitzoekwerk (kosten: €36 per uur), 500 aanbieders sluiten contracten, per praktijk zijn er drie actieve contractafsluitingen, de aanbieder besteedt in totaal 50% minder tijd aan uitzoekwerk, 6% van de huidige contracten is reeds tweejarig waardoor de impact maar eens in de twee jaar wordt gerealiseerd. VECOZO heeft tijdens het onderzoek aangegeven ruimte te zien om de voorgestelde transparantie aan te bieden binnen de uitvraagmodule zonder additionele investeringen.

Maatregel 4 – wijkverpleging (1/2)

Onderdeel: zorgverzekeraars (contractering)

Pas meerjarencontractering toe waar dat mogelijk is in de wijkverpleging	
Probleemanalyse	Contracten worden nu voor verschillende termijnen afgesloten. Zorgverzekeraars gebruiken termijnen van 1, 2 en 3 jaar. Het proces van contractering kost tijd van zowel aanbieders als zorgverzekeraars.
Maatregel	Streef als zorgverzekeraars uniform naar meerjaarlijkse contracten in de breedte van de sector met behoud van mogelijkheden tot differentiatie. De precieze duur dient bepaald te worden o.b.v. de afweging administratieve lasten (zo lang mogelijk) en sturingsmogelijkheden vanuit zorgverzekeraar (zo lang mogelijk niet altijd wenselijk). De contractduur is deels een uniformeerbaar element, maar deels ook een bepalend concurrentieel element. Het moet voor de zorgverzekeraars mogelijk blijven om de belangrijkste competitieve elementen (zoals prijs) jaarlijks te kunnen aanpassen. Behoudt hierom de mogelijkheid om in uiterste gevallen tussendoor aanpassingen door te voeren, mochten de partijen dit in overleg noodzakelijk achten.
Effect op administratieve lasten	Door meerjaarlijkse contracten hoeft het proces van contractering niet elk jaar te worden doorlopen, dit scheelt voor de zorgverzekeraars en aanbieders tijd.
Effect op informatiewaarde	Meerjarencontracten in de breedte brengen risico's met zich mee voor zorgverzekeraars. De onderzoekers wijzen erop dat het aanbieden van langetermijncontracten (bijv. in het kader van strategische allianties) een belangrijk stuurmiddel voor zorgverzekeraars is. Dit is de reden dat de mogelijkheid tot differentiatie in de maatregel is opgenomen. Gegeven de administratieve lasten en andere positieve 'bijwerkingen' (zoals meer zekerheid voor aanbieders) luidt het advies om in principe in de breedte van de sector naar meerjarencontractering over te gaan.
Actieplan en tijdlijn	De verwachting is dat deze maatregel binnen de reeds genoemde werkgroep 'uniformering van de contracten' (zie maatregel 1) kan worden uitgevoerd. De impact wordt vanaf 2024 verwacht omdat i) vanuit de vorige uniformeringsslag is bekend dat het uniformeren van de contracten een ingewikkeld proces is en ii) de processen rondom contractering voor 2023 al begonnen zijn/snel gaan beginnen.

Maatregel 4 – wijkverpleging (2/2)

Onderdeel: zorgverzekeraars (contractering)

Pas meerjarencontractering toe waar dat mogelijk is in de wijkverpleging	
Mededingings-rechtelijke evaluatie	Het gelijktrekken van de contractduur kan de concurrentie tussen zorgverzekeraars beperken. Een zorgverzekeraar kan daardoor niet meer tussentijds zijn aanbod richting consumenten aanpassen. Dit risico is te mitigeren door de belangrijkste competitieve elementen, zoals prijs, jaarlijks aanpasbaar te houden
Budgettaire impact	De totale verwachte impact is €0,1 tot €0,2 mln (tweejarig contract) en €0,2 tot €0,3 mln (driejarig contract). De impact wordt gedreven door: • Impact vanuit aanbieder: €0,1 tot €0,2 mln (tweejarig contract) en €0,2 tot €0,2 mln (driejarig contract). Aannames: één actieve contractafsluiting duurt 6 tot 8 uur per aanbieder (kosten controller: €36 per uur), 500 aanbieders sluiten contracten, per instelling zijn er drie actieve contractafsluitingen (bij overige afgesloten contracten aangenomen dat er geen impact is), 6% van huidige contracten is al meerjarig, 80% van het contract komt meerjarig vast te staan[1]. • Impact vanuit zorgverzekeraar: nihil (minder dan €0,1 mln) tot €0,1 mln (tweejarig contract) en nihil (minder dan €0,1 mln) tot €0,1 mln (driejarig contract). Aannames: één actieve contractafsluiting duurt 15 tot 120 min per aanbieder (kosten medewerker: €47 per uur), 500 aanbieders sluiten contracten, per aanbieder zijn er drie actieve contractafsluitingen (bij overige zorgverzekeraars aangenomen dat er geen impact is), 6% van huidige contracten is al meerjarig, 80% van het contract komt meerjarig vast te staan[1]. Implementatie van de maatregel dient een beleidsprioriteit te worden. Betrokken partijen dienen capaciteit toe te wijzen om de maatregel door te voeren. Het aanwijzen van prioriteit om capaciteit vrij te spelen is de gangbare praktijk, hier is geen extra investering voor nodig. Onderzoekers zijn zich er van bewust dat er op dit moment geen overcapaciteit bij partijen is.

Impact van maatregel 4 daalt door invoering maatregel 1-3: impact maatregel 4 na invoering maatregel 1-3 is €0,1 mln (100% tweejarig) en €0,1 mln (100% driejarig)[2]

1) Gegeven de mededingingsrechtelijke analyse, zal niet het hele contract meerjarig vast komen te staan (er moet ruimte blijven voor de zorgverzekeraar om de belangrijkste competitieve elementen aan te passen). De aanname is dat 80% van het contract meerjarig vast kan komen te staan.
2) O.b.v. midden scenario: gemiddelde van conservatief en progressief scenario.

Maatregel 5 – wijkverpleging

Onderdeel: zorgverzekeraars (MC)

Uniformering van het proces van de materiële controles (MC) in de wijkverpleging	
Probleemanalyse	Om transparantie en uniformiteit te bevorderen, hebben de zorgverzekeraars een protocol MC opgesteld. Op verschillende punten in het proces de MC ervaren aanbieders verschillen tussen zorgverzekeraars. Dit leidt bij aanbieders tot (i) tijd om te begrijpen wat er (wanneer) wordt gevraagd, (ii) tijd om eventuele additionele informatie uit te zoeken en (iii) irritatie.
Maatregel	In de wijkverpleging wordt in ZN-verband (werkgroep controles wijkverpleging) het proces en de inhoud van de processtappen van de materiële controles in de wijkverpleging geüniformeerd. Finaliseer deze uniformering in 2022 zodat de tijdsbesteding per 2023 geïncasseerd kan worden.
Effect op administratieve lasten	Door uniformering van het proces van de MC wordt een deel van de genoemde problemen verkleind en weten aanbieders beter waar zij aan toe zijn in elke stap van de MC. Door uniformering van de inhoud kunnen aanbieders vaker opgezochte informatie hergebruiken bij een andere zorgverzekeraar. Deze voordelen worden behaald bij de situaties waar aanbieders in afzienbare tijd (bijv. drie jaar) meerdere MC vanuit meerdere zorgverzekeraars krijgen.
Effect op informatiewaarde	Het effect op die informatiewaarde is van deze maatregel beperkt.
Actieplan en tijdlijn	Binnen ZN-verband is deze maatregel in gang gezet, en de uniformering is in een vergevorderd stadium. De verwachting is dat de impact in 2023 zichtbaar moet zijn.
Mededingings-rechtelijke evaluatie	Het gaat hier om het afspreken en gebruik van uniforme definities en richtlijnen, ten aanzien van processen die niet raken aan elementen waarop concurrentie plaatsvindt tussen zorgverzekeraars dan wel zorgaanbieders. De maatregel is waarschijnlijk toegestaan vanuit mededingingsrechtelijk perspectief.
Budgettaire impact	De totale verwachte impact is nihil (minder dan €0,1 mln). Deze impact wordt gedreven door: • Impact uniformering van het proces: nihil (minder dan €0,1 mln). Aannames: 100-120 gedetailleerde MC's per jaar, aanbieder besteedt 30-80 uur aan één gedetailleerde MC (kosten: €36 per uur), 10% van het totaal aantal MC's is 'dubbel' (meer dan één MC bij één aanbieder binnen drie jaar. De winst is te behalen bij de 'dubbele MC', 5% kan hiervan voorkomen worden door uniformering van het proces. • Impact uniformering van de inhoud binnen de processtappen: nihil (minder dan €0,1 mln). Zie aannames impact uniformering van de inhoud. 5% kan voorkomen worden door uniformering van de inhoud. Implementatie van de maatregel dient een beleidsprioriteit te worden. Betrokken partijen dienen capaciteit toe te wijzen om de maatregel door te voeren. Het aanwijzen van prioriteit om capaciteit vrij te spelen is de gangbare praktijk, hier is geen extra investering voor nodig. Onderzoekers zijn zich er van bewust dat er op dit moment geen overcapaciteit bij partijen is.

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)

2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)

3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)

4. MSZ (p. 34 – 86)

5. GGZ (p. 87 – 103)

6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)

6.1 Menukaart(en) van maatregelen ter reductie administratieve lasten

- **6.1.2 Menukaart farmacie**

7. Appendix (p. 189 – 274)

Maatregel 1 – farmacie (1/2)

Onderdeel: zorgverzekeraars (contractering)

Standaardiseer de niet-concurrentiele voorwaarden in contracten maar houd ruimte voor zorgverzekeraar-specifieke invullingen	
Probleemanalyse	Contracten van zorgverzekeraars met apotheken verschillen aanzienlijk. Dit geldt zowel voor het 'basiscontract', als de aanvullende eisen. Aanbieders zijn nu veel tijd kwijt aan het i) begrijpen van de verschillende contracten en ii) voldoen aan de verschillen in voorwaarden. De rol van de zorgverzekeraars in het stelstel vereist individuele ruimte in het contract voor eigen doelstellingen. Een forse uniformeringsslag is mogelijk, met niet/nauwelijks nadelen voor de rol van de zorgverzekeraar.
Maatregel	Verdeel de contractelementen in drie categorieën: 1.Bepalend concurrentieel element: zorgverzekeraars voor deze elementen differentiëren in elke mate die zij noodzakelijk achten 2.Innovatief element: zorgverzekeraars kunnen (tijdelijk) differentiëren voor deze elementen, mits zij deze differentiatie evalueren en de toegevoegde waarde aantonen 3.Uniformeerbaar element: zorgverzekeraars uniformeren elementen die geen of beperkt concurrentieel voordeel bieden In het kader van ORDZ zijn de contracten al deels geüniformeerd, de verwachting is dat verdere uniformering mogelijk is. PwC Strategy& heeft een eerste aanzet gezet welke elementen in welke categorie passen (zie appendix). Het is aan zorgverzekeraars om dit verder uit te werken. Op deze wijze wordt het stelsel en de bewegingsvrijheid van zorgverzekeraars om (aantoonbaar) strategische doelen te realiseren, niet dichtgezet, maar wordt wel maximaal geüniformeerd.
Effect op administratieve lasten	Door het uniformeren van elementen uit de contracten besparen aanbieders tijd doordat i) het minder tijd kost de contracten te begrijpen en af te sluiten (eenmalig jaarlijks tijdsvoordeel) en ii) er minder uiteenlopende voorwaarden hoeven worden geïmplementeerd in de bedrijfsvoering en door apothekersassistenten (voortdurend tijdsvoordeel). Zorgverzekeraars besparen tijd in het afsluiten van de contracten (eenmalig jaarlijks tijdsvoordeel).
Effect op informatiewaarde	Sommige elementen van deze contracten zijn te uniformeren zonder dat het de rol van de zorgverzekeraars in het stelstel aanpast. Zorgverzekeraars leveren wel bepaalde vrijheden in (bijv. door het gebruiken van hele specifieke definities, of stellen van specifieke voorwaarden die geen bepalend concurrentieel element zijn), maar dit zal niet of nauwelijks ten koste gaan van de ervaren of gerealiseerde kwaliteit, toegankelijkheid en/of kosten van zorg. Het is niet mogelijk noch wenselijk om de contracten *volledig* te uniformeren, gezien de rol van zorgverzekeraars in het stelsel en het mededingingsrecht.
Actieplan en tijdlijn	In het kader van ORDZ, zijn meerdere actiepunten geüniformeerd om de administratieve lasten te verlagen. Eén van deze actiepunten was 'Uniformering contracten van zorgverzekeraars". Om deze maatregel in de farmacie uit te voeren, is er destijds een werkgroep ontwikkeld. Het advies is om deze werkgroep opnieuw te installeren om de contractelementen in te delen in de verschillende categorieën. ZN kan dit proces coördineren. Het advies is om de aanbieders in een vroeg stadium van dit proces te betrekken. De impact wordt vanaf 2024 verwacht omdat i) vanuit de vorige uniformeringsslag is bekend dat het uniformeren van de contracten een ingewikkeld proces is en ii) de processen rondom contractering voor 2023 al begonnen zijn/snel gaan beginnen.

Maatregel 1 – farmacie (2/2)

Onderdeel: zorgverzekeraars (contractering)

Standaardiseer de niet-concurrentiele voorwaarden in contracten maar houd ruimte voor zorgverzekeraar-specifieke invullingen

Mededingings-rechtelijke evaluatie	Het mededingingsrecht is een belemmering voor volledige uniformering (bijv.: uniformering op prijs is niet toegestaan), maar biedt wel ruimte voor gedeeltelijke uniformering. De appendix bevat de eerste aanzet tot categorisering van de elementen, incl. een toets op de mededinging per element.
Budgettaire impact	De totale verwachte impact is €5,3 tot €6,9 mln. De impact wordt gedreven door: • Impact contracteringsproces bij aanbieders: €0,1 tot €0,1 mln. Aannames: één actieve contractafsluiting duurt 6-8 uur per apotheek[1] (kosten apotheker: €50 per uur), 90% van de apotheken sluit contracten, de mogelijkheden tot uniformering van de verschillen leiden tot een 30% tijdsbesparing[2], 80% van de huidige contracten is reeds tweejarig waardoor de impact eens in de twee jaar gerealiseerd wordt, en 10% is driejarig waardoor de impact eens per drie jaar gerealiseerd wordt. • Impact contracteringsproces bij zorgverzekeraars: nihil (minder dan €0,1 mln). Aannames: zorgverzekeraars zijn 40 tot 80 uur per jaar kwijt aan het opstellen van hun farmaciecontract (kosten: €47 per uur), 10 zorgverzekeraars stellen een contract op, de mogelijkheden tot uniformering van de verschillen leiden tot een 30% tijdsbesparing. • Impact uitvoer bij aanbieder (bedrijfsvoering): €0,5 mln. Aannames: een apotheek heeft gemiddeld één financieel/administratief medewerker die één uur per week besteedt aan implementatie van uiteenlopende voorwaarden (kosten: €22 per uur), de mogelijkheden tot uniformering van de verschillen leiden tot een 30% tijdsbesparing. • Impact uitvoer bij aanbieder (apothekers assistenten): €4,7 tot €6,3 mln. Aannames: 50% van de apothekersassistenten (totaal aantal is 11k FTE) is tussen 3 tot 4 uur per week kwijt aan de implementatie van uiteenlopende voorwaarden (kosten apothekers assistent: €20 per uur), de mogelijkheden tot uniformering van de verschillen leiden tot een 30% tijdsbesparing. Implementatie van de maatregel dient een beleidsprioriteit te worden. Betrokken partijen dienen capaciteit toe te wijzen om de maatregel door te voeren. Het aanwijzen van prioriteit om capaciteit vrij te spelen is de gangbare praktijk, hier is geen extra investering voor nodig. Onderzoekers zijn zich er van bewust dat er op dit moment geen overcapaciteit bij partijen is.

1) Er zijn meerdere partijen betrokken bij de onderhandelingen: zorgverzekeraars en (een vertegenwoordiging) van zorgaanbieders. De contractonderhandelingen vanuit zorgaanbieders worden gevoerd via de i) keten waar de apotheek bij is aangesloten, ii) een regionale makelaar of iii) door de apotheek zelf. Uit een onderzoek van Sira consulting (2015, in opdracht van KNMP) blijkt dat de 'consequenties van mededigingswetgeving; gedifferentieerde afspraken m.b.t. contractonderhandelingen (excl. implementatie van nieuwe contractafspraken) een apotheker circa 8 uur per jaar kost. Het onderzoek neemt hier nu dus nog een conservatieve aanname want rekent met 6 tot 8 uur per jaar. Hetzelfde rapport noemt ook dat een apotheek circa €1.000 per jaar aan contributie kosten heeft aan de zorgmakelaar of een vergelijkbare organisatie. Andere partijen noemen hier hogere bedragen. De kosten voor de zorgmakelaar zijn in de budgettaire inschatting van maatregel 1 buiten beschouwing gelaten. 2) Onderbouwing voor deze aanname: Vanuit de verschilanalyse is gebleken dat een deel van de huidige verschillen tussen verzekeraars te uniformeren is. Alhoewel er nuances zijn per sector, is over het algemeen te zeggen dat ~60% van de geïdentificeerde verschillen (zowel binnen het basis en pluscontract) te uniformeren is. Zoals gezegd, we zien enige verschillen per sector, maar de mogelijkheden tot uniformering zitten in dezelfde 'orde grote', en om geen valse zekerheid te creëren hebben de onderzoekers besloten om in de budgettaire doorrekening gebruik te maken van hetzelfde en meest conservatieve percentage uniformeerbaar. De aard van deze verschillen is belangrijk om te noemen. De verschillen die uniformeerbaar zijn, zijn niet de onderwerpen waaraan de meeste tijd wordt besteed in de onderhandeling. Desondanks zijn de verschillen die uniformeerbaar zijn ook niet triviaal (en wordt er dus over gesproken tijdens de onderhandeling). Gegeven deze geschetste aard van de verschillen, betekent een 60% uniformering van de verschillen, geen 60% tijdsreductie in de contracteringsprocessen en impact in de dagelijkse praktijk. PwC Strategy& heeft een conservatieve inschatting gemaakt door een risicomarge van 50% toe te passen. Hierdoor is in alle eerstelijnssectoren gerekend met een mogelijkheid van 30% minder tijdsbesteding in het proces van contractering. Onderbouwing geldt ook op de andere plekken waar deze aanname wordt genoemd.

Maatregel 2 – farmacie

Onderdeel: zorgverzekeraars (contractering)

Uniformering van proces van contractering in de farmacie	
Probleemanalyse	Aanbieders geven bepaalde informatie (bijvoorbeeld algemene gegevens van hun praktijk, wachttijden en kwaliteitskeurmerken) meerdere keren op tijdens het contracteringsproces, omdat meerdere zorgverzekeraars deze informatie opvragen. Daarnaast hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid additionele informatie uit te vragen in de contracteringsmodule van VECOZO. Dit kost aanbieders tijd omdat zij meerdere keren dezelfde informatie invoeren.
Maatregel	a) Richt Vektis in zodat aanbieders de informatie die ze bij verschillende zorgverzekeraars moeten opgeven in het proces van contractering, maar één keer hoeven in te vullen. Een mogelijkheid om dit uit te voeren is: aanbieders vullen één formulier in, aanbieders geven hun akkoord om de informatie naar meerdere zorgverzekeraars te verspreiden, Vektis zorgt voor het delen van de informatie met verschillende zorgverzekeraars. b) Stimuleer aanbieders om de (nog te ontwikkelen) uniforme vragenlijst daadwerkelijk in te vullen (vanuit zorgverzekeraars kan anders het probleem ontstaan dat de vragenlijst niet goed genoeg wordt ingevuld, waardoor zij genoodzaakt zijn alsnog informatie via de contracteringsmodule in VECOZO uit te vragen) c) Stimuleer zorgverzekeraars om alleen in uiterste gevallen gebruik te maken van de mogelijkheid om aanvullende vragen te stellen via de contracteringsmodule van VECOZO (in aanvulling op de geüniformeerde vragenlijst).
Effect op administratieve lasten	Het scheelt aanbieders tijd en irritatie als ze de informatie maar één keer invullen en het voorkomen van vertraging in het proces van contractering zorgt voor een vermindering van irritatie bij aanbieders.
Effect op informatiewaarde	Verzekeraars dienen overeen te komen welke informatie ze uitvragen, en verliezen daardoor deels flexibiliteit.
Actieplan en tijdlijn	Binnen de farmacie wordt op dit moment nog geen gebruik gemaakt van een uniforme vragenlijst/is er geen in ontwikkeling. Het advies is dan ook om in ZN-verband af te stemmen wat de inhoud van de uniforme vragenlijst dient te zijn. De impact is vanaf 2024 te verwachten.
Mededingings-rechtelijke evaluatie	Deze maatregel leidt niet tot mededingingsrechtelijke bezwaren mits het systeem dusdanig wordt ingericht dat de partijen geen toegang hebben tot concurrentiegevoelige informatie.
Budgettaire impact	De totale verwachte impact is €0,1 mln. Aannames: 1.800 apotheken sluiten contracten, een apotheek heeft gemiddeld zes contracten, de apotheker besteedt 30 min per vragenlijst per zorgverzekeraar (kosten apotheker: €50 per uur), invullen vragenlijst hoeft nog maar één keer (i.p.v. zes keer), 80% van de totale besparing is haalbaar omdat de apotheker nog wel de antwoorden zal controleren bij elke zorgverzekeraar, 90% van de huidige contracten is reeds meerjarig. De investeringen liggen bij Vektis. Het ontwikkelen van het uniforme formulier kost naar schatting 80 uur, het testen van de functionaliteiten duurt naar verwachting in totaal 80 uur. De totale verwachte investering ligt op ~€6.000[1]. Zorgverzekeraars dienen aan te geven welke vragen zij willen uitvragen.

1) Gebaseerd op kosten per uur testspecialist VECOZO. Aanname is dat een testspecialist bij Vektis een vergelijkbaar salaris heeft

Maatregel 3 – farmacie

Onderdeel: zorgverzekeraars (contractering)

Vergroot de transparantie van de contractering in de farmacie	
Probleemanalyse	Het is voor aanbieders onduidelijk waarom zij in een bepaalde categorie (module, profiel, etc.) worden ingedeeld, en wat zij zouden moeten doen om in aanmerking te komen voor een volgende module. Dit brengt administratieve lasten met zich mee omdat i) aanbieders tijd besteden aan het uitzoeken van wanneer ze bij wie voor wat in aanmerking komen, en ii) aanbieders de 'uitslag' niet snappen en/of deze gebaseerd is op verkeerde antwoorden (door het niet begrijpen van de vragen/consequenties) en daarover in gesprek gaan met zorgverzekeraars. Deze maatregel is nuttig voor aanbieders die niet rechtstreeks met zorgverzekeraars aan tafel zitten.
Maatregel	Vergroot de transparantie tijdens de contractering. Aanbieders worden gevraagd een aantal vragen in te vullen op basis waarvan zij een bepaald contract krijgen aangeboden. Maak als zorgverzekeraars transparant welk aanbod volgt op basis van de gegeven antwoorden en geef aan welke stappen de aanbieders moeten zetten om voor verdere aanvullende voorwaarden in aanmerking te komen. De maatregel ontslaat de aanbieders (en contracteerpartijen) niet van de verantwoordelijkheid om het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar(s) actief tot zich te nemen/uit te leggen, en de antwoorden waarheidsgetrouw in te vullen.
Effect op administratieve lasten	Vermindering van tijd per contractafsluiting door vermindering van het uitzoekwerk.
Effect op informatiewaarde	Het overzicht rondom de aanvullende voorwaarden heeft geen effect op de informatiewaarde van zorgverzekeraars (enkel een aanpassing van het proces).
Actieplan en tijdlijn	Zorgverzekeraars dienen de relevante informatie bij VECOZO aan te leveren, VECOZO dient de informatie inzichtelijk te maken voor de aanbieders. VECOZO is op het moment van schrijven de uitvraagmodule aan het moderniseren, de voorgestelde aanpassing kan hierin worden meegenomen. De verwachting is dat de modernisering uiterlijk 2024 gereed is, de impact kan vanaf dan worden verwacht.
Mededingings-rechtelijke evaluatie	Deze maatregel leidt niet tot mededingingsrechtelijke bezwaren mits het systeem dusdanig wordt ingericht dat de partijen geen toegang hebben tot concurrentiegevoelige informatie.
Budgettaire impact	De totale verwachte impact is nihil (minder dan €0,1 mln) tot €0,1 mln. Aannames: apotheker besteedt per actieve contractafsluiting 0,5 tot 1 uur aan uitzoekwerk (kosten apotheker: €50 per uur), per zijn er drie actieve contractafsluitingen (bij overige afgesloten contracten aangenomen dat er geen impact is), de apotheker besteedt voor alle zorgverzekeraars 50% minder tijd aan uitzoekwerk, 90% van de huidige contracten is reeds meerjarig. VECOZO heeft tijdens het onderzoek aangegeven ruimte te zien om de voorgestelde transparantie aan te bieden binnen de uitvraagmodule zonder additionele investeringen.

Maatregel 4 – farmacie (1/2)

Onderdeel: zorgverzekeraars (contractering)

Pas meerjarencontractering toe waar dat mogelijk is in de farmacie	
Probleemanalyse	Contracten worden nu voor verschillende termijnen afgesloten. Zorgverzekeraars gebruiken termijnen van 1, 2 en 3 jaar. Het proces van contractering kost tijd van zowel aanbieders als zorgverzekeraars. In de farmacie is een groot deel van de contracten al wel meerjarig.
Maatregel	Streef als zorgverzekeraars uniform naar meerjaarlijkse contracten in de breedte van de sector met behoud van mogelijkheden tot differentiatie. De precieze duur dient bepaald te worden o.b.v. de afweging administratieve lasten (zo lang mogelijk) en sturingsmogelijkheden vanuit zorgverzekeraar (zo lang mogelijk niet altijd wenselijk). De contractduur is deels een uniformeerbaar element, maar deels ook een bepalend concurrentieel element. Het moet voor de zorgverzekeraars mogelijk blijven om de belangrijkste competitieve elementen (zoals prijs) jaarlijks te kunnen aanpassen. Behoudt hierom de mogelijkheid om in uiterste gevallen tussendoor aanpassingen door te voeren, mochten de partijen dit in overleg noodzakelijk achten.
Effect op administratieve lasten	Door meerjaarlijkse contracten hoeft het proces van contractering niet elk jaar te worden doorlopen, dit scheelt voor de zorgverzekeraars en aanbieders tijd.
Effect op informatiewaarde	Meerjarencontracten in de breedte brengen risico's met zich mee voor zorgverzekeraars. De onderzoekers wijzen erop dat het aanbieden van langetermijncontracten (bijv. in het kader van strategische allianties) een belangrijk stuurmiddel voor zorgverzekeraars is. Dit is de reden dat de mogelijkheid tot differentiatie in de maatregel is opgenomen. Gegeven de administratieve lasten en andere positieve 'bijwerkingen' (zoals meer zekerheid voor aanbieders) luidt het advies om in principe in de breedte van de sector naar meerjarencontractering over te gaan.
Actieplan en tijdlijn	De verwachting is dat deze maatregel binnen de reeds genoemde werkgroep 'uniformering van de contracten' (zie maatregel 1) kan worden uitgevoerd. De impact wordt vanaf 2024 verwacht omdat i) vanuit de vorige uniformeringsslag is bekend dat het uniformeren van de contracten een ingewikkeld proces is en ii) de processen rondom contractering voor 2023 al begonnen zijn/snel gaan beginnen.

Maatregel 4 – farmacie (2/2)

Onderdeel: zorgverzekeraars (contractering)

Pas meerjarencontractering toe waar dat mogelijk is in de farmacie

Mededingings-rechtelijke evaluatie	Het gelijktrekken van contractduur kan de concurrentie tussen zorgverzekeraars beperken. Een zorgverzekeraar kan daardoor niet meer tussentijds zijn aanbod richting consumenten aanpassen. Dit risico is te mitigeren door de belangrijkste competitieve elementen, zoals prijs, jaarlijks aanpasbaar te houden
Budgettaire impact	De totale verwachte impact is €0,1 tot €0,1 mln (tweejarig contract) en €0,5 tot €0,7 mln (driejarig contract). De impact wordt gedreven door: • Impact vanuit aanbieder: €0,1 tot €0,1 mln (tweejarig contract) en €0,4 tot €0,6 mln (driejarig contract). Aannames: één actieve contractafsluiting duurt 6 tot 8 uur per apotheek[1] (kosten apotheker: €50 per uur), 90% van de apotheken sluit contracten, per apotheek zijn er drie actieve contractafsluitingen (bij overige afgesloten contracten aangenomen dat er geen impact is), 90% van huidige contracten is al meerjarig, 80% van het contract komt meerjarig vast te staan[2]. • Impact vanuit zorgverzekeraar: nihil (minder dan €0,1 mln) (tweejarig contract) en €0,1 tot €0,1 mln (driejarig contract). Aannames: één actieve contractafsluiting duurt 1 tot 2 uur per apotheek (kosten medewerker: €47 per uur), 90% van de apotheken sluit contracten, per apotheek zijn er drie actieve contractafsluitingen (bij overige zorgverzekeraars aangenomen dat er geen impact is), 90% van huidige contracten is al meerjarig, 80% van het contract komt meerjarig vast te staan[2]. Implementatie van de maatregel dient een beleidsprioriteit te worden. Betrokken partijen dienen capaciteit toe te wijzen om de maatregel door te voeren. Het aanwijzen van prioriteit om capaciteit vrij te spelen is de gangbare praktijk, hier is geen extra investering voor nodig. Onderzoekers zijn zich er van bewust dat er op dit moment geen overcapaciteit bij partijen is.

Impact van maatregel 4 daalt door invoering maatregel 1-3: impact maatregel 4 na invoering maatregel 1-3 is nihil (100% tweejarig) en nihil (100% driejarig)

1) Er zijn meerdere partijen betrokken bij de onderhandelingen: zorgverzekeraars en (een vertegenwoordiging) van zorgaanbieders. De contractonderhandelingen vanuit zorgaanbieders worden gevoerd via de i) keten waar de apotheek bij is aangesloten, ii) een regionale makelaar of iii) door de apotheek zelf. Uit een onderzoek van Sira consulting (2015, in opdracht van KNMP) blijkt dat de 'consequenties van mededigingswetgeving; gedifferentieerde afspraken m.b.t. contractonderhandelingen (excl. implementatie van nieuwe contractafspraken) een apotheker circa 8 uur per jaar kost. Het onderzoek neemt hier nu dus nog een conservatieve aanname want rekent met 6 tot 8 uur per jaar. Hetzelfde rapport noemt ook dat een apotheek circa €1.000 per jaar aan contributie kosten heeft aan de zorgmakelaar of een vergelijkbare organisatie. Andere partijen noemen hier hogere bedragen. De kosten voor de zorgmakelaar zijn in de budgettaire inschatting van maatregel 1 buiten beschouwing gelaten.
2) Gegeven de mededingingsrechtelijke analyse, zal niet het hele contract meerjarig vast komen te staan (er moet ruimte blijven voor de zorgverzekeraar om de belangrijkste competitieve elementen aan te passen). O.b.v. midden scenario: gemiddelde van conservatief en progressief scenario.

Maatregel 5 – farmacie

Onderdeel: zorgverzekeraars (contractering)

Vergroot de transparantie van rekenmethoden om tot materiaalkosten te komen	
Probleemanalyse	Verzekeraars hanteren verschillend prijsbeleid m.b.t. de materiaal kosten (LPG, preferentie, IDEA, clustering (buiten de PKR clustering in de G-standaard van Z-index)). Dit heeft een tweeledig gevolg. Allereerst moet de apotheker in zijn/haar inkoopbeleid rekening houden met de verschillende prijsmodellen. Als hij/zij dat niet doet, riskeert de apotheker dat er achteraf zelf geld toegelegd moet worden. Door de verschillen in prijsbeleid is dit een complex puzzelwerk. Ten tweede zorgen de verschillen in prijsbeleid voor onduidelijkheden ten tijde van declaratie. Het gedeclareerde bedrag komt vaak niet overeen met het uitgekeerde bedrag (voor de materiaalkosten), en het is dan aan de apotheker om uit te zoeken waar dit door komt, en aan te passen voor de volgende declaratie.
Maatregel	Vergroot de transparantie over de rekenmethodes die zorgverzekeraars hanteren om te bepalen welke materiaalkosten worden vergoed. Er zijn twee opties om dit te doen: • Optie A: introduceer een uniforme rekenmethode, indien de impact op de financiën van de zorgverzekeraar van het gebruik van verschillende rekenmethoden van zorgverzekeraars nihil is • Optie B: vergroot de transparantie over de rekenmethode om tot vergoeding van materiaalkosten te komen
Effect op administratieve lasten	Door meer duidelijkheid is een apothekersassistent minder tijd kwijt aan het nalopen van de rekenmethodes, en wordt de zorgverzekeraar minder vaak geraadpleegd met vragen over de rekenmethodes.
Effect op informatiewaarde	De transparantie rondom de rekenmethodes voor de vergoeding van materiaalkosten heeft geen effect op de informatiewaarde van zorgverzekeraars (zowel optie A als B). Optie A beperkt de vrijheid van zorgverzekeraars om een eigen rekenmethode te kiezen en/of te veranderen, deze optie adviseren we alleen als de impact (voor de zorgverzekeraars) van de huidige verschillen in rekenmethodes nihil is.
Actieplan en tijdlijn	De verwachting is dat deze maatregel binnen de reeds genoemde werkgroep ‘uniformering van de contracten’ (zie maatregel 1) kan worden uitgevoerd. De impact wordt vanaf 2024 verwacht omdat i) vanuit de vorige uniformeringsslag is bekend dat het uniformeren van de contracten een ingewikkeld proces is en ii) de processen rondom contractering voor 2023 al begonnen zijn/snel gaan beginnen.
Mededingings-rechtelijke evaluatie	Het vergroten van de transparantie of de uniformering van de meetmethode kan in beginsel worden beschouwd als een procedurele afspraak die niet raakt aan de commerciële inhoud van de afspraken tussen zorgverzekeraar en aanbieder, mits: (i) de vergrote transparantie of uniformering niet ziet op de uitkomst en gevolgen daarvan; en (ii) de keuze voor een specifieke meetmethode geen of slechts verwaarloosbare effecten heeft op de financiën van de zorgverzekeraar (in het geval van uniformering).
Budgettaire impact	De totale verwachte impact is €1,7 tot €2,1 mln er wordt gedreven door impact vanuit aanbieder. Aannames: een apotheker besteed 1 tot 2 uur per maand aan de gevolgen van de verschillende rekenmethoden, (kosten: €50 per uur), 40-50% is te voorkomen. Implementatie van de maatregel dient een beleidsprioriteit te worden. Betrokken partijen dienen capaciteit toe te wijzen om de maatregel door te voeren. Het aanwijzen van prioriteit om capaciteit vrij te spelen is de gangbare praktijk, hier is geen extra investering voor nodig. Onderzoekers zijn zich er van bewust dat er op dit moment geen overcapaciteit bij partijen is.

Maatregel 6 – farmacie

Onderdeel: zorgverzekeraars (Bijlage II)

Uniformeer de implementatie van Bijlage II formulieren	
Probleemanalyse	Bijlage II geneesmiddelen zijn middelen waar additionele voorwaarden voor gelden voordat deze verstrekt en gedeclareerd mogen worden. Er spelen een tweetal onderwerpen rondom Bijlage II geneesmiddelen: • De uniforme Bijlage II formulieren vanuit zorgverzekeraars. Binnen ZN-verband zijn de Bijlage II formulieren (incl. werkproces) eerder geüniformeerd, met als gevolg een vermindering van de administratieve lasten. De implementatie hiervan is nog niet optimaal. Ter illustratie: zorgverzekeraars implementeren het onderdeel “handtekening voorschrijver” op verschillende manieren (bijv. handtekening voorschrijver of handtekening cardioloog) en vragen additioneel bewijs uit dat geen onderdeel is van het formulier. • De samenstelling van de Bijlage II geneesmiddelen (buiten scope). De huidige lijst is relatief groot, wat leidt tot het vaak invullen van Bijlage II formulieren door apothekers. De minister van VWS bepaalt welke geneesmiddelen Bijlage II middelen zijn, op basis van advies van het ZIN. Dit probleem is niet in scope van deze maatregel (geen uniformeren maar schrappen).
Maatregel	Uniformeer de invulling van de landelijke ZN formulieren en werkafspraken rondom Bijlage II geneesmiddelen, streef daarin naar het uitvragen van zo min mogelijk extra informatie buiten het ZN formulier.
Effect op administratieve lasten	Door de maatregelen zijn zorgverleners geen tijd kwijt aan het opzoeken van verschillen in implementatie van de ZN-formulieren tussen zorgverzekeraars.
Effect op informatiewaarde	Zorgverzekeraars hebben zich gecommitteerd aan de ZN-formulieren. Deze maatregel is een oproep om het gebruik van deze formulieren verder te uniformeren, en heeft een beperkt effect op de informatiewaarde van zorgverzekeraars
Actieplan en tijdlijn	In ZN-verband bestaan er werkgroep(en) die raken aan deze maatregel. Idealiter vindt de implementatie van de maatregel plaats in één van deze bestaande werkgroepen, en wordt er niet een aparte werkgroep voor opgezet. Het kan wenselijk zijn om apothekers te betrekken in dit proces. Deze gesprekken kunnen in de tweede helft van 2022 en in 2023 worden gevoerd. De verwachting is dat de impact in 2024 zichtbaar moet zijn.
Mededingings-rechtelijke evaluatie	De Bijlage II formulieren zijn er om te toetsen en te registreren of een patiënt geneesmiddelen vergoed krijgt in het kader van de Zvw of dat hij/zij deze zelf moet betalen. Het uniformeren van de inhoud van deze formulieren en de daaraan verbonden werkafspraken is dus een puur administratieve maatregel die geen effect heeft op de concurrentie. Deze maatregel levert geen mededingingsrechtelijke risico's op.
Budgettaire impact	De totale verwachte impact is nihil (minder dan €0,1 mln). De Bijlage 2 formulieren bevatten een klein aantal vragen waardoor apothekers hier niet veel tijd mee kwijt zijn. De maatregel scheelt vooral administratieve irritatie. De maatregel draait om het verbeteren van de implementatie van reeds afgesproken uniformering (de Bijlage II formulieren), hier is geen additionele investering voor nodig.

Maatregel 7 – farmacie

Onderdeel: zorgverzekeraars (MC)

Uniformering van het proces van de materiële controles (MC) in de farmacie	
Probleemanalyse	Om transparantie en uniformiteit te bevorderen, hebben de zorgverzekeraars een protocol MC opgesteld. Op verschillende punten in het proces van MC ervaren aanbieders verschillen tussen zorgverzekeraars. Dit leidt bij aanbieders tot (i) tijd om te begrijpen wat er (wanneer) wordt gevraagd, (ii) tijd om eventuele additionele informatie uit te zoeken en (iii) irritatie.
Maatregel	Uniformeer het proces van de materiële controles in de farmacie. Onderdelen hiervan zijn (maar niet beperkt tot): • Stuur dezelfde aankondigingsbrieven en (specifieke) controleplannen, op dezelfde manier in dezelfde volgorde; • Voeg de aankondigingsbrief en de algemene procesvragen samen tot één uniforme brief; en • Gebruik uniforme reactie- en beoordelingstermijnen en aantal keren hoor- en wederhoor.
Effect op administratieve lasten	Door uniformering van het proces van de MC wordt een deel van de genoemde problemen verkleind en weten aanbieders beter waar zij aan toe zijn in elke stap van de MC. Deze voordelen worden behaald bij de situaties waar aanbieders in afzienbare tijd (bijv. drie jaar) meerdere MC vanuit meerdere zorgverzekeraars krijgen.
Effect op informatiewaarde	Het effect op die informatiewaarde is van deze maatregel beperkt.
Actieplan en tijdlijn	Er is voor zover bekend bij onderzoekers nog geen werkgroep rondom de uniformering van materiële controles in de farmacie in ZN-verband, zoals deze wel voor de wijkverpleging bestaat. Het advies is om eenzelfde werkgroep te starten voor de farmacie. De ervaring van de werkgroep rondom wijkverpleging leert dat het bepalen waar naartoe geüniformeerd wordt, enkele maanden tot een jaar duurt. De verwachting is dat er groot deel van de afspraken kan worden overgenomen vanuit de wijkverpleging, en de impact in 2024 zichtbaar moet zijn.
Mededingings-rechtelijke evaluatie	De maatregel betreft een afspraak van puur procedurele of administratieve aard (bijvoorbeeld de manier waarop een contract wordt ondertekend, de vorm waarin bepaalde informatie wordt aangeleverd, etc.). Dergelijke afspraken raken niet aan de commerciële inhoud van een contract. Het uniformeren van dergelijke bepalingen en/of procedures beperkt de concurrentie daarom niet, en is daarmee toegestaan onder het mededingingsrecht.
Budgettaire impact	De totale verwachte impact is nihil (minder dan €0,1 mln). Aannames: 140 tot 220 MC's per jaar, aanbieder besteedt 30 tot 60 uur aan één MC (kosten: €50 per uur), 10% van de MC's is 'dubbel' (meer dan één MC bij één aanbieder binnen drie jaar). De winst is te behalen bij de 'dubbele MC', 5% kan hiervan voorkomen worden door uniformering van het proces. Implementatie van de maatregel dient een beleidsprioriteit te worden. Betrokken partijen dienen capaciteit toe te wijzen om de maatregel door te voeren. Het aanwijzen van prioriteit om capaciteit vrij te spelen is de gangbare praktijk, hier is geen extra investering voor nodig. Onderzoekers zijn zich er van bewust dat er op dit moment geen overcapaciteit bij partijen is.

Maatregel 8 – farmacie

Onderdeel: zorgverzekeraars (MC)

Uniformeer de inhoud van de processtappen van de materiële controles in de farmacie	
Probleemanalyse	Om transparantie en uniformiteit te bevorderen, hebben de zorgverzekeraars een protocol MC opgesteld. Op verschillende punten in het proces van MC ervaren aanbieders verschillen tussen zorgverzekeraars. Dit leidt bij aanbieders tot (i) tijd om te begrijpen wat er (wanneer) wordt gevraagd, (ii) tijd om eventuele additionele informatie uit te zoeken en (iii) irritatie.
Maatregel	Uniformeer de inhoud van de materiële controles in de farmacie. Onderdelen hiervan zijn (maar niet beperkt tot): • Gebruik uniforme definities van risico's; • Gebruik uniforme richtlijnen voor de inhoud van het specifieke controleplan; • Gebruik uniforme richtlijnen voor wat gezien wordt als aanleiding voor een controle; • Vraag dezelfde documenten op tijdens een detail controle met/zonder inzage in het medisch dossier; • Gebruik uniforme richtlijnen voor het bepalen van de inhoud van het hoor- en wederhoorbestand; en • Maak uniforme afspraken over het aantal declaraties dat gedeclareerd gaat worden en de manier van extrapoleren.
Effect op administratieve lasten	Door uniformering van de inhoud kunnen aanbieders vaker opgezochte informatie hergebruiken bij een andere zorgverzekeraar. Deze voordelen worden behaald bij de situaties waar aanbieders in afzienbare tijd (bijv. drie jaar) meerdere MC vanuit meerdere zorgverzekeraars krijgen.
Effect op informatiewaarde	Het effect op die informatiewaarde is van deze maatregel beperkt.
Actieplan en tijdlijn	Er is voor zover bekend bij onderzoekers nog geen werkgroep rondom de uniformering van materiële controles in de farmacie in ZN-verband, zoals deze wel voor de wijkverpleging bestaat. Het advies is om eenzelfde werkgroep te starten voor de farmacie. De ervaring van de werkgroep rondom wijkverpleging leert dat het bepalen waar naartoe geüniformeerd wordt, enkele maanden tot een jaar duurt. De verwachting is dat er groot deel van de afspraken kan worden overgenomen vanuit de wijkverpleging, en de impact in 2023 zichtbaar moet zijn.
Mededingingsrechtelijke evaluatie	Het gaat hier om het afspreken en gebruik van uniforme definities en richtlijnen, ten aanzien van processen die niet raken aan elementen waarop concurrentie plaatsvindt tussen zorgverzekeraars dan wel zorgaanbieders. De maatregel is waarschijnlijk toegestaan vanuit mededingingsrechtelijk perspectief.
Budgettaire impact	De totale verwachte impact is nihil (minder dan €0,1 mln). Aannames: 140 tot 220 MC's per jaar, aanbieder besteedt 30 tot 60 uur aan één MC (kosten: €50 per uur), 10% van de MC's is 'dubbel' (meer dan één MC bij één aanbieder binnen drie jaar). De winst is te behalen bij de 'dubbele MC', 5% kan hiervan voorkomen worden door uniformering van de inhoud. Implementatie van de maatregel dient een beleidsprioriteit te worden. Betrokken partijen dienen capaciteit toe te wijzen om de maatregel door te voeren. Het aanwijzen van prioriteit om capaciteit vrij te spelen is de gangbare praktijk, hier is geen extra investering voor nodig. Onderzoekers zijn zich er van bewust dat er op dit moment geen overcapaciteit bij partijen is.

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)

2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)

3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)

4. MSZ (p. 34 – 86)

5. GGZ (p. 87 – 103)

6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)

6.1 Menukaart(en) van maatregelen ter reductie administratieve lasten

- **6.1.3 Menukaart fysiotherapie**

7. Appendix (p. 189 – 274)

Maatregel 1 – fysiotherapie (1/2)

Onderdeel: zorgverzekeraars (contractering)

Standaardiseer de niet-concurrentiele voorwaarden in contracten maar houd ruimte voor zorgverzekeraar-specifieke invullingen	
Probleemanalyse	Contracten van zorgverzekeraars met fysiotherapeuten verschillen aanzienlijk. Dit geldt zowel voor het 'basiscontract', als de aanvullende eisen. Aanbieders zijn nu veel tijd kwijt aan het i) begrijpen van de verschillende contracten en ii) voldoen aan de verschillen in voorwaarden. De rol van de zorgverzekeraars in het stelstel vereist individuele ruimte in het contract voor eigen doelstellingen. Een forse uniformeringsslag is mogelijk, met niet/nauwelijks nadelen voor de rol van de zorgverzekeraar.
Maatregel	Verdeel als de contractelementen in drie categorieën: 1.Bepalend concurrentieel element: zorgverzekeraars voor deze elementen differentiëren in elke mate die zij noodzakelijk achten 2.Innovatief element: zorgverzekeraars kunnen (tijdelijk) differentiëren voor deze elementen, mits zij deze differentiatie evalueren en de toegevoegde waarde aantonen 3.Uniformeerbaar element: zorgverzekeraars uniformeren elementen die geen of beperkt concurrentieel voordeel bieden In het kader van ORDZ zijn de contracten al deels geüniformeerd, de verwachting is dat verdere uniformering mogelijk is. PwC Strategy& heeft een eerste aanzet gedaan welke elementen in welke categorie passen (zie appendix). Het is aan zorgverzekeraars om dit verder uit te werken. Op deze wijze wordt het stelsel en de bewegingsvrijheid van zorgverzekeraars om (aantoonbaar) strategische doelen te realiseren, niet dichtgezet, maar wordt wel maximaal geüniformeerd.
Effect op administratieve lasten	Door het uniformeren van elementen uit de contracten besparen aanbieders tijd doordat i) het minder tijd kost de contracten te begrijpen en af te sluiten (eenmalig jaarlijks tijdsvoordeel) en ii) er minder uiteenlopende voorwaarden hoeven worden geïmplementeerd in de bedrijfsvoering en door fysiotherapeuten (voortdurend tijdsvoordeel). Zorgverzekeraars besparen tijd in het afsluiten van de contracten (eenmalig jaarlijks tijdsvoordeel).
Effect op informatiewaarde	Sommige elementen van deze contracten zijn te uniformeren zonder dat het de rol van de zorgverzekeraars in het stelstel aanpast. Zorgverzekeraars leveren wel bepaalde vrijheden in (bijv. door het gebruiken van hele specifieke definities, of stellen van specifieke voorwaarden die geen bepalend concurrentieel element zijn), maar dit zal niet of nauwelijks ten koste gaan van de ervaren of gerealiseerde kwaliteit, toegankelijkheid en/of kosten van zorg. Het is niet mogelijk noch wenselijk om de contracten *volledig* te uniformeren, gezien de rol van zorgverzekeraars in het stelsel en het mededingingsrecht.
Actieplan en tijdlijn	Om het actiepunt 'Uniformeren opzet van zorg inkoopcontracten (algemene bepalingen en declaratieparagraaf)" in de paramedische zorg uit te voeren, is destijds een werkgroep opgestart. Het advies is om deze werkgroep opnieuw te installeren om de contractelementen in te delen in de verschillende categorieën. ZN kan dit proces coördineren. Het advies is om de aanbieders in een vroeg stadium van dit proces te betrekken. De impact wordt vanaf 2024 verwacht omdat i) vanuit de vorige uniformeringsslag is bekend dat het uniformeren van de contracten een ingewikkeld proces is en ii) de processen rondom contractering voor 2023 al begonnen zijn/snel gaan beginnen.

Maatregel 1 – fysiotherapie (2/2)

Onderdeel: zorgverzekeraars (contractering)

Standaardiseer de niet-concurrentiele voorwaarden in contracten maar houd ruimte voor zorgverzekeraar-specifieke invullingen

Mededingings-rechtelijke evaluatie	Het mededingingsrecht is een belemmering voor volledige uniformering (bijv.: uniformering op prijs is niet toegestaan), maar biedt wel ruimte voor gedeeltelijke uniformering. De appendix bevat de eerste aanzet tot categorisering van de elementen, incl. een toets op de mededinging per element.
Budgettaire impact	De totale verwachte impact is €1,4 tot €1,7 mln. De impact wordt gedreven door: • Impact contracteringsproces bij aanbieders: €0,3 tot €0,6 mln. Aannames: een fysiotherapeut besteedt 4 tot 6 uur per praktijk aan één actieve contractafsluiting (kosten fysiotherapeut: €27 per uur[1]), 5.500 tot 6.500 praktijken sluiten contracten, per praktijk zijn er drie actieve contractafsluitingen, de mogelijkheden tot uniformering van de verschillen leiden tot een 30% tijdsbesparing, 63% van deze kosten wordt jaarlijks gemaakt i.v.m. meerjarencontracten • Impact contracteringsproces bij zorgverzekeraars: nihil (minder dan €0,1 mln). Aannames: zorgverzekeraars besteden 40 tot 80 uur per jaar aan het opstellen van hun fysiotherapie contract (kosten: €47 per uur), 10 zorgverzekeraars stellen een contract op, de mogelijkheden tot uniformering van de verschillen leiden tot een 30% tijdsbesparing[2]. • Impact uitvoer bij aanbieder (bedrijfsvoering): €1,0 mln. Aannames: binnen elke praktijk wordt er gemiddeld 30 minuten per week besteedt aan implementatie van uiteenlopende voorwaarden (kosten: €27 per uur[1]), de mogelijkheden tot uniformering van de verschillen leiden tot een 30% tijdsbesparing. • Impact uitvoer bij aanbieder (fysiotherapeuten): nihil (minder dan €0,1 mln). Aanname: uiteenlopende voorwaarden binnen de categorie van zorgverzekeraars ‘uniformeerbaar element’ hebben nauwelijks een impact hebben op dagelijkse praktijkvoering Implementatie van de maatregel dient een beleidsprioriteit te worden. Betrokken partijen dienen capaciteit toe te wijzen om de maatregel door te voeren. Het aanwijzen van prioriteit om capaciteit vrij te spelen is de gangbare praktijk, hier is geen extra investering voor nodig. Onderzoekers zijn zich er van bewust dat er op dit moment geen overcapaciteit bij partijen is.

1) Kosten per uur beslaan de werkgeverslasten voor een gemiddelde fysiotherapeut. Dit is iets anders dan de kostprijs, waar ook praktijkkosten en productiviteit in zijn meegenomen.
2) Onderbouwing voor deze aanname: Vanuit de verschilanalyse is gebleken dat een deel van de huidige verschillen tussen verzekeraars te uniformeren is. Alhoewel er nuances zijn per sector, is over het algemeen te zeggen dat ~60% van de geïdentificeerde verschillen (zowel binnen het basis en pluscontract) te uniformeren is. Zoals gezegd, we zien enige verschillen per sector, maar de mogelijkheden tot uniformering zitten in dezelfde 'orde grote', en om geen valse zekerheid te creëren hebben de onderzoekers besloten om in de budgettaire doorrekening gebruik te maken van hetzelfde en meest conservatieve percentage uniformeerbaar. De aard van deze verschillen is belangrijk om te noemen. De verschillen die uniformeerbaar zijn, zijn niet de onderwerpen waaraan de meeste tijd wordt besteed in de onderhandeling. Desondanks zijn de verschillen die uniformeerbaar zijn ook niet triviaal (en wordt er dus over gesproken tijdens de onderhandeling). Gegeven deze geschetste aard van de verschillen, betekent een 60% uniformering van de verschillen, geen 60% tijdsreductie in de contracteringsprocessen en impact in de dagelijkse praktijk. PwC Strategy& heeft een conservatieve inschatting gemaakt door een risicomarge van 50% toe te passen. Hierdoor is in alle eerstelijnssectoren gerekend met een mogelijkheid van 30% minder tijdsbesteding in het proces van contractering. Onderbouwing geldt ook op de andere plekken waar deze aanname wordt genoemd.

Maatregel 2 – fysiotherapie

Onderdeel: zorgverzekeraars (contractering)

Uniformering van proces van contractering in de fysiotherapie	
Probleemanalyse	Aanbieders geven bepaalde informatie (bijvoorbeeld algemene gegevens van hun praktijk, wachttijden en kwaliteitskeurmerken) meerdere keren op tijdens het contracteringsproces, omdat meerdere zorgverzekeraars deze informatie opvragen. Daarnaast hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid additionele informatie uit te vragen in de contracteringsmodule van VECOZO. Dit kost aanbieders tijd omdat zij meerdere keren dezelfde informatie invoeren. In de fysiotherapie komt het overigens voor dat bepaalde zorgverzekeraars niet eerst een vragenlijst uitvragen maar een aanbod doen o.b.v. andere gegevens (zoals declaratiedata).
Maatregel	a) Richt Vektis in zodat aanbieders de informatie die ze bij verschillende zorgverzekeraars moeten opgeven in het proces van contractering, maar één keer hoeven in te vullen. Een mogelijkheid om dit uit te voeren is: aanbieders vullen één formulier in, aanbieders geven hun akkoord om de informatie naar meerdere zorgverzekeraars te verspreiden, Vektis zorgt voor het delen van de informatie met verschillende zorgverzekeraars. b) Stimuleer aanbieders om de uniforme vragenlijst daadwerkelijk in te vullen (vanuit zorgverzekeraars kan anders het probleem ontstaan dat de vragenlijst niet goed genoeg wordt ingevuld, waardoor zij genoodzaakt zijn alsnog informatie via de contracteringsmodule in VECOZO uit te vragen) c) Stimuleer zorgverzekeraars om alleen in uiterste gevallen gebruik te maken van de mogelijkheid om aanvullende vragen te stellen via de contracteringsmodule van VECOZO (in aanvulling op de geüniformeerde vragenlijst).
Effect op administratieve lasten	Het scheelt aanbieders tijd en irritatie als ze de informatie maar één keer invullen en het voorkomen van vertraging in het proces van contractering zorgt voor een vermindering van irritatie bij aanbieders.
Effect op informatiewaarde	Verzekeraars dienen overeen te komen welke informatie ze uitvragen, en verliezen daardoor deels flexibiliteit.
Actieplan en tijdlijn	Er zijn eerdere pogingen ondernomen tot het formuleren en gebruiken van één uniforme vragenlijst. In de fysiotherapie bestaat er een (type) uniforme vragenlijst. Het advies is om geen nieuwe vragenlijst te ontwikkelen, maar de huidige structuren (waar nodig) aan te vullen en te verbeteren. De impact is vanaf 2024 te verwachten.
Mededingings-rechtelijke evaluatie	Deze maatregel leidt niet tot mededingingsrechtelijke bezwaren mits het systeem dusdanig wordt ingericht dat de partijen geen toegang hebben tot concurrentiegevoelige informatie.
Budgettaire impact	De totale verwachte impact is €0,1 tot €0,1 mln. Aannames: 5.500 tot 6.500 praktijken hebben contracten, gemiddeld drie contracten per praktijk, fysiotherapeut besteedt 30 min per vragenlijst per zorgverzekeraar (kosten fysiotherapeut: €27 per uur[1]), invullen vragenlijst hoeft nog maar één keer (i.p.v. drie keer), 80% van de totale besparing is haalbaar omdat fysiotherapeut nog wel de antwoorden zal controleren bij elke zorgverzekeraar, 63% van deze kosten wordt jaarlijks gemaakt i.v.m. meerjarencontracten De investeringen liggen bij Vektis. Het ontwikkelen van het uniforme formulier kost naar schatting 40 uur, het testen van de functionaliteiten duurt naar verwachting in totaal 40 uur. Dit is minder dan in de andere sectoren omdat er al bestaande structuren zijn. De totale verwachte investering ligt op ~€3.000[1]. Zorgverzekeraars dienen aan te geven welke vragen zij willen uitvragen.

1) Gebaseerd op kosten per uur testspecialist VECOZO. Aanname is dat een testspecialist bij Vektis een vergelijkbaar salaris heeft.

Maatregel 3 – fysiotherapie

Onderdeel: zorgverzekeraars (contractering)

Vergroot de transparantie van de contractering in de fysiotherapie	
Probleemanalyse	Het is voor aanbieders onduidelijk waarom zij in een bepaalde categorie (module, profiel, etc.) worden ingedeeld, en wat zij zouden moeten doen om in aanmerking te komen voor een volgende module. Dit brengt administratieve lasten met zich mee omdat i) aanbieders tijd besteden aan het uitzoeken van wanneer ze bij wie voor wat in aanmerking komen, en ii) aanbieders de 'uitslag' niet snappen en/of deze gebaseerd is op verkeerde antwoorden (door het niet begrijpen van de vragen/consequenties) en daarover in gesprek gaan met zorgverzekeraars.
Maatregel	Vergroot de transparantie tijdens de contractering. Aanbieders worden gevraagd een aantal vragen in te vullen op basis waarvan zij een bepaald contract krijgen aangeboden. Maak als zorgverzekeraars transparant welk aanbod volgt op basis van de gegeven antwoorden en geef aan welke stappen de aanbieders moeten zetten om voor verdere aanvullende voorwaarden in aanmerking te komen. De maatregel ontslaat de aanbieders niet om het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar(s) actief tot zich te nemen, en de antwoorden waarheidsgetrouw in te vullen.
Effect op administratieve lasten	Vermindering van tijd per contractafsluiting door vermindering van het uitzoekwerk.
Effect op informatiewaarde	Het overzicht rondom de aanvullende voorwaarden heeft geen effect op de informatiewaarde van zorgverzekeraars (enkel een aanpassing van het proces).
Actieplan en tijdlijn	Zorgverzekeraars dienen de relevante informatie bij VECOZO aan te leveren, VECOZO dient de informatie inzichtelijk te maken voor de aanbieders. VECOZO is op het moment van schrijven de uitvraagmodule aan het moderniseren, de voorgestelde aanpassing kan hierin worden meegenomen. De verwachting is dat de modernisering uiterlijk 2024 gereed is, de impact kan vanaf dan worden verwacht.
Mededingings-rechtelijke evaluatie	Deze maatregel leidt niet tot mededingingsrechtelijke bezwaren mits het systeem dusdanig wordt ingericht dat de partijen geen toegang hebben tot concurrentiegevoelige informatie.
Budgettaire impact	De totale verwachte impact is €0,1 tot €0,2 mln. Aannames: fysiotherapeut besteedt per actieve contractafsluiting 0,5 tot 1 uur aan uitzoekwerk (kosten fysiotherapeut: €27 per uur[1]), per praktijk zijn er drie actieve contractafsluitingen, de fysiotherapeut besteedt voor alle zorgverzekeraars 50% minder tijd aan uitzoekwerk, 63% van deze kosten wordt jaarlijks gemaakt i.v.m. meerjarencontracten. VECOZO heeft tijdens het onderzoek aangegeven ruimte te zien om de voorgestelde transparantie aan te bieden binnen de uitvraagmodule zonder additionele investeringen.

Maatregel 4 – fysiotherapie (1/2)

Onderdeel: zorgverzekeraars (contractering)

Pas meerjarencontractering toe waar dat mogelijk is in de fysiotherapie	
Probleemanalyse	Contracten worden nu voor verschillende termijnen afgesloten. Zorgverzekeraars gebruiken termijnen van 1, 2 en 3 jaar. Het proces van contractering kost tijd van zowel aanbieders als zorgverzekeraars.
Maatregel	Streef als zorgverzekeraars uniform naar meerjaarlijkse contracten in de breedte van de sector met behoud van mogelijkheden tot differentiatie. De precieze duur dient bepaald te worden o.b.v. de afweging administratieve lasten (zo lang mogelijk) en sturingsmogelijkheden vanuit zorgverzekeraar (zo lang mogelijk niet altijd wenselijk). De contractduur is deels een uniformeerbaar element, maar deels ook een bepalend concurrentieel element. Het moet voor de zorgverzekeraars mogelijk blijven om de belangrijkste competitieve elementen (zoals prijs) jaarlijks te kunnen aanpassen. Behoudt hierom de mogelijkheid om in uiterste gevallen tussendoor aanpassingen door te voeren, mochten de partijen dit in overleg noodzakelijk achten.
Effect op administratieve lasten	Door meerjaarlijkse contracten hoeft het proces van contractering niet elk jaar te worden doorlopen, dit scheelt voor de zorgverzekeraars en aanbieders tijd.
Effect op informatiewaarde	Meerjarencontracten in de breedte brengen risico's met zich mee voor zorgverzekeraars. De onderzoekers wijzen erop dat het aanbieden van langetermijncontracten (bijv. in het kader van strategische allianties) een belangrijk stuurmiddel voor zorgverzekeraars is. Dit is de reden dat de mogelijkheid tot differentiatie in de maatregel is opgenomen. Gegeven de administratieve lasten en andere positieve 'bijwerkingen' (zoals meer zekerheid voor aanbieders) luidt het advies om in principe in de breedte van de sector naar meerjarencontractering over te gaan.
Actieplan en tijdlijn	De verwachting is dat deze maatregel binnen de reeds genoemde werkgroep 'uniformering van de contracten' (zie maatregel 1) kan worden uitgevoerd. De impact wordt vanaf 2024 verwacht omdat i) vanuit de vorige uniformeringsslag is bekend dat het uniformeren van de contracten een ingewikkeld proces is en ii) de processen rondom contractering voor 2023 al begonnen zijn/snel gaan beginnen.

Maatregel 4 – fysiotherapie (2/2)

Onderdeel: zorgverzekeraars (contractering)

Pas meerjarencontractering toe waar dat mogelijk is in de fysiotherapie

Mededingings-rechtelijke evaluatie	Het gelijktrekken van contractduur kan de concurrentie tussen zorgverzekeraars beperken. Een zorgverzekeraar kan daardoor niet meer tussentijds zijn aanbod richting consumenten aanpassen. Dit risico is te mitigeren door de belangrijkste competitieve elementen, zoals prijs, jaarlijks aanpasbaar te houden
Budgettaire impact	De totale verwachte impact is €0,2 tot €0,4 mln (tweejarig contract) en €0,3 tot €0,6 mln (driejarig contract). De impact wordt gedreven door: • Impact vanuit aanbieder: €0,2 tot €0,3 mln (tweejarig contract) en €0,3 tot €0,4 mln (driejarig contract). Aannames: één actieve contractafsluiting duurt 4 tot 6 uur per praktijk (kosten fysiotherapeut: €27 per uur[1]), 75% van de praktijken sluit contracten, per praktijk zijn er drie actieve contractafsluitingen, 75% van de huidige contracten is al meerjarig, 80% van het contract komt meerjarig vast te staan[2]. • Impact vanuit zorgverzekeraar: nihil (minder dan 0,1 mln) tot €0,1 mln (tweejarig contract) en €0,1 mln en €0,1 mln (driejarig contract). Aannames: één actieve contractafsluiting duurt 0,5-1,0 uur per praktijk (kosten: 47 per uur), 75% van de praktijken sluit contracten, per praktijk zijn er drie actieve contractafsluitingen, 75% van de huidige contracten is al meerjarig, 80% van het contract komt meerjarig vast te staan[2]. Implementatie van de maatregel dient een beleidsprioriteit te worden. Betrokken partijen dienen capaciteit toe te wijzen om de maatregel door te voeren. Het aanwijzen van prioriteit om capaciteit vrij te spelen is de gangbare praktijk, hier is geen extra investering voor nodig. Onderzoekers zijn zich er van bewust dat er op dit moment geen overcapaciteit bij partijen is.

Impact van maatregel 4 daalt door invoering maatregel 1-3: impact maatregel 4 na invoering maatregel 1-3 is €0,2 mln (100% tweejarig) en €0,2 mln (100% driejarig)[3]

1) Kosten per uur beslaan de werkgeverslasten voor een gemiddelde fysiotherapeut. Dit is iets anders dan de kostprijs, waar ook praktijkkosten en productiviteit in zijn meegenomen.
2) Gegeven de mededingingsrechtelijke analyse, zal niet het hele contract meerjarig vast komen te staan (er moet ruimte blijven voor de zorgverzekeraar om de belangrijkste competitieve elementen aan te passen). De aanname is dat 80% van het contract meerjarig vast kan komen te staan.
3) O.b.v. midden scenario: gemiddelde van conservatief en progressief scenario.

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)

2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)

3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)

4. MSZ (p. 34 – 86)

5. GGZ (p. 87 – 103)

6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)

6.1 Menukaart(en) van maatregelen ter reductie administratieve lasten

- **6.1.4 Menukaart hulpmiddelen**

7. Appendix (p. 189 – 274)

Maatregel 1 – hulpmiddelen (1/2)

Onderwerp: hulpmiddelen

Uniformeer eisen aan de voorschrijver van hulpmiddelen	
Probleemanalyse	Zorgverzekeraars stellen voorwaarden aan de voorschrijver (welke beroepsgroep mag het desbetreffende hulpmiddel voorschrijven). Deze voorwaarden verschillen per zorgverzekeraar voor hetzelfde hulpmiddel. Dit zorgt voor i) verwarring en irritatie bij aanbieders; ii) tijd bij aanbieders omdat zij per patiënt moeten nagaan welke beroepsgroep het benodigde middel kan voorschrijven bij welke zorgverzekeraar; iii) in het geval van een 'strenge eis aan de voorschrijver' (bijv. medisch specialist i.p.v. huisarts), tijd te zorgen dat de juiste zorgverlener de benodigde documenten tekent.
Maatregel	Uniformeer welke beroepsgroep welke hulpmiddelen mogen voorschrijven, op basis van objectieve, vooraf tripartite (verzekeraars, patiëntenfederatie en zorgaanbieders) afgestemde kwaliteitscriteria.
Effect op administratieve lasten	Door het uniformeren van de voorschrijver verdwijnt de irritatie bij aanbieders, en zijn zij minder tijd kwijt aan het opzoeken van en het schakelen met de zorgverleners die als voorschrijver mag optreden.
Effect op informatiewaarde	Deze maatregel beperkt zorgverzekeraars in de 'strengheid' van hun voorwaarden. Dit is gerechtvaardigd omdat de bevoegdheid/bekwaamheid voor het uitvoeren van bepaalde medische handelingen (voorschrijven van hulpmiddel X) is te objectiveren – bijv. door standaarden vanuit branche-/beroepsgroepen die triparte zijn opgesteld. De verwachting is dat dit geldt voor de hulpmiddelen binnen de hulpmiddelenzorg als binnen de medisch specialistische zorg.
Actieplan en tijdlijn	Er zijn verschillende mogelijkheden om objectieve, afgestemde kwaliteitscriteria te ontwikkelen waarop geüniformeerd kan worden: • Betrokken veldpartijen stellen gezamenlijk vast welke beroepsgroep(en) in aanmerking komen als voorschrijver • Betrokken veldpartijen vragen duiding aan ZIN om te bepalen welke beroepsgroepen in aanmerking komen als voorschrijver De afgestemde kwaliteitscriteria kunnen vervolgens worden vastgelegd in het register van ZIN (via een module) De onderzoekers raden aan om prioriteit te geven aan (i) hulpmiddelen met hoge volumes, en (ii) hulpmiddelen waarbij er verschillen bestaan in voorschrijvers tussen zorgverzekeraars[1]. Een voorbeeld hiervan is incontinentiemateriaal. Voor vier hulpmiddelen is in kaart gebracht waar verschillen tussen zorgverzekeraars zitten, deze analyse dient voor elk hulpmiddel uitgevoerd te worden, ZN en VWS zijn met elkaar in gesprek hoe deze analyse vormgegeven kan worden. De ambitie zou moeten zijn om voor 50% van de middelen (in volume) de impact te realiseren in 2024, met het vervolg in 2025.

1) Deze prioritering moet nog verder aangebracht worden. De volumes per hulpmiddel zijn beschikbaar via de GIP databank, een aanvullende analyse moet worden gedaan voor welke hulpmiddelen verschillen zitten m.b.t. de voorschrijver. PwC Strategy& heeft deze analyse voor vier hulpmiddelen gedaan.

Maatregel 1 – hulpmiddelen (2/2)

Onderwerp: hulpmiddelen

Uniformeer eisen aan de voorschrijver van hulpmiddelen	
Mededingings-rechtelijke evaluatie	Deze maatregel raakt aan de inhoud van de hulpmiddelenregelementen, en heeft daardoor een risico vanuit een mededingingsrechtelijk perspectief. Er zijn er verschillende manieren om hier mee om te gaan, belangrijk is dat de keuze wordt gemaakt op basis van objectieve en transparante kwaliteitscriteria en dat zorgverzekeraars als gevolg van de afspraken niet worden beperkt in hun mogelijkheid zich te onderscheiden op kwaliteit of andere concurrentieparameters
Budgettaire impact	De totale verwachte impact is €1,0 tot €2,0 mln. Aannames zijn (per sector): • Wijkverpleging: verwachte impact van €0,1 tot €0,2 mln. Aannames: wijkverpleegkundige besteden 20 tot 30 minuten per week per partij aan de consequenties van verschillen in voorschrijvers (kosten wijkverpleegkundige €24 per uur), 10% tijdswinst door uniformering, doorrekening alleen o.b.v. zowel gecontracteerde als niet-gecontracteerde partijen (2.733). • Farmacie: verwachte impact van €0,2 tot €0,5 mln. Aannames: apothekers besteden 0,5 tot 1 uur per week per praktijk aan de consequenties van verschillen in voorschrijvers (kosten apotheker: €50 per uur), 10% tijdswinst door uniformering, doorrekening alleen o.b.v. zowel gecontracteerde als niet-gecontracteerde apotheken (2.000); • Fysiotherapie: verwachte impact is nihil (minder dan €0,1 mln). Aanname is dat fysiotherapeuten nauwelijks hulpmiddelen voorschrijven. • Huisartsen: verwachte impact van €0,7 tot €1,4 mln. Aannames: huisartsen besteden 0,5 tot 1 uur per week per praktijk aan de consequenties van verschillen in voorschrijvers (kosten huisarts: €60 per uur), 10% tijdswinst door uniformering, doorrekening o.b.v. zowel gecontracteerde als niet-gecontracteerde praktijken (5.020)[1)]; • MSZ: verwachte impact is nihil (minder dan €0,1 mln). Aanname: medisch specialisten zijn nauwelijks tijd kwijt aan de verschillen in voorschrijver, omdat medisch specialist (vaak) bij elke zorgverzekeraar mag voorschrijven Implementatie van de maatregel dient een beleidsprioriteit te worden. Betrokken partijen dienen capaciteit toe te wijzen om de maatregel door te voeren. Het aanwijzen van prioriteit om capaciteit vrij te spelen is de gangbare praktijk, hier is geen extra investering voor nodig. Onderzoekers zijn zich er van bewust dat er op dit moment geen overcapaciteit bij partijen is.

1) Er is uitgegaan van een gemiddelde besparing voor huisartsenpraktijken. Er kunnen verschillen bestaan tussen ‘grote’ en ‘kleine’ praktijken. Het is aan huisartsen en verzekeraars om de impact hiervan evenredig te verdelen.

Maatregel 2 – hulpmiddelen

Onderwerp: hulpmiddelen

Uniformeer hulpmiddelenregelementen in termen van taal en lay-out	
Probleemanalyse	Elke zorgverzekeraar heeft haar eigen hulpmiddelenregelement. Deze verschillen op dit moment in termen van taal en lay-out. Hierdoor kost het aanbieders extra tijd om in zo'n regelement te zoeken naar de voorwaarden voor een betreffend hulpmiddel, en om dit te interpreteren.
Maatregel	Uniformeer de hulpmiddelenregelementen in termen van taal en lay-out.
Effect op administratieve lasten	Aanbieders zijn minder tijd kwijt met het begrijpen en interpreteren van de hulpmiddelenregelementen.
Effect op informatiewaarde	Voor aanbieders neemt de informatiewaarde toe: afstemming van taal en lay-out maakt de verschillende hulpmiddelenregelementen van zorgverzekeraars makkelijker te vergelijken. Voor zorgverzekeraars blijft informatiewaarde gelijk omdat zij de mogelijkheid behouden inhoudelijk van elkaar te differentiëren.
Actieplan en tijdlijn	Binnen ZN verband is er op het moment van schrijven van deze maatregel al een werkgroep 'Uniformering hulpmiddelen' gevormd, vanuit VWS worden er werktafels rondom de samenwerking over, de kwaliteit van, de financiering van en de *governance* van hulpmiddelen georganiseerd. Het uniformeren van de taal en lay-out wordt in deze overleggen besproken. Het advies is om in de werkgroep van ZN de uitwerking te plaatsen. Gezien de bestaande structuren is de verwachting dat deze uitwerking in de tweede helft van 2022 plaats kan vinden, en de impact in 2023 gerealiseerd kan worden.
Mededingings-rechtelijke evaluatie	Deze maatregel is administratieve van aard en raakt niet aan de wijze van de inrichting en de afstemming van commerciële bedrijfsactiviteiten. De maatregel beperkt de concurrentie daarom niet en is waarschijnlijk toegestaan vanuit mededingingsrechtelijk perspectief.
Budgettaire impact	De verwachte impact is nihil, met deze maatregel kan irritatie voorkomen worden. Implementatie van de maatregel dient een beleidsprioriteit te worden. Betrokken partijen dienen capaciteit toe te wijzen om de maatregel door te voeren. Het aanwijzen van prioriteit om capaciteit vrij te spelen is de gangbare praktijk, hier is geen extra investering voor nodig. Onderzoekers zijn zich er van bewust dat er op dit moment geen overcapaciteit bij partijen is.

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)

2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)

3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)

4. MSZ (p. 34 – 86)

5. GGZ (p. 87 – 103)

6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)

6.2 Onderzoeksaanpak om tot maatregelen te komen

7. Appendix (p. 189 – 274)

Op basis van interviews, document- en data-analyse is de menukaart voor de eerstelijnssectoren vastgesteld

Onderzoeksaanpak eerstelijnssectoren

Interviews	De onderzoekers hebben meer dan 55 betrokkenen in de Eerstelijnssectoren gesproken • De koepels (KMNP, KNGF, Actiz, LHV, ZN) zijn betrokken via verschillende overleggen • *Zie volgende pagina's voor de interviewlijst*
Werksessies en panel-discussies	Om het brede veld te betrekken zijn er begin april en begin mei werksessies en paneldiscussies georganiseerd: • Werksessies (21-29 maart): de aanwezigen bij de werksessie zijn in de interviewlijst opgenomen • Paneldiscussies (2-4 mei): de aanwezigen bij de paneldiscussie zijn in de interviewlijst opgenomen
Document analyse	De onderzoekers hebben openbare documenten geanalyseerd. Geanalyseerde documenten zijn, maar niet beperkt tot: • I&V-eisen zorgverzekeraars: Inkoopbeleidstukken zorgverzekeraars • Monitor contractering 2020 voor paramedische zorg, wijkverpleging, en huisartsen (NZa)
Data analyse	De onderzoekers hebben openbare datasets gebruikt in de doorrekening van de budgettaire impact. Geanalyseerde datasets zijn, maar niet beperkt tot: • Openbare CBS gegevens • Data en feiten 2020 (SKF) • Nationale beroepengids

M.b.t. de wijkverpleging zijn meer dan 15 betrokkenen geïnterviewd in het kader van dit onderzoek

Interviewlijst wijkverpleging

Sector	Type	Organisatie	Functietitel
Wijk	Aanbieder	Buurtzorg	Controller
Wijk	Aanbieder	Buurtzorg	Wijkverpleegkundige en projectleider
Wijk	Aanbieder	Zorgwaard	Manager thuiszorg
Wijk	Aanbieder	Icara	Manager bedrijfsvoering
Wijk	Aanbieder	Careyn	Senior beleidsadviseur
Wijk	Koepel	Actiz	Seniors beleidsmedewerkers
Wijk	Koepel	V&VN	Beleidsmedewerker
Wijk	Zorgverzekeraar	Zorgverzekeraar	Senior zorginkoper verpleging en verzorging
Wijk	Zorgverzekeraar	Zorgverzekeraar	Specialist materiële controles/projectleider Langdurige Zorg
Wijk	Zorgverzekeraar	Zorgverzekeraar	Zorginkoper ouderenzorg
Wijk	Zorgverzekeraar	Zorgverzekeraar	Controle- en verantwoording-specialisten wijkverpleging
Wijk	Zorgverzekeraar	Zorgverzekeraar	Beleidsontwikkelaar Ouderenzorg
Wijk	Koepel	ZN	Beleidsadviseurs
Farmacie	Koepel	ZN	Beleidsadviseur Eerstelijnszorg (hulpmiddelen)

M.b.t. de farmacie zijn meer dan 15 betrokkenen geïnterviewd in het kader van dit onderzoek

Interviewlijst farmacie

Sector	Type	Organisatie	Functietitel
Farmacie	Aanbieder	Apotheek Lamberts Backer	Apotheker
Farmacie	Aanbieder	BENU	Directeur zorg en account-manager zorgverzekeraars onderhandel farmacie en hulpmiddelen
Farmacie	Aanbieder	Twentse Apothekers organisatie	Voorzitter
Farmacie	Aanbieder	Service apotheek	Hoofd kwaliteit
Farmacie	Koepel	KMNP	Beleidsmedewerkers
Farmacie	Zorgmakelaar	NFZG	Manager zorgverzekeraars
Farmacie	Zorgmakelaar	NFZG	Algemeen directeur
Farmacie	Zorgmakelaar	ZFC	Beleidsteam
Farmacie	Zorgverzekeraar	Zorgverzekeraar	Inkopers zorg (ook over hulpmiddelen)
Farmacie	Zorgverzekeraar	Zorgverzekeraar	Adviserend apotheker
Farmacie	Zorgverzekeraar	Zorgverzekeraar	Inkoper farmacie
Farmacie	Zorgverzekeraar	Zorgverzekeraar	Zorginkoper team hulpmiddelen
Farmacie	Koepel	ZN	Beleidsadviseurs
Farmacie	Koepel	ZN	Beleidsadviseur Eerstelijnszorg (hulpmiddelen)

M.b.t. de fysiotherapie zijn meer dan 15 betrokkenen geïnterviewd in het kader van dit onderzoek

Interviewlijst fysiotherapie

Sector	Type	Organisatie	Functietitel
Fysio	Aanbieder	Fystiotopics	Voorzitter stichting
Fysio	Aanbieder	Topvorm Twente	Praktijkhouder
Fysio	Aanbieder	Multi Fysio	Praktijkhouder
Fysio	Aanbieder	Ruitenbeek Fysio	Praktijkhouder
Fysio	Aanbieder	De Fysioo	Praktijkhouder
Fysio	Koepel	KNGF	Senior beleidsmedewerkers
Fysio	Zorgverzekeraar	Zorgverzekeraar	Beleidsadviseur paramedische zorg
Fysio	Zorgverzekeraar	Zorgverzekeraar	Zorginkoper paramedie
Fysio	Zorgverzekeraar	Zorgverzekeraar	Onderzoeker materiële en kwaliteitscontrole
Fysio	Zorgverzekeraar	Zorgverzekeraar	Zorginkoper
Fysio	Zorgverzekeraar	Zorgverzekeraar	Zorginhoudelijk adviseur paramedie
Fysio	Koepel	ZN	Beleidsadviseurs

M.b.t. de huisartsenzorg zijn meer dan 10 betrokkenen geïnterviewd in het kader van dit onderzoek

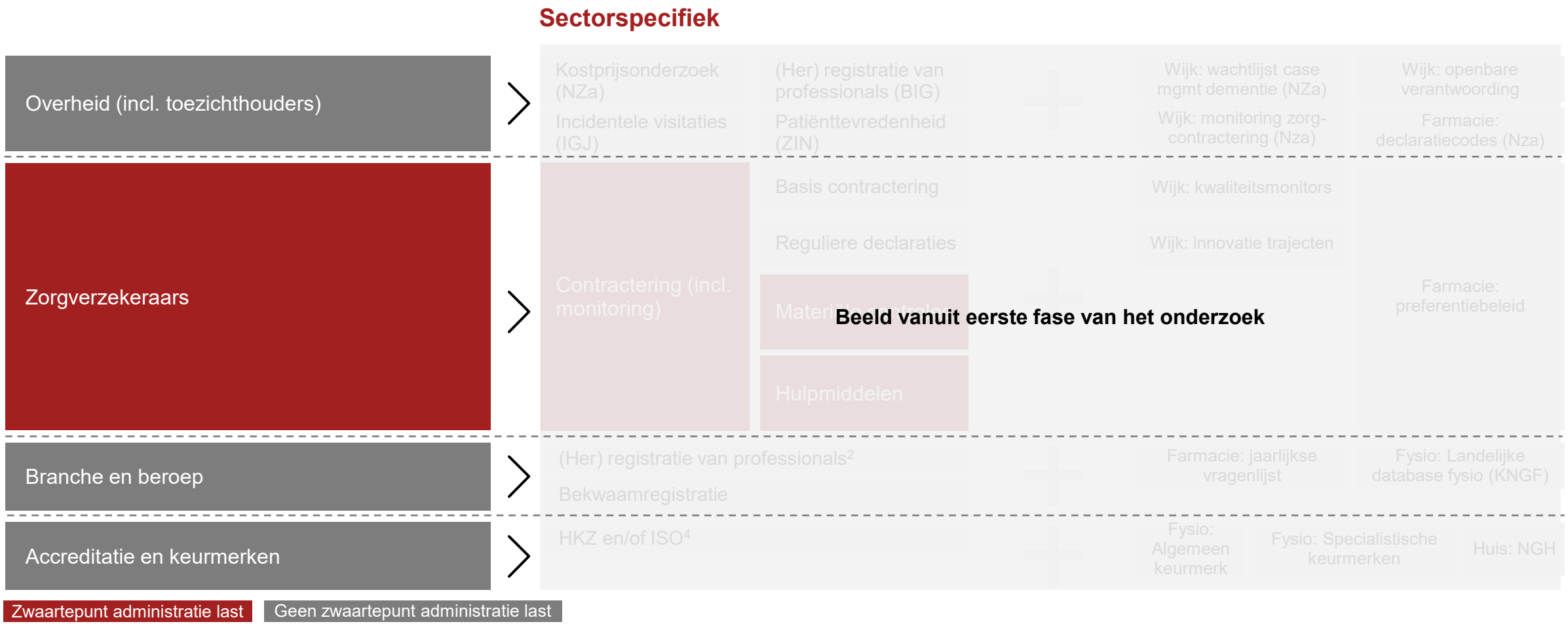
Interviewlijst huisartsenzorg

Sector	Type	Organisatie	Functietitel
Huisarts	Aanbieder	Huisartsenpratijk LCG	Manager
Huisarts	Aanbieder	Huisarts en zorg	Huisarts
Huisarts	Aanbieder	Onafhankelijke praktijk	Huisarts
Huisarts	Koepel	LHV	Hoofd en medewerker afdeling beleid, senior beleidsmedewerker
Huisarts	Zorgverzekeraar	Zorgverzekeraar	Beleidsontwikkelaar zorginkoop
Huisarts	Zorgverzekeraar	Zorgverzekeraar	Senior zorginkoper integrale zorg
Huisarts	Zorgverzekeraar	Zorgverzekeraar	Specialist materiële controles
Huisarts	Zorgverzekeraar	Zorgverzekeraar	Specialist naleving
Huisarts	Zorgverzekeraar	Zorgverzekeraar	Senior inkoper hulpmiddelen
Huisarts	Zorgverzekeraar	Zorgverzekeraar	Relatiebeheerder Huisartsenzorg

INDICATIEF

De geprioriteerde informatiestroom in de eerstelijnssectoren is de I&V-eisen vanuit de zorgverzekeraars

Verhouding administratieve lasten o.b.v. informatiestromen[1]



Binnen de zorgverzekeraars ligt de focus op de contractering, de materiële controles en de hulpmiddelen

Aanleiding focus

Binnen de I&V-eisen vanuit zorgverzekeraars komen de onderwerpen contractering, materiële controles en hulpmiddelen naar boven

Gekozen focus door VWS



Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)
2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)
3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)
4. MSZ (p. 34 – 86)
5. GGZ (p. 87 – 103)
6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)
6.3 Verschillenanalyse I&V-eisen en geïdentificeerde aanknopingspunten
7. Appendix (p. 189 – 274)

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)

2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)

3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)

4. MSZ (p. 34 – 86)

5. GGZ (p. 87 – 103)

6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)

6.3 Verschillenanalyse I&V-eisen en geïdentificeerde aanknopingspunten

- **6.3.1 Wijkverpleging – contractering**

7. Appendix (p. 189 – 274)

Operationalisatie analysekader toegepast op contracteren

Analysekader aanknopingspunten – voorbeeld: contracten

Drijver	Scenario	Potentieel
Inhoud *binnen (soort-) gelijk onderwerp*	0% overlap	Ja[1]
	Deels overlap	
	100% overlap	Nee
Timing	Ander moment	Ja[1]
	Zelfde moment	Nee
Frequentie	Andere frequentie	Ja
	Zelfde frequentie	Nee
Vorm	Repetitief in zelfde portal (VECOZO)	Ja[1]
	Verschillende portals	
	Handmatig of semiautomatische omzetting van bron naar rapportagedata	

Thema's verantwoordingseisen

- Welke thema's benoemen zorgverzekeraars in het inkoopbeleid?
- In welke mate verschillen de thema's tussen zorgverzekeraars?
- In hoeverre worden thema's (consequent) vertaald in contractuele vereisten?

Structuur contracten[2]

- Basiscontracten: werken alle zorgverzekeraars met model waarbij voldoen aan bepaalde basisvoorwaarden betekent dat aanbieder contract krijgt?
- Pluscontracten: hoe komt een aanbieder in aanmerking voor een hoger tarief, bijv.: door te specialiseren op specifieke punten of door gelijkmatig op verschillende zaken te verbeteren?

I&V-eisen binnen basis- en pluscontracten

- Welke eisen worden gesteld, in welke mate verschillen deze tussen zorgverzekeraars?
- Als een eis door verschillende zorgverzekeraars wordt gesteld, in welke mate verschilt dan de vereiste invulling van deze eis?

Timing, frequentie en vorm

- Wanneer dienen aanbieders gevraagde informatie aan te leveren?
- In hoeverre dient dit een gelijk aantal keer per jaar te gebeuren?
- Op welke manier dienen aanbieders gevraagde informatie aan te leveren?

Legenda: **Geen aanknopingspunt uniformering** | **Aanknopingspunt uniformering**

1) Aanknopingspunt bij de verwachting dat door een maatregel de maatschappelijke uitkomsten (gedreven door de informatiewaarde en de administratieve belasting) positief veranderd t.o.v. de status quo.
2) Structuur van het contract valt onder inhoud omdat dit gezien kan worden als het format van een KPI.

Thema's in het inkoopbeleid overlappen deels en worden niet consequent naar I&V-eisen vertaald – admin. impact beperkt

Wijkverpleging: overzicht thematiek zorgverzekeraars

Themadefinities zijn geclusterd waardoor het kan zijn dat themadefinitie verschilt met de benaming in het inkoopbeleid van de desbetreffende zorgverzekeraar[1]

Thema	ZK	VGZ	CZ	Menzis	DSW	ASR	Z&Z	ONVZ
Zinnige Zorg[2]	●	●	●	●		●	●	●
Digitale/ innovatieve zorg	●	●		●		●	●	
Samenwerking	●	●			●	●	●	●
Arbeidsmarkt		●			●	●		
Samen beslissen	●							●
Specifieke zorg[3]				●	●			
Administra-tieve lasten					●			●

Conclusie

Thema's:

- Thema's die zorgverzekeraars benoemen in het inkoopbeleid zijn deels soortgelijk
- Thema's worden deels niet vertaald naar specifieke I&V-eisen waar administratieve handelingen uit voort komen
- Daarmee heeft uniformeren van thema's beperkte prioriteit

Geen aanknopingspunt

Legenda

Thema inkoopbeleid	Geen thema inkoopbeleid	Thema komt terug in I&V-eisen zorgverzekeraar	Thema komt niet direct terug in I&V-eisen zorgverzekeraar

1) Zorgverzekeraars benoemen verschillende thema's in het zorginkoopbeleid, al gebruiken zij hier allemaal verschillende terminologie voor (bijv. thema's/speerpunten/etc.). Niet alle thema's leiden ook tot I&V-eisen. Daarom zijn alleen de thema's benoemd waar ook daadwerkelijk eisen aan worden gesteld.
2) Ook Gepaste Zorg, JZOJP en Zorg Dichterbij vallen hieronder. 3) Chronische zorg (Menzis), preventie en acute zorg (Menzis en Z&Z) en ouderen zorg (Menzis en ZZ)
Bron: Inkoopbeleidstukken zorgverzekeraars en interviews met inkopers van zorgverzekeraars.

Om een basiscontract te krijgen moeten aanbieders in de wijk voldoen aan verschillende eisen per zorgverzekeraar

Wijkverpleging: overzicht I&V-eisen basiscontracten zorgverzekeraars

Mechanisme omtrent de basiscontractering is vergelijkbaar tussen zorgverzekeraars: je kunt een overeenkomst krijgen wanneer je aan alle basisvoorwaarden voldoet[1]

Categorie	Voorwaarde	ZK	VGZ	CZ	Menzis	DSW	ASR	Z&Z	ONVZ
Zelfde eisen bij allen	WTZi/Wtza								
	Kwaliteitssysteem								
Zelfde eisen bij sommigen	Klant-werkgebied ratio								
	Zorgclassificatie-systeem								
	Integraal zorgproduct								
	Kwaliteitskader wijkverpleging								
Andere eisen op zelfde onderwerp bij sommigen	Uitbesteding zorg derde partij	Max. 33% omzet of goedkeuring ZK	Max. 33% FTE	Max. 75% zorg					
	Klantervaring	PREM	PREM	PREM + NPS	PREM			Vrije keuze	
	Deskundigheids-bevordering		Meer dan 40% register V&V		Meer dan 50% register V&V				
	Aantal HBO 5 verpleegkundigen			Voldoende	Min. 1 FTE per 55 klanten	Minimaal 1			
	Indicering	Norm V&V en vpk spec/HBO vpk	HBO vpk niveau 6		Norm V&V en HBO vpk	Norm V&V en vpk niveau 5	Norm V&V en HBO vpk	HBO vpk	
	Eisen website	Postcode gebieden			Samenwerking mantelzorgers			Toegang, eigen risico, postcodes	Toegang, eigen risico, postcodes
Eisen over andere zaken	Overige eisen	+30 eisen	+13 eisen	+15 eisen	+26 eisen	+4 eisen	+24 eisen	+26 eisen	+26 eisen

Conclusie

I&V-eisen basiscontract

Zorgverzekeraars stellen deels dezelfde, en deels andere eisen aan aanbieders in de wijkverpleging om in aanmerking te komen voor basiscontract

Verschillen in:

of een eis terugkomt

op welke manier een eis terugkomt

Aanknopingspunt

Legenda

Wel I&V-eis basiscontract

Geen I&V-eis basiscontract

I&V-eisen die door sommige zorgverzekeraars in de basiscontractering zitten zijn door andere zorgverzekeraars in de pluscontractering opgenomen (bijv. Zorg en Zekerheid vraagt om een klantervaring onderzoek in de pluscontractering)

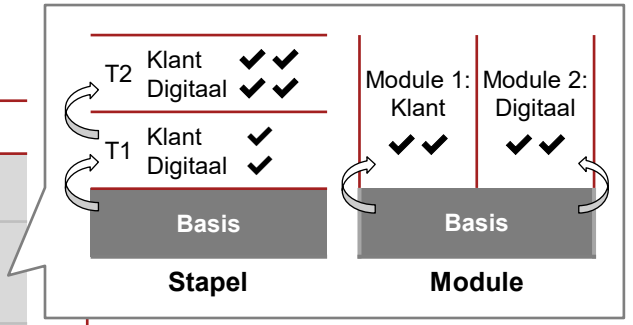
1) Sommige zorgverzekeraars stellen wel additionele eisen voor nieuwe aanbieders bovenop de algemene basisvoorwaarden.
Bron: Inkoopbeleidstukken zorgverzekeraars en interviews met inkopers van zorgverzekeraars

Opzet pluscontracten spoort aanbieders aan om te verbeteren op meerdere of juist een beperkt aantal onderwerpen

Wijkverpleging: overzicht structuur pluscontracten zorgverzekeraars

Pluscontract	ZK	VGZ	CZ	Menzis	DSW	ASR	Z&Z	ONVZ
Mechanisme	Module[1] en stapel[2]	Module[1]	Module[1] en stapel[2]	Module[1] en stapel[2]	-	Module[1]	Module[1]	Module[1]
Uitwerking	Basis + 5 treden + 7 modules	Basis + 8 modules	Basis + 3 treden + 9 modules	Basis + 3 treden + 5 modules	Basis	Basis + 3 modules	Basis + 4 modules	Basis + 4 modules
	1 voorwaarde per trede en 5-9 per module	3-10 voorwaarden per module	7 voorwaarden per trede en 5-10 per module	1 voorwaarde per trede en 1-8 per module	-	4-8 voorwaarden per module	2-9 voorwaarden per module	2-6 voorwaarden per module
Onderwerpen modules/treden	Treden: doel-matigheid Modules: o.a. medische kindzorg, dementie, wijkgericht werken, wondzorg	Modules: o.a. medische kindzorg, dementie, thuiszorg-technologie, wondzorg, etc.	Treden: doel-matigheid, kwaliteit Modules: o.a. medische kindzorg, terminale zorg dementie, wondzorg, etc.	Treden: doelmatigheid Modules: o.a. medische kindzorg, dementie, spec. verpleging, etc.	-	Modules: medische kindzorg, terminale zorg en wondzorg	Modules: medische kindzorg, dementie, terminale zorg en wondzorg	Modules: medische kindzorg, dementie, terminale zorg en zorg op afstand

VGZ indiceert daarnaast haar tariefstelling a.d.h.v. een doelmatigheidsbenchmark en ASR, Z&Z en ONVZ gebruiken ook een doelmatigheidsbenchmark gedurende contractonderhandelingen over inkoop



Conclusie

Structuur pluscontracten

- Zorgverzekeraars werken met verschillende typen pluscontracten, waarbij 'module' contracten de ruimte bieden om te verbeteren op losse elementen om in een hogere tariefschaal terecht te komen, terwijl 'stapel' contracten inzetten op bredere verbetering
- Binnen de verschillende modules en treden komen uiteenlopende onderwerpen terug, die deels overeenkomen tussen verzekeraars en deels niet

Aanknopingspunt

ngspunt

Legenda: **Wel pluscontract** | **Geen pluscontract**

1) Modules (ook wel profielen of addenda genoemd) hebben afzonderlijke criteria en kunnen zonder gradatie los van elkaar gekozen en 'behaald' worden door aanbieders – binnen modules kan sprake zijn van treden (bijv.: voldoen aan 2/5 eisen geeft tariefopslag van x).
2) Stapelingen (ook wel differentievoorwaarden genoemd) bestaan uit verschillende treden met aansluitende criteria waarbij een aanbieder aan bepaalde afkapwaarden van alle criteria moet voldoen om een stap te kunnen maken naar de volgende trede
Bron: Inkoopbeleidstukken zorgverzekeraars en interviews met inkopers van zorgverzekeraars

I&V-eisen binnen pluscontracten op soortgelijke onderwerpen verschillen deels tussen zorgverzekeraars

Wijkverpleging: overzicht I&V-eisen pluscontracten[1]

Voorbeeld: binnen het criterium regiefunctie wondzorg worden vanuit zorgverzekeraars in totaal 13 additionele eisen gesteld, waarvan 9 hetzelfde doel lijken te hebben en deels overlappen; aantal zorgverzekeraars dat deze 9 eisen stelt varieert afhankelijk van de eis tussen 2 en 6

Onderwerpen pluscontracten	# eisen per zorgtype naar mate overlap	# uitvragers per eis met deels overlap	Voorbeelden I&V-eisen met deels overlap
Regiefunctie wondzorg	9 / 13	2-6	• Behandelplan (24 uur na consult vs. geen deadline) • Verantwoording (pt. tevredenheid, spec. uitkomstindicatoren) • Regionaal overleg (minimale frequentie, onderdelen)
Medische kindzorg	6 / 12	2-7	• Kwaliteitseisen (BINK, MKS, handvest Kind en Zorg) • Zorgplan (invoegen aard, omvang, duur, pedagogisch plan) • Niveau zorgverlener (min. HBO niveau 4 of 5)
Benchmark differentiatie	6 / 6	3-7	• Benchmark criteria (doelmatigheid, kwaliteit) • Doelmatigheidsindicator (uren vs. kosten per cliënt per jaar) • Meetperiode (kalenderjaar, juni t/m mei)
Palliatief terminale zorg	5 / 14	2-6	• Richtlijnen (o.a. KPZN, LESA, PaTz) • Zorgplan (invoegen aard, omvang, duur zorg en rolverdeling) • Oproepkracht (bekwaam met eisen V&VN, min. niveau 4)
Casemanagement dementie	4 / 7 3 / 13	2-6	• Eisen casemanager (opleiding casemanagement, aantal pt.) • Expertiseprofiel (V&VN en/of BPSW) • Regionaal netwerk (convenant, aanvullende afspraken)
Netwerk-ketenzorg dementie	1 / 14	2	• Eisen onderdelen netwerk (GGZ, HA, Alzheimer Nederland) • Aanspreekpunt (inhoudelijk, bestuurlijk aanspreekpunt) • Zorgplan (afspraken partijen, akkoord Alzheimer NL)
Onplanbare nachtzorg		2	• Regionale samenwerking (voortrekkersrol, samenwerking HAP, Wijk en meldkamer)
Specialistische verpleging	0 / 6	0	• -

Legenda: Deels overlap | 0% overlap | 100% overlap

Conclusie

I&V-eisen pluscontract

- Zorgverzekeraars stellen op soortgelijke onderwerpen verschillende I&V-eisen in de pluscontracten
- Dit beeld komt met name binnen onderwerpen kwaliteit en patiëntervaring naar boven

Aanknopingspunt

1) Overige modules die enkel door één zorgverzekeraar worden aangeboden zijn o.a. pgb-indicatiestelling, preventie op wijkniveau en regionale ketenzorg (allen CZ), Wijkgericht Werken (Zilveren Kruis), Zorg op Afstand (ONVZ); daarnaast stimuleren alle zorgverzekeraars (excl. DSW) thuiszorgtechnologie waarvoor een separaat aanvraagformulier/overeenkomst geldt (VGZ vraagt hier nog om aanvullende I&V-eisen)
Bron: Inkoopbeleidstukken zorgverzekeraars en interviews met inkopers van zorgverzekeraars

Binnen proceselementen verschilt frequentie contracteren en lijkt er voor aanbieders dubbel werk te zitten qua aanlevering

Wijkverpleging: overzicht proces uitvragen I&V-eisen zorgverzekeraars

Jaarlijks[1] | **M**eerjaarlijks

	ZK		VGZ		CZ		Menzis		DSW		ASR		Z&Z		ONVZ	
Frequentie	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M
Timing	Uiterlijk 11 november		Uiterlijk 31 oktober		Uiterlijk 31 oktober[3]		Uiterlijk 1 november		November		November		Uiterlijk 1 november		Uiterlijk 1 november	
Vorm en portal	A	S	H	A	S	H	A	S	H	A	S	H	A	S	H	A	S	H	A	S	H	A	S	H
	Separate invoer voor I&V-eisen Zilveren Kruis in VECOZO			Separate invoer voor I&V-eisen VGZ in VECOZO			Separate invoer voor I&V-eisen CZ in VECOZO			Separate invoer voor I&V-eisen Menzis in VECOZO			Separate invoer voor I&V-eisen DSW in VECOZO			Separate invoer voor I&V-eisen ASR in VECOZO			Separate invoer voor I&V-eisen Z&Z in VECOZO			Separate invoer voor I&V-eisen ONVZ in VECOZO		

Automatisch | **S**emiautomatisch | **H**andmatig[2]

Conclusie

Frequentie:

Contractduur verschilt tussen zorgverzekeraars – kans op uniformering door over te stappen op meerjarige contracten bij nieuw bekostigingsmodel

Aanknopingspunt

Timing:

Contracten worden bij alle zorgverzekeraars in dezelfde periode van het jaar afgesloten

Geen aanknopingspunt

Vorm/portal:

Gegevens moeten voor iedere zorgverzekeraar opnieuw ingevuld worden in VECOZO (zowel 'basis'-gegevens als data die nodig is voor specifieke contract)

Aanknopingspunt

1) Veel zorgverzekeraars bieden enkel eenjarige contracten aan, omdat een nieuw bekostigingsmodel verwacht wordt voor de wijkverpleging. 2) Automatisch: informatie wordt direct uit interne administratie zorgaanbieder gehaald, aanbieder hoeft geen aanvullende handelingen uit te voeren, Semiautomatisch: informatie wordt gemakkelijk uit interne administratie zorgaanbieder gehaald, aanbieder hoeft klein aantal aanvullende handelingen uit te voeren (bijv. batch aanleveringen), Handmatig: informatie kan niet rechtstreeks uit interne administratie zorgaanbieder gehaald worden, aanbieder moet informatie handmatig invullen.
3) Bij CZ moeten aanbieders uiterlijk 31 mei al de kwaliteitsinfo aanleveren
Bron: Inkoopbeleidstukken zorgverzekeraars en interviews met inkopers van zorgverzekeraars

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)

2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)

3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)

4. MSZ (p. 34 – 86)

5. GGZ (p. 87 – 103)

6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)

6.3 Verschillenanalyse I&V-eisen en geïdentificeerde aanknopingspunten

- **6.3.2 Farmacie – contractering**

7. Appendix (p. 189 – 274)

Thema's in het inkoopbeleid overlappen deels en worden niet consequent naar I&V-eisen vertaald – admin. impact beperkt

Farmacie: overzicht thematiek zorgverzekeraars

Themadefinities zijn geclusterd waardoor het kan zijn dat themadefinitie verschilt met de benaming in het inkoopbeleid van de desbetreffende zorgverzekeraar[1]

Thema	ZK	VGZ	CZ	Menzis	DSW	ASR	Z&Z	ONVZ
Digitale/ innovatie zorg	●	●		●		●		●
Zinnige Zorg[2]	●	●	●	●		●	●	
Samenwerking	●	●				●		●
Samen beslissen	●				●			●
Specifieke zorg[3]				●			●	
Administratieve lasten					●			●
Transparantie					●			
Arbeidsmarkt		●						
Solidariteit/ toegankelijkheid			●		●			

Legenda: Thema inkoopbeleid | Geen thema inkoopbeleid | Thema komt terug in I&V-eisen zorgverzekeraar | Thema komt niet direct terug in I&V-eisen zorgverzekeraar

Conclusie

Thema's

- Thema's die zorgverzekeraars benoemen in het inkoop-beleid zijn deels soortgelijk
- Thema's worden niet consequent vertaald naar specifieke I&V-eisen waar administratieve handelingen uit voort komen
- Daarmee heeft uniformeren van thema's beperkte prioriteit

Geen aanknopingspunt

1) Thema's zijn geïdentificeerd aan de hand van thema's/speerpunten/etc. afkomstig uit inkoopbeleidstukken en websites van zorgverzekeraars en vervolgens geclusterd – of het thema terugkomt in de I&V-eisen is gekeken naar of bepaalde I&V-eisen uit de inkoopbeleidstukken direct bijdragen aan een specifiek thema.
2) Ook Gepaste Zorg, JZOJP en Zorg Dichterbij vallen hieronder. 3) Chronische zorg (Menzis), preventie, acute zorg (Menzis en Z&Z) en ouderen zorg (Menzis en ZZ)
Bron: Inkoopbeleidstukken zorgverzekeraars, interviews met inkopers van zorgverzekeraars en overzicht en interview ONFZ

Binnen een basiscontract verschillen voorwaarden per zorgverzekeraar

Farmacie: overzicht I&V-eisen basiscontracten zorgverzekeraars

Dit zijn voorbeelden waarop de voorwaarden verschillen, maar bepaalde voorwaarden verschillen nog op aanvullende vlakken – zie ter illustratie de volgende pagina waarin dit voor 'verlengde aflevertermijn' is uitgewerkt

Categorie	Voorwaarde	ZK	VGZ	CZ	Menzis	DSW	ASR	Z&Z	ONVZ
Andere eisen op zelfde onderwerp bij allen	Verlengde aflevertermijn	Jaarrecept regeling	Jaarrecept regeling	Geen jaarrecept regeling	Jaarrecept regeling	Jaarrecept regeling	Jaarrecept regeling	Jaarrecept regeling	Geen jaarrecept regeling
	Import geneesmiddelen	Geen vergoeding transportkosten	Alleen vergoeding goedkeuring IGJ	Geen vergoeding transportkosten	Geen vergoeding transportkosten	Geen vergoeding transportkosten	Geen vergoeding transportkosten	Marktconforme transportkosten	Marktconforme transportkosten
	Vakantiemedicatie	Maximaal 6 maanden	Gebruikelijke hoeveelheid	Eén extra afleverperiode	Maximaal 6 maanden	3 maanden of 1 jaar chronisch	Gebruikelijke hoeveelheid	Maximaal 6 maanden	Gebruikelijke hoeveelheid
	Dieetpreparaten	Landelijke leverancier	Via apotheek	Landelijke leverancier	Startpakket 15 dagen	Aanvraagformulier + startpakket 14d	Aanvraagformulier + startpakket 14d	Aanvraagformulier + startpakket 14d	Aanvraagformulier + startpakket 14d
	Medische noodzaak	Afrekenen mogelijk zonder MN	Afrekenen mogelijk zonder MN	Afrekenen mogelijk zonder MN	Afrekenen mogelijk zonder MN	Afrekenen mogelijk zonder MN	Afrekenen mogelijk zonder MN	Niet mogelijk zonder MN	Afrekenen mogelijk zonder MN
Andere eisen op zelfde onderwerp bij sommigen	Preferentie	Andere meetmethode[1]	Andere meetmethode[1]	Andere meetmethode[1]	Andere meetmethode[1]		Andere meetmethode[1]	Andere meetmethode[1]	
	Doorgeleverde bereiding (LPG)	Verschillende lerenanciers[2]		Verschillende lerenanciers[2]	Verschillende lerenanciers[2]		Verschillende lerenanciers[2]	Verschillende lerenanciers[2]	Verschillende lerenanciers[2]
	Terhandstelling begeleidingsgesprek	Max. 1x per jaar per geneesmiddel	Apotheek doet ook gesprek 2e uitgifte	Mantelzorger ook informeren	Nvt bij eerder gebruik > 12 mnd[3]				
	Medicatiebeoordeling	Niet eigen risico	Eigen risico	Eigen risico	Niet eigen risico		Eigen risico	Niet eigen risico	Niet eigen risico
	Weekterhandstelling	> 70%			> 60%		> 80%	> 70%	
Eisen over andere zaken	Overige eisen			+16	+20	+11	+12	+6	

I&V-eisen die door sommige zorgverzekeraars in de basiscontractering zitten zijn door andere zorgverzekeraars in de pluscontractering opgenomen (bijv. VGZ, CZ en Menzis hebben eisen rondom weekterhandstelling en preferentiegraad in de pluscontractering)

Een aantal zorgverzekeraars noemt bepaalde standaardvoorwaarden specifiek in inkoopbeleid (bijv. BIG, geen fraude, etc.)

Definities van o.a. multi-source middelen, single-source middelen, grootverpakkingen verschillen ook tussen zorgverzekeraars

Legenda: **Wel I&V-eis basiscontract** | **Geen I&V-eis basiscontract**

Conclusie

I&V-eisen basiscontract

- Verschillen in voorwaarden tussen zorgverzekeraars zitten met name in:
- definitie van een eis (incl. rekenmethode)
- of een eis terugkomt
- op welke manier een eis terugkomt

Aanknopingspunt

1) Meest gangbare rekenmethode is a.d.h.v. DDD's, maar sommige gebruiken schadelast of middelen in stuks – daarnaast verschillen o.a. ook de meetperiode, minimale preferentiegraad, preferente middelen tussen zorgverzekeraars, gebruik medische noodzaak, etc.. 2) Zorgverzekeraars kijken naar verschillende middelen/producten en de leveranciers, waar overlap, maar ook verschillen tussen zitten (bijv. Pharmaline en CEBAN worden door meerdere genoemd in tegenstelling tot DobFar en Pharma Assist enkel door Z&Z). 3) Dit geldt voor hooikoortsmiddelen, anticonceptie en terugkerende antibioticakuren en stootkuren
Bron: Inkoopbeleidstukken zorgverzekeraars, interviews met inkopers van zorgverzekeraars en overzicht en interview ONFZ

Voorbeeld: zorgverzekeraars hanteren verschillen rondom ‘verlengde aflevertermijn’

Farmacie: voorbeeld verlengde aflevertermijn

Eis	ZK	VGZ	CZ	Menzis	DSW	ASR	Z&Z	ONVZ
Eerste uitgifte	Max. voor 15 dagen of kleinste HVP	Max. voor 15 dagen of kleinste HVP; bij meer dan €1.000 altijd EU 15 dagen	Max. voor 15 dagen of kleinste HVP; max 15 dagen antib./chemo	Max. voor 15 dagen of kleinste HVP; max 15 dagen antib./chemo; EU vloeib. gnm.: kleinste HVP	Max. voor 15 dagen of kleinste HVP; max 15 dagen antib./chemo	Max. voor 15 dagen of kleinste HVP	Max. voor 15 dagen of kleinste HVP	Max. voor 15 dagen of kleinste HVP; max 15 dagen antib./cytos.
Opiaten				Zo min mogelijk kortwerkende opiaten, vanaf TU bij toename en > 30 dagen contact				
Benzodiazepines				EU 15 dagen, VU 1 maand			1 maand	1 maand
Palliatieve fase	15 dagen			2 weken	15 dagen	15 dagen	15 dagen	
Maximale aflevertermijn chronische medicatie	3 maanden 3 mnd – 1 jr multi-source	3 maanden – 1 jaar	3 maanden	3 mnd, 3 – 6 mnd chronische medicatie[1]	3 mnd – 1 jaar, insuline 1 jaar	3 mnd – 1 jaar, insuline 1 jaar	3 mnd – jaar (na min. 6 mnd gebruik)	3 maanden
OAC	OAC 1 jaar	OAC EU 3 maanden, daarna 1 jaar	OAC EU 3 maanden, daarna 1 jaar	OAC EU 3 maanden, daarna 1 jaar	OAC 1 jaar	OAC 1 jaar	OAC EU 3 maanden, daarna 1 jaar	OAC 1 jaar
Bedrag per maand onder definitie duur	€1.000	€1.000 excl. btw	€1.000 incl. btw	€1.000	€500	€1.000	€1.000 incl. btw	€1.000
Maximale aflevertermijn dure geneesmiddelen	1 maand Na instelperiode van 6 mnd: 3 mdn	Bij EU 15 dagen Na instelperiode van 6 mnd: 3 mdn	1 maand Na instelperiode van 6 mnd: 3 mdn	1 maand Na instelperiode van 3 mnd: 3 mnd	1 maand Na instelperiode van 6 mnd: 3 mdn	1 maand Na instelperiode van 6 mnd: 3 mdn	1 maand tenzij toestemming voor langer; HIV 3 mnd	1 maand Na instelperiode van 6 mnd: 3 mnd
Jaarrecept regeling	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
Knippen toegestaan?	27 DDD < €500,- Wens klant (en medisch verantwoord)	Bij splitsen van voorschrift binnen prescriptieregeling: slechts 1x WMG rekenen	Alleen indien grootte of houdbaarheid verpakking aanleiding geeft	Alleen indien voorschrift prescriptieregeling Menzis overschrijdt of bij afwijkende NZa regeling		Bij splitsen van voorschrift binnen prescriptieregeling: slechts 1x WMG rekenen	Levering o.b.v. voorschrift en behoefte patiënt en of datum (vervolg)consult.	Levering o.b.v. voorschrift en behoefte patiënt en of datum (vervolg)consult; splitsen 1x WMG rekenen

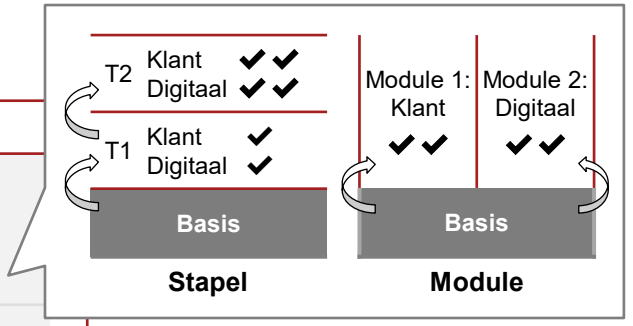
Legenda: **Eis met een afwijkende invulling** | **Eis met een gelijke invulling**

Bron: Inkoopbeleidstukken zorgverzekeraars, interviews met inkopers van zorgverzekeraars en overzicht en interview ONFZ

Opzet pluscontracten spoort aanbieders aan om te verbeteren op meerdere of juist een beperkt aantal onderwerpen

Farmacie: overzicht structuur pluscontracten zorgverzekeraars

Pluscontract	ZK	VGZ	CZ	Menzis	DSW	ASR[1]	Z&Z	ONVZ
Mechanisme	Module[2]	Stapel[3]	Stapel[3]	Stapel[3]	-	-	Module[2]	-
Uitwerking	Basis + 2 kwaliteits-niveau's + 3 modules	Basis + 4 treden	Basis + 4 treden	Basis + 2 treden	Basis	Basis	Basis + 1 module	Basis
	3-10 voorwaarden per module	7 voorwaarden per trede	5 voorwaarden per trede	9-16 voorwaarden per trede	-	-	?	-
Onderwerpen modules/treden	Elke module heeft een eigen onderwerp: patiënt-ervaring, kijksluiter en service-aspecten	Stapels hebben de volgende onderwerpen: doelmatigheid en patiëntervaring	Stapels hebben de volgende onderwerpen: doelmatigheid, patiëntervaring kijksluiter/kijk-gesprek	Stapels hebben de volgende onderwerpen: doelmatigheid, kijksluiter en patiëntervaring	-	-	?	-



Conclusie

Structuur pluscontracten

- Zorgverzekeraars werken met verschillende typen pluscontracten, waarbij 'module' contracten de ruimte bieden om te verbeteren op losse elementen om in een hogere tariefschaal terecht te komen, terwijl 'stapel' contracten inzetten op bredere verbetering
- Binnen de verschillende modules en treden komen uiteenlopende onderwerpen terug, die deels overeenkomen tussen verzekeraars en deels niet

Aanknopingspunt

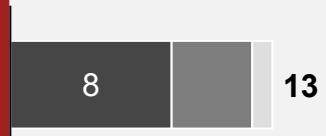
Legenda: **Wel pluscontract** | **Geen pluscontract**

1) ASR differentieert wel in de terhandstellingskosten o.b.v. preferentiegraad, substitutiegraad en verhouding wekelijkse/meerwekelijks leveren.
2) Modules (ook wel profielen of addenda genoemd) hebben afzonderlijke criteria en kunnen zonder gradatie los van elkaar gekozen en 'behaald' worden door aanbieders – binnen modules kan sprake zijn van treden (bijv.: voldoen aan 2/5 eisen geeft tariefopslag van x).
3) Stapelingen (ook wel differentievoorwaarden genoemd) bestaan uit verschillende treden met aansluitende criteria waarbij een aanbieder aan bepaalde afkapwaarden van alle criteria moet voldoen om een stap te kunnen maken naar de volgende trede.
Bron: Inkoopbeleidstukken zorgverzekeraars, interviews met inkopers van zorgverzekeraars en overzicht en interview ONFZ

I&V-eisen binnen pluscontracten op soortgelijke onderwerpen verschillen deels tussen zorgverzekeraars

Farmacie: overzicht I&V-eisen pluscontracten

Voorbeeld: binnen het criterium doelmatigheid worden vanuit zorgverzekeraars in totaal 13 additionele eisen gesteld, waarvan acht hetzelfde doel lijken te hebben en deels overlappen; aantal zorgverzekeraars dat deze acht eisen stelt varieert afhankelijk van de eis tussen 2 en 4

Onderwerpen pluscontracten	# eisen per zorgtype naar mate overlap	# uitvragers per eis met deels overlap	Voorbeelden I&V-eisen met deels overlap
Doelmatigheid		2-4	• Indicator WTH (tweewekelijks vs. meerwekelijks) • Minimale percentages WTH • Minimale preferentiegraad • Meetperiode preferentiegraad • Substitutie (inhalatie en/of insuline)
Onderzoek patiëntervaring		2-5	• Type onderzoek (PREM farmacie, CQi of gelijkwaardig onderzoek, (puntentoekenning) specifieke vragen) • Minimale schaal (min. 70 vs. min. 80 ingevulde vragenlijsten) • Minimale score (beste 60% vs. minimaal gemiddelde)
Service		2-3	• Kijksluiter account (bijv. abonnement, full service account) • Ruimere openingstijden (bijv. minimaal 50 uur per week vs. minimaal 3 uur per week buiten kantooruren)
Kwaliteit		2	• Prescriptie indicatoren (verschillende geselecteerde indicatoren)

Legenda: Deels overlap | 0% overlap | 100% overlap

Conclusie

Pluscontracten – I&V-eisen

- Zorgverzekeraars stellen op soortgelijke onderwerpen verschillende I&V-eisen in de pluscontracten
- Dit beeld komt met name binnen onderwerpen kwaliteit en patiëntervaring naar boven

Aanknopingspunt

Bron: Inkoopbeleidstukken zorgverzekeraars, interviews met inkopers van zorgverzekeraars en overzicht en interview ONFZ

Binnen proceselementen verschilt frequentie contracteren en het moment wanneer een collectief zich moet aanmelden

Farmacie: overzicht proces uitvragen I&V-eisen zorgverzekeraars

Het merendeel van de apotheken is aangesloten bij een collectief. Zorgverzekeraars vragen apotheken om zich vooraf aan te melden voor een bepaalde datum.[1]

		ZK	VGZ	CZ	Menzis	DSW	ASR	Z&Z	ONVZ
Aanmelden collectief	**Timing**	?	?	1 augustus	1 juni	1 september	1 oktober	1 augustus	1 september
	Frequentie	J M	J M	J M	J M	J M	J M	J M	J M
Contractering (**J**aarlijks | **M**eerjaarlijks)	**Timing**	Oktober/ november	1 november	12 november	1 november	Oktober/ november	1 november	Oktober/ november	Oktober/ november
		A S H	A S H	A S H	A S H	A S H	A S H	A S H	A S H
	Vorm en portal	ZK Zorgverlener sportaal (incidenteel, normaal via VECOZO	Separate contractering VGZ in VECOZO	Separate contractering CZ in VECOZO	Separate contractering Menzis in VECOZO	Separate contractering DSW in VECOZO	Separate contractering ASR in VECOZO	Separate contractering Z&Z in VECOZO	Separate contractering ONVZ in VECOZO

Automatisch | **S**emiautomatisch | **H**andmatig[2]

Conclusie

Frequentie:
Specifieke contractduur verschilt voor zorgverzekeraars afhankelijk van de specifieke maatwerkafspraken die zorgverzekeraars maken met apothekerscollectieven

Aanknopingspunt

Timing:
Contracten worden bij alle zorgverzekeraars in dezelfde periode van het jaar afgesloten – echter verschilt de timing voor het aanmelden van een collectief

Geen aanknopingspunt

Vorm/portal:
Zorgverzekeraars halen zelf alle informatie op – aanbieders hoeven alleen contract te ondertekenen in VECOZO

Aanknopingspunt

1) Apothekerscollectieven onderhandelen met zorgverzekeraars over aanvullende afspraken – collectief vraagt ook info uit bij de apotheken waarbij een overeenkomst getekend moet worden (vervolgens verschijnt contract met zorgverzekeraar in VECOZO waarbij apotheek alleen nog maar hoeft te ondertekenen). 2) Automatisch: informatie wordt direct uit interne administratie zorgaanbieder gehaald, aanbieder hoeft geen aanvullende handelingen uit te voeren, Semiautomatisch: informatie wordt gemakkelijk uit interne administratie zorgaanbieder gehaald, aanbieder hoeft klein aantal aanvullende handelingen uit te voeren (bijv. batch aanleveringen), Handmatig: informatie kan niet rechtstreeks uit interne administratie zorgaanbieder gehaald worden, aanbieder moet informatie handmatig invullen.
Bron: Inkoopbeleidstukken zorgverzekeraars, interviews met inkopers van zorgverzekeraars en overzicht en interview ONFZ

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)

2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)

3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)

4. MSZ (p. 34 – 86)

5. GGZ (p. 87 – 103)

6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)

6.3 Verschillenanalyse I&V-eisen en geïdentificeerde aanknopingspunten

- **6.3.3 Fysiotherapie – contractering**

7. Appendix (p. 189 – 274)

Thema's in het inkoopbeleid overlappen deels en worden niet consequent naar I&V-eisen vertaald – admin. impact beperkt

Fysiotherapie: overzicht thematiek zorgverzekeraars

Themadefinities zijn geclusterd waardoor het kan zijn dat themadefinitie verschilt met de benaming in het inkoopbeleid van de desbetreffende zorgverzekeraar[1]

Thema	ZK	VGZ	CZ	Menzis	DSW	ASR	Z&Z	ONVZ
Digitale/ innovatie zorg	●	●	●	●		●	●	●
Samenwerking	●	●	●			●	●	●
Zinnige Zorg[2]	●	●		●		●	●	●
Samen beslissen	●				●			●
Transparantie			●		●			
Arbeidsmarkt		●						
Specifieke zorg[3]				●				
Solidariteit					●			

Legenda: Thema inkoopbeleid | Geen thema inkoopbeleid | Thema komt terug in I&V-eisen zorgverzekeraar | Thema komt niet direct terug in I&V-eisen zorgverzekeraar

Conclusie

Thema's

- Thema's die zorgverzekeraars benoemen in het inkoop-beleid zijn deels soortgelijk
- Thema's worden niet consequent vertaald naar specifieke I&V-eisen waar administratieve handelingen uit voort komen
- Daarmee heeft uniformeren van thema's beperkte prioriteit

Geen aanknopingspunt

1) Thema's zijn geïdentificeerd aan de hand van thema's/speerpunten/etc. afkomstig uit inkoopbeleidstukken en websites van zorgverzekeraars en vervolgens geclusterd – of het thema terugkomt in de I&V-eisen is gekeken naar of bepaalde I&V-eisen uit de inkoopbeleidstukken direct bijdragen aan een specifiek thema.
2) Ook Gepaste Zorg, JZOJP en Zorg Dichterbij vallen onder dit cluster. 3) Acute, chronische en ouderen zorg en preventie
Bron: Inkoopbeleidstukken zorgverzekeraars en interviews met inkopers van zorgverzekeraars

Om een basiscontract te krijgen moeten fysiotherapeuten voldoen aan eisen, die per zorgverzekeraar verschillen

Fysiotherapie: overzicht I&V-eisen basiscontracten zorgverzekeraars

Mechanisme omtrent de basiscontractering is vergelijkbaar tussen zorgverzekeraars: je kunt een overeenkomst krijgen wanneer je aan alle basisvoorwaarden voldoet[1]

Categorie	Voorwaarde	ZK	VGZ	CZ	Menzis	DSW	ASR	Z&Z	ONVZ
Zelfde eisen bij allen	BIG registratie								
	KRF/SFK registratie								
Zelfde eisen bij sommigen	Eisen beroepsgroep								
	Wet- en regelgeving								
	Certificaat VECOZO								
	Verb. Zorg KRF/SFK								
Andere eisen op zelfde onderwerp bij sommigen	Locatie eisen	Door beroepsgroep gespecificeerd		Door CZ gespecificeerd	Door beroepsgroep gespecificeerd		Door beroepsgroep gespecificeerd	Door beroepsgroep gespecificeerd	Door beroepsgroep gespecificeerd
	Behandelindex		Meer dan 150 = geen contract	Meer dan 150 = geen contract	Meer dan 150 = verbeterplan				
	Maximale wachttijd			4 dagen			5 dagen	5 dagen	5 dagen
	Eigen website				Verschillende eisen[2]			Verschillende eisen[2]	
	Elektronisch dossier				EFV[3]			EPD	EPD
	Klantervaring PREMS	PREMS + verbeterdoelen		PREMS + meetbureau	PREMS				
Eisen over andere zaken	Overige eisen	+1		+1	+14		+1		

Legenda: **Wel I&V-eis basiscontract** | **Geen I&V-eis basiscontract**

I&V-eisen die door sommige zorgverzekeraars in de basiscontractering zitten zijn door andere zorgverzekeraars in de pluscontractering opgenomen (bijv. Zorg en Zekerheid vraagt om een klantervaring onderzoek in de pluscontractering)

Conclusie

I&V-eisen basiscontract

- Zorgverzekeraars stellen deels dezelfde, en deels andere eisen aan fysiotherapeuten om in aanmerking te komen voor basiscontract
- Verschillen in:
  - of een eis terugkomt
  - op welke manier een eis terugkomt
- Aantal eisen dat bij één partij terugkomt is beperkt (m.u.v. Menzis)

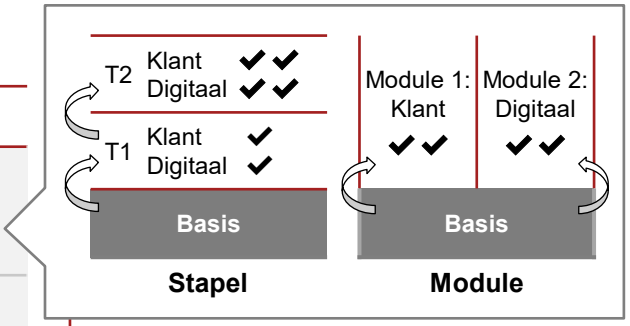
Aanknopingspunt

1) Sommige zorgverzekeraars stellen wel additionele eisen voor nieuwe aanbieders bovenop de algemene basisvoorwaarden. 2) Menzis vraagt om behandellocaties, openingstijden, bereikbaarheid, wachttijden en patiëntinformatie; Z&Z vraagt om namen zorgaanbieders praktijk, de geboden verbijzonderingen en de klachtenregeling. 3) Elektronische Fysiotherapeutische Verslaglegging
Bron: Inkoopbeleidstukken zorgverzekeraars en interviews met inkopers van zorgverzekeraars

Opzet pluscontracten spoort aanbieders aan om te verbeteren op meerdere of juist een beperkt aantal onderwerpen

Fysiotherapie: overzicht structuur pluscontracten zorgverzekeraars

Pluscontract	ZK	VGZ	CZ	Menzis	DSW	ASR	Z&Z	ONVZ
Mechanisme	Module[1]	Stapel[2]	Module[1]	Module[1]	-	-	Stapel[2]	-
Uitwerking	Basis + 3 modules	Basis + 3 treden	Basis + 5 modules	Basis + 1 module	Basis	Basis	Basis + 2 tredes	Basis
	1-13 voorwaarden per module	1-2 voorwaarden per trede	2-10 voorwaarden per module	9 voorwaarden in module	-	-	6 voorwaarden per trede	-
Onderwerpen modules/treden	Elke module heeft meerdere onderwerpen: doelmatigheid, MDS, intervisie, samenwerking en patiëntervaring	Stapels hebben de volgende onderwerpen: doelmatigheid en Good Practices	Elke module eigen onderwerp: doelmatigheid, MDS, intervisie, transparantie en patiëntervaring	Meerdere onderwerpen in 1 module: doelmatigheid, verbijz. zorg, intervisie, patiëntervaring en samenwerking			Stapels hebben de volgende onderwerpen: doelmatigheid, verbijz. zorg, patiëntervaring en samenwerking	



Conclusie

Structuur pluscontracten

- Zorgverzekeraars werken met verschillende typen pluscontracten, waarbij ‘module’ contracten de ruimte bieden om te verbeteren op losse elementen om in een hogere tariefschaal terecht te komen terwijl ‘stapel’ contracten inzetten op bredere verbetering
- Binnen de verschillende modules en treden komen uiteenlopende onderwerpen terug, die deels overeenkomen tussen verzekeraars en deels niet

Aanknopingspunt

Legenda: **Wel pluscontract** | **Geen pluscontract**

1) Modules (ook wel profielen of addenda genoemd) hebben afzonderlijke criteria en kunnen zonder gradatie los van elkaar gekozen en ‘behaald’ worden door aanbieders – binnen modules kan sprake zijn van treden (bijv.: voldoen aan 2/5 eisen geeft tariefopslag van x).
2) Stapelingen (ook wel differentievoorwaarden genoemd) bestaan uit verschillende treden met aansluitende criteria waarbij een aanbieder aan bepaalde afkapwaarden van alle criteria moet voldoen om een stap te kunnen maken naar de volgende trede.
Bron: Inkoopbeleidstukken zorgverzekeraars en interviews met inkopers van zorgverzekeraars

I&V-eisen binnen pluscontracten op soortgelijke onderwerpen verschillen deels tussen zorgverzekeraars

Fysiotherapie: overzicht I&V-eisen pluscontracten[1]

Voorbeeld: binnen het criterium kwaliteit worden vanuit zorgverzekeraars in totaal acht additionele eisen gesteld, waarvan vijf hetzelfde doel lijken te hebben en deels overlappen; aantal zorgverzekeraars dat deze vijf eisen stelt varieert afhankelijk van de eis tussen 2 en 4

Onderwerpen pluscontracten	# eisen per zorgtype naar mate overlap	# uitvragers per eis met deels overlap	Voorbeelden I&V-eisen met deels overlap
Kwaliteit	5 / 8	2-4	• Verbijzonderde zorg (bijv. minimaal aantal per praktijk) • MDS (bijv. COPD en/of lage rugpijn, minimale schaal) • Intercollegiale sessies (bijv. intervisie, peer review, visitatie)
Onderzoek patiëntervaring	3 / 4	4	• Klantonderzoek (bijv. vrije keuze, PREM) • Gecertificeerd meetbureau (bijv. ZorgDNA, Qualiview, etc.) • Data deling (bijv. ZorgPrisma, Significant, Zorgkaart NL, etc.)
Samenwerking	2 / 2	3	• Samenwerking met aanbieders (bijv. MDO, schriftelijke samenwerkings- en substitutieafspraak) • Minimaal aantal jaar al overeenkomst met zorgverzekeraar
Selectieve inkoop	1 / 6	2	• Zilveren Kruis vraagt voor COPD om scholing bij KNGF/SKF en inschrijving bij een COPD netwerk (om in aanmerking te komen voor een plusmodule en Menzis om registratie bij Chronisch ZorgNet
Doelmatigheid	1 / 2	5	• Behandelindex (bijv. afkapwaarden voor modules, minimaal aantal jaar declaraties, etc.)

Legenda: Deels overlap | 0% overlap | 100% overlap

Conclusie

Pluscontracten – I&V-eisen

- Zorgverzekeraars stellen op soortgelijke onderwerpen verschillende I&V-eisen in de pluscontracten
- Dit beeld komt met name binnen onderwerpen kwaliteit en patiëntervaring naar boven

Aanknopingspunt

1) Afzonderlijke I&V-eisen die opgenomen in de verschillende stapels/modules van de zorgverzekeraars zijn onderling vergeleken op basis van de mate van overlap – vervolgens zijn deze geclusterd in een vijftal onderwerpen
Bron: Inkoopbeleidstukken zorgverzekeraars en interviews met inkopers van zorgverzekeraars

Binnen proceselementen verschilt frequentie contracteren en lijkt er voor aanbieders dubbel werk te zitten qua aanlevering

Fysiotherapie: overzicht proces uitvragen I&V-eisen zorgverzekeraars

1 = jaarlijks
2 = tweejaarlijks
3 = driejaarlijks

	ZK			VGZ			CZ			Menzis			DSW			ASR			Z&Z			ONVZ		
Frequentie	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Timing	Uiterlijk 10 november			Uiterlijk 7 november			Uiterlijk 7 november[2]			Uiterlijk 10 november			Uiterlijk 12 november			Oktober/ november			1 november			November		
Vorm en portal	A	S	H	A	S	H	A	S	H	A	S	H	A	S	H	A	S	H	A	S	H	A	S	H
	Separate invoer voor I&V-eisen Zilveren Kruis in VECOZO			Separate invoer voor I&V-eisen VGZ in VECOZO			Separate invoer voor I&V-eisen CZ in VECOZO			Separate invoer voor I&V-eisen Menzis in VECOZO			Separate invoer voor I&V-eisen DSW in VECOZO			Separate invoer voor I&V-eisen ASR in VECOZO			Separate invoer voor I&V-eisen Z&Z in VECOZO			Separate invoer voor I&V-eisen ONVZ in VECOZO		

Automatisch | **S**emiautomatisch | **H**andmatig[1]

Conclusie

Frequentie:
Contractduur verschilt tussen zorgverzekeraars – kans op uniformering door over te stappen op driejarige contracten

Aanknopingspunt

Timing:
Contracten worden bij alle zorgverzekeraars in dezelfde periode van het jaar afgesloten

Geen aanknopingspunt

Vorm/portal:
Gegevens moeten voor iedere zorgverzekeraar opnieuw ingevuld worden in VECOZO (zowel 'basis'-gegevens als data die nodig is voor specifieke contract)

Aanknopingspunt

1) Automatisch: informatie wordt direct uit interne administratie zorgaanbieder gehaald, aanbieder hoeft geen aanvullende handelingen uit te voeren, Semiautomatisch: informatie wordt gemakkelijk uit interne administratie zorgaanbieder gehaald, aanbieder hoeft klein aantal aanvullende handelingen uit te voeren (bijv. batch aanleveringen), Handmatig: informatie kan niet rechtstreeks uit interne administratie zorgaanbieder gehaald worden, aanbieder moet informatie handmatig invullen. 2) Bij CZ kun je tussentijds bij modules instromen, deadline hiervoor is 31 december.
Bron: Inkoopbeleidstukken zorgverzekeraars en interviews met inkopers van zorgverzekeraars

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)

2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)

3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)

4. MSZ (p. 34 – 86)

5. GGZ (p. 87 – 103)

6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)

6.3 Verschillenanalyse I&V-eisen en geïdentificeerde aanknopingspunten

- **6.3.4 Huisartsenzorg – contractering**

7. Appendix (p. 189 – 274)

Door het volgbeleid kunnen huisartsen het contract van hun preferente zorgverzekeraar ook met anderen sluiten

Introductie volgbeleid

- De zorgverzekeraar met de meeste verzekerden in regio neemt de leiding om met huisartsen contracten af te sluiten, dit is de preferente zorgverzekeraar. Deze zorgverzekeraar biedt aan alle huisartsen in zijn “werkgebied” een gelijksoortig contract aan. Als de huisarts dit aanbod aanvaardt, kunnen zij ervoor kiezen ditzelfde contract ook aan te bieden aan de overige zorgverzekeraars. De overige zorgverzekeraars nemen dit dan meestal één-op-één over[1].
- In Nederland is het m.b.t. de HA-zorg vrijwel altijd duidelijk wie de preferente zorgverzekeraar is en wie de ‘volgers’ zijn in een regio. De uitzondering hierop is regio Noord-Brabant, waar het minder duidelijk is of CZ of VGZ de preferente zorgverzekeraar is. Voor deze zorgverzekeraars is een verschilanalyse uitgevoerd op het inkoopbeleid.
- Het volgbeleid bij de huisartsenzorg heeft geen negatief gevolg voor preferentiebeleid in farmacie omdat HA geneesmiddelen voorschrijven op stofnaam, niet op merk. Uitzonderingen hierop zijn situaties waarin huisartsen:
  - Medische noodzaak toepassen omdat zij vinden dat een patiënt een specifiek merk moet hebben; of
  - Hulpmiddelen op merk voorschrijven zoals puffers.

1) https://www.lhv.nl/thema/praktijkzaken/declareren-en-tarieven/contractering/contracteervrijheid/

DEFINITIEF CONCEPT

Om een basiscontract te krijgen moeten huisartsen voldoen aan bepaalde eisen, die voor VGZ/CZ vergelijkbaar zijn

Huisartsenzorg: overzicht I&V-eisen basiscontracten VGZ en CZ

Mechanisme omtrent de basiscontractering is vergelijkbaar tussen zorgverzekeraars: je kunt een overeenkomst krijgen wanneer je aan alle basisvoorwaarden voldoet[1]

Categorie	Voorwaarde	VGZ	CZ
Zelfde eisen op zelfde onderwerp	AGB code		Zowel individueel als praktijk
Eis gesteld door één van de twee	Praktijk zit in voor zorgverzekeraar preferent gebied		Niet benoemd maar vanzelfsprekend
	VECOZO-certificaat		Niet benoemd maar vanzelfsprekend
	Ingevulde vragenlijst VECOZO		
	BIG registratie	Niet benoemd maar vanzelfsprekend	
	Waarneemregeling	Niet benoemd maar vanzelfsprekend	

Conclusie

I&V-eisen basiscontract

- Zorgverzekeraars stellen vergelijkbare eisen aan huisartsen om in aanmerking te komen voor basiscontract
- Eisen die VGZ/CZ wel noemt, maar de ander niet zijn ook voor de ander vanzelfsprekend (m.u.v. VECOZO vragenlijst)

Geen aanknopingspunt

Legenda: **Wel I&V-eis basiscontract** | **Geen I&V-eis basiscontract**

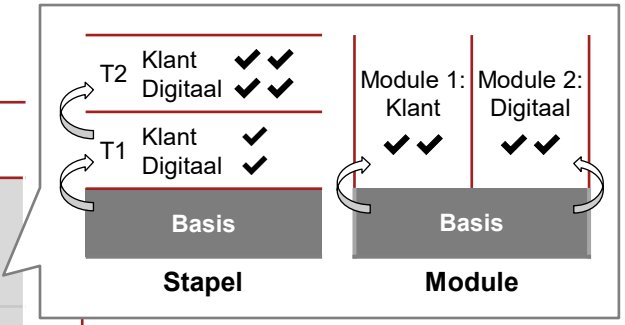
Bron: Inkoopbeleidsstukken zorgverzekeraars en interviews met inkopers van zorgverzekeraars

DEFINITIEF CONCEPT

In hun pluscontracten bieden VGZ en CZ huisartsen allebei meerdere modules aan

Huisartsenzorg: overzicht structuur pluscontracten VGZ en CZ

Pluscontract	VGZ	CZ
Mechanisme	Modules	Modules
Uitwerking	Huisartsen komen in aanmerking voor negen aanvullende prestaties	Huisartsen komen in aanmerking voor 13 aanvullende prestaties verdeeld over zes onderwerpen
Onderwerpen modules/treden	• POH GGZ • Zorg voor kwetsbare ouderen • Service en bereikbaarheid • Doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen • Diagnostiek en kwaliteit • Zorgvernieuwing • Stoppen met roken • Regionale prestatie • Praktijkmanagement	• Vermindering werkdruk en meer tijd voor de patiënt • Stimuleren samenwerking en juiste zorg op de juiste plek • Kwaliteit • Doelmatigheid • POH GGZ • Ontsluiten patiëntgegevens uit de eerstelijnszorg in Nederland



Conclusie

Structuur pluscontract

- Zorgverzekeraars werken met hetzelfde type pluscontract (modules)
- Binnen de verschillende modules komen uiteenlopende onderwerpen terug, die deels overeenkomen tussen zorgverzekeraars en deels niet

Aanknopingspunt

Legenda: **Wel pluscontract** | **Geen pluscontract**

Bron: Inkoopbeleidsstukken zorgverzekeraars en interviews met inkopers van zorgverzekeraars

I&V-eisen binnen pluscontracten op soortgelijke onderwerpen verschillen deels tussen VGZ en CZ

Huisartsenzorg: overzicht I&V-eisen pluscontracten[1]

Onderwerpen pluscontracten	# eisen per zorgtype naar mate overlap	Voorbeelden I&V-eisen met deels overlap	Voorbeelden I&V-eisen met o% overlap
POH GGZ	1	N.v.t	N.v.t
(Digitale) Toegankelijkheid	7 2 9	N.v.t.	• Aanbieden van e-consulten • Online inzien van laboratoriumuitslagen
Doelmatigheid	2 2 5	• Metingsperiode (slechts bij één partij genoemd maar niet uitgesloten dan andere partij dezelfde periode hanteert)	• Formularium gericht voorschrijven bij longmedicatie • Deelname aan Diagnostisch Toets overleg
Kwaliteit	4		• Intercollegiale terugkoppeling en digitaal aanvragen van diagnostiek • Gebruik beslissingsondersteunend instrument
Samenwerking	3		• Regionale prestaties met pijlers, overeenkomst, mandaat, en invulling • Samenwerking voor kwetsbare groepen
Praktijkmanagement	4 8 1 13	• Opleidingseisen van praktijkmanager • Maximale vergoeding per normpraktijk (in uren)	• Trend in hoeveelheid patiëntgebonden tijd van zorgaanbieder • Uitvoering van praktijkscan
Overig[2]	13		

Legenda: Deels overlap | 0% overlap | 100% overlap

Conclusie

I&V-eisen pluscontract

- Zorgverzekeraars stellen op soortgelijke onderwerpen verschillende I&V-eisen in de pluscontracten
- Dit beeld komt in alle thema's (m.u.v. POH GGZ) naar boven

Aanknopingspunt

1) Voorwaarden zijn meegenomen in de berekening, met uitzondering van uitwerking van de eis. Bijv. Mogelijkheid Vergoeding Diagnostisch Toetsoverleg (DTO) meegenomen als één eis. Uitwerkingsvoorwaarden (modus, inhoud, etc.) zijn niet meegeteld als losse eisen.
2) Zorg voor kwetsbare ouderen, zorgvernieuwing, stoppen met roken, meer tijd voor de patiënt.
Bron: Inkoopbeleidsstukken zorgverzekeraars en interviews met inkopers van zorgverzekeraars

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)

2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)

3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)

4. MSZ (p. 34 – 86)

5. GGZ (p. 87 – 103)

6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)

6.3 Verschillenanalyse I&V-eisen en geïdentificeerde aanknopingspunten

- **6.3.5 Materiële controles**

7. Appendix (p. 189 – 274)

Om transparantie en uniformiteit te bevorderen, hebben de zorgverzekeraars een protocol materiële controles opgesteld

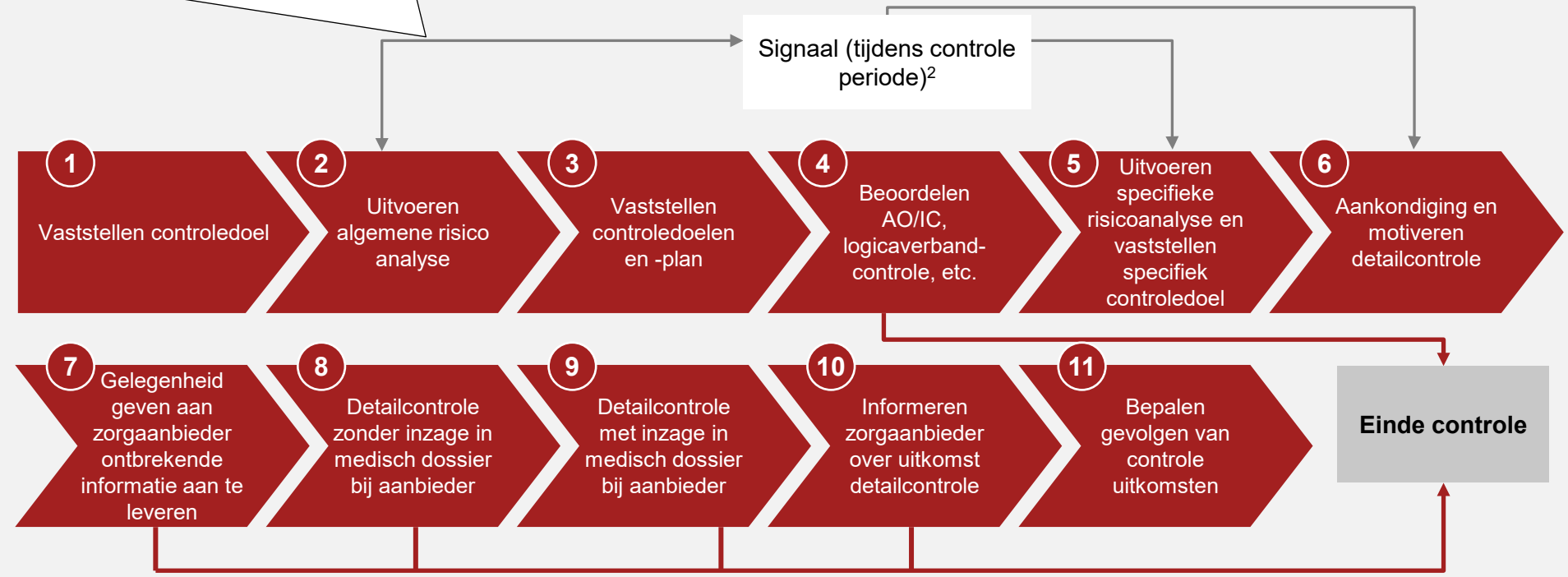
Doel materiële controle[1]

Rechtmatigheid: is de in rekening gebrachte zorg verleend?

Doelmatigheid: is de geleverde zorg passend, gelet op de toestand van de patiënt?

Protocol materiële controle[1]

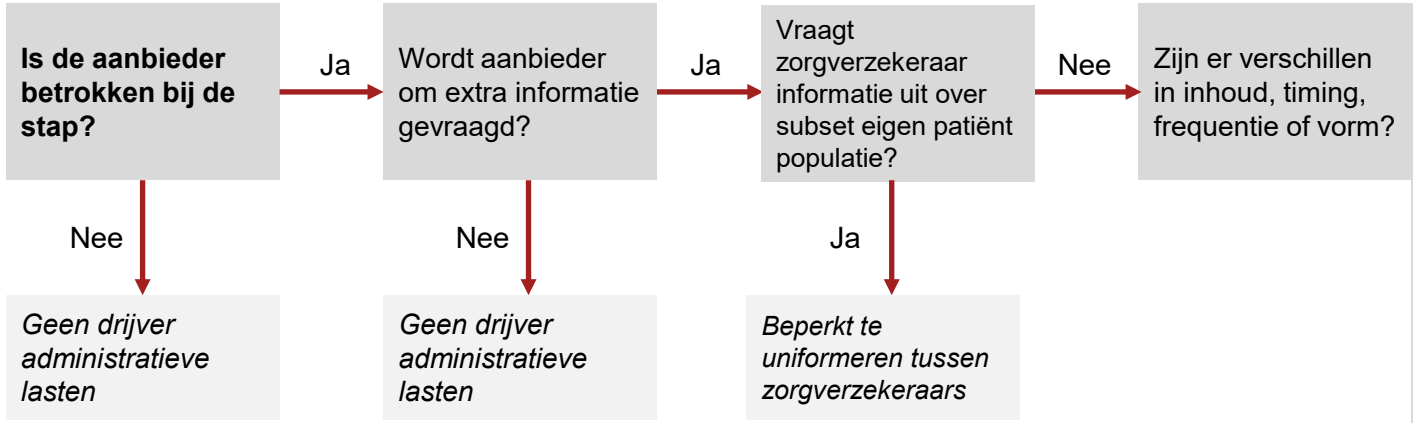
Dit protocol wordt in alle sectoren gebruikt; ondanks nuance verschillen is de uitvoering rondom materiële controles over de sectoren heen vergelijkbaar



1) ZN, Protocol Materiële controle,
2) Signaal kan zowel intern (vanuit de algemene risicoanalyse) als extern (leidend nog een nieuwe risicoanalyse) opkomen.

Potentieel is bepaald door op processtappen die leiden tot administratieve last bij aanbieder verschillen te identificeren

Analyseraamwerk materiële controle



Drijver	Scenario	Potentieel
Inhoud *binnen (soort-) gelijk onderwerp*	0% overlap	Ja[1]
	Deels overlap	
	100% overlap	Nee
Timing	Ander moment	Ja[1]
	Zelfde moment	Nee
Frequentie	Andere frequentie	Ja[1]
	Zelfde frequentie	Nee
Vorm	Repetitief in zelfde portal (VECOZO)	Ja[1]
	Verschillende portals	
	Handmatig of semiautomatische omzetting van bron naar rapportagedata	

Geen aanknopingspunt **Aanknopingspunt**

Aanknopingspunten uniformering liggen vanuit perspectief aanbieder bij processtap 4-7, op inhoud en vorm (1/3)

Analyse materiële controle

Processtap	1 Vaststellen controledoel	2 Uitvoeren algemene risicoanalyse	3 Vaststellen controledoelen en controleplan	4 Beoordelen AO/IC, logicaverband-controle, etc.
Is aanbieder betrokken?	**Nee** *Overige vragen n.v.t.*	**Nee** *Overige vragen n.v.t.*	**Nee** *Overige vragen n.v.t.*	**Ja**
Ja — Wordt aanbieder extra informatie gevraagd?				**Ja**
Ja — Vraagt vz informatie uit over subset eigen populatie?				**Nee**
Nee — Zijn er verschillen in… — Inhoud				Aanbieder krijgt algemene vragenbrief met verzoek om extra informatie over o.a. bedrijfsgegevens, AO/IC, Accountsverklaring – uitvraag verschilt deels
Timing				**Nee** (doorlopend)
Frequentie				**Nee** (doorlopend)
Vorm				Aanlevering door aanbieder via verschillende portals

Vanuit perspectief zorgverzekeraar kan tijdsbesteding aan MC verminderd worden door stappen 1-8 samen te doen (bijv. in lijn Horizontaal Toezicht MSZ)

Geen aanknopingspunt **Aanknopingspunt**

Bron: Algemene controleplannen zorgverzekeraars en interviews met specialisten controle en naleving van zorgverzekeraars

Aanknopingspunten uniformering liggen vanuit perspectief aanbieder bij processtap 4-7, op inhoud en vorm (2/3)

Analyse materiële controle

Processtap		5 Uitvoeren specifieke risicoanalyse en vaststellen specifiek controledoel	6 Aankondiging en motiveren detailcontrole	7 Gelegenheid geven aan zorgaanbieder ontbrekende informatie aan te leveren	8 Detailcontrole zonder inzage in medisch dossier bij aanbieder
Is aanbieder betrokken?		*Stap wordt in de praktijk gelijktijdig en op basis van dezelfde informatie als stap 4 uitgevoerd; geen apart aanknopingspunt*	**Ja**	**Ja**	**Ja**
Ja — Wordt aanbieder extra informatie gevraagd?			**Ja**	**Ja**	**Nee** *Overige vragen n.v.t.*
Ja — Vraagt vz informatie uit over subset eigen populatie?			**Nee**	**Nee**	
Nee — Zijn er verschillen in…	Inhoud		Aanbieder krijgt algemene vragenbrief met verzoek om extra informatie over indicatiestelling, verwijzingen, *audit trail*, planning/urenregistratie – uitvraag verschilt deels		
	Timing		**Nee** (doorlopend)	Reactietermijn verschilt	
	Frequentie		**Nee** (doorlopend)	**Nee** (doorlopend)	
	Vorm		Aanlevering door aanbieder via verschillende portals		

Vanuit perspectief zorgverzekeraar kan tijdsbesteding aan MC verminderd worden door stappen 1-8 samen te doen (bijv. in lijn Horizontaal Toezicht MSZ)

Geen aanknopingspunt | Aanknopingspunt

Bron: Algemene controleplannen zorgverzekeraars en interviews met specialisten controle en naleving van zorgverzekeraars

Aanknopingspunten uniformering liggen vanuit perspectief aanbieder bij processtap 4-7, op inhoud en vorm (3/3)

Analyse materiële controle

Processtap	9 Detailcontrole met inzage in medisch dossier bij aanbieder	10 Informeren zorgaanbieder over uitkomst detailcontrole	11 Gelegenheid geven aan zorgaanbieder ontbrekende informatie aan te leveren	Einde controle
Is aanbieder betrokken?	**Ja**	**Ja**	**Ja**	
Ja — Wordt aanbieder extra informatie gevraagd?	**Ja**	**Nee** *Overige vragen n.v.t.*	**Nee** *Overige vragen n.v.t.*	
Ja — Vraagt vz informatie uit over subset eigen populatie?	**Ja** *Overige vragen n.v.t.*			
Nee — Zijn er verschillen in… Inhoud / Timing / Frequentie / Vorm				

Vanuit perspectief zorgverzekeraar kan tijdsbesteding aan MC verminderd worden door stappen 1-8 samen te doen (bijv. in lijn Horizontaal Toezicht MSZ)

Geen aanknopingspunt | Aanknopingspunt

Bron: Algemene controleplannen zorgverzekeraars en interviews met specialisten controle en naleving van zorgverzekeraars

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)

2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)

3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)

4. MSZ (p. 34 – 86)

5. GGZ (p. 87 – 103)

6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)

6.3 Verschillenanalyse I&V-eisen en geïdentificeerde aanknopingspunten

- **6.3.6 Hulpmiddelen**

7. Appendix (p. 189 – 274)

Focus ligt op algemene hulpmiddelen in de eerste lijn, zowel apart gecontracteerd als binnen breder inkoopcontract

Introductie hulpmiddelen

- Medische hulpmiddelen zijn producten die gebruikt worden bij het voorkomen, de diagnose, de behandeling en de ondersteuning van een ziekte of beperking/handicap
  - Algemene hulpmiddelen: (eventueel) aparte vergoeding vanuit zorgverzekeraar
  - MSZ hulpmiddelen: vergoeding vanuit het ziekenhuis (via een DBC)

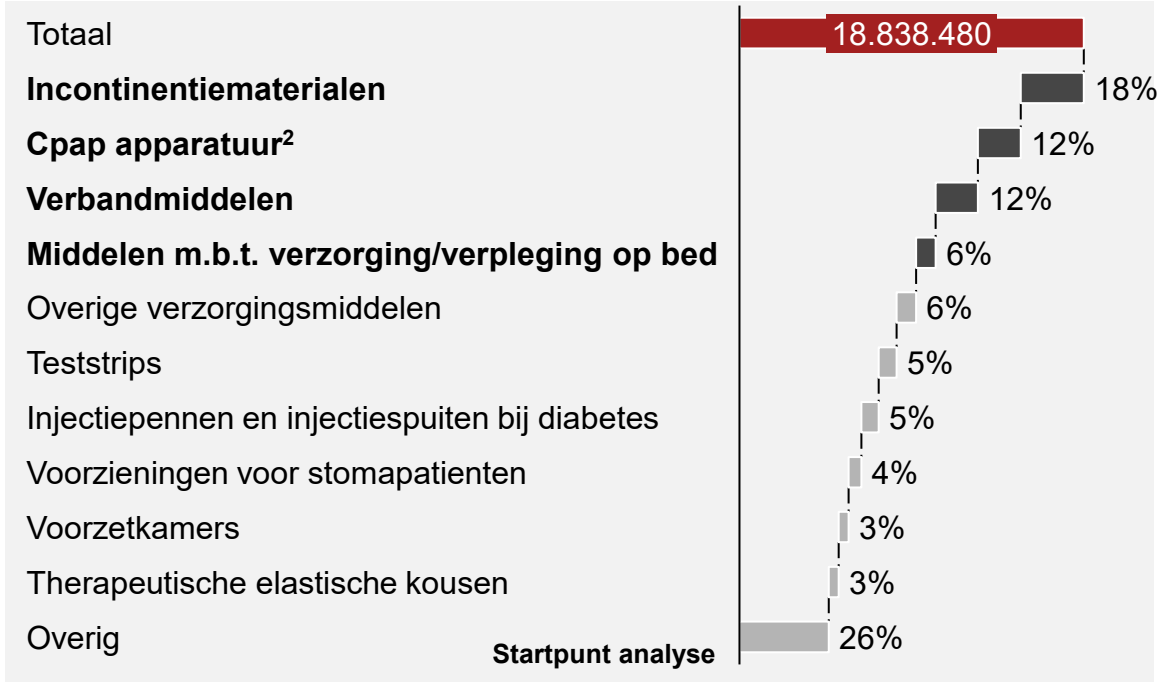
Contractering hulpmiddelen

- Algemene hulpmiddelen worden opgenomen in:
  - Een aparte overeenkomst tussen aanbieder en zorgverzekeraar m.b.t. hulpmiddelen
  - De overeenkomst tussen aanbieder en zorgverzekeraar waarin ook de inkoop van ander type zorg wordt geregeld

Meest voorkomende hulpmiddelen zijn het startpunt van de analyse: incontinentie, Cpap[1], verbandmiddelen en rondom bed

Top 10 hulpmiddelen

In aantal declaraties (2020[1])



Deepdive top 4 hulpmiddelen

In kosten (2020)

Hulpmiddel	Kosten in €	Kosten per declaratie in €	Positie in top 10
Incontinentie materialen	€147 mln	€43	1
Cpap apparatuur	€69 mln	€29	10
Verbandmiddelen	€90 mln	€39	6
Middelen m.b.t. verzorging en verpleging op bed	€80 mln	€75	8

De hulpmiddelen met de meeste declaraties (incontinentie, Cpap, verbandmiddelen en middelen rondom bed) zijn het startpunt van de analyse omdat aanbieders hier het vaakst mee te maken hebben, de top 4 o.b.v. aantal declaraties komt ook terug in top 10 o.b.v. kosten

Analyse aangevuld met één duurder hulpmiddel waar vaak een machtiging voor nodig is: orthopedisch schoeisel (kosten per declaratie: €906)

1) GIPdatabank, top 10 hulpmiddelen in aantal declaraties zijn 72% van totaal aantal declaraties. 2) Cpap apparatuur helpt tegen slaapapneu.
Bron: Regelement hulpmiddelen van zorgverzekeraars en interviews met inkopers hulpmiddelen

We bepalen aanknopingspunten door verschillen in I&V-eisen op het gebied van inhoud en vorm te analyseren

Analysekader aanknopingspunten – hulpmiddelen

Drijver	Scenario		Aanknopingspunt
Inhoud • Definitie • Afkapwaarde • Meetniveau • Format	0% overlap	*Binnen hetzelfde inhoudelijke thema*	Ja[1]
	Deels overlap		Ja[1]
	100% overlap		Nee
Timing	Zelfde moment en periode		Nee
	Ander moment en/of periode		Ja[1]
Frequentie	Zelfde frequentie		Nee
	Andere frequentie		Ja[1]
Vorm	Repetitief in zelfde portal (VECOZO)		Ja[1]
	Verschillend portal		Ja[1]
	Handmatig of semiautomatische omzetting van brondata naar rapportagedata		Ja[1]

Toepassing verschillenanalyse hulpmiddelen

Voorschrijver:
- Welke beroepsgroepen mogen hulpmiddelen voorschrijven?
- In welke mate verschilt dit tussen zorgverzekeraars?

Machtigen bij wel/niet gecontracteerde zorgaanbieder
- Is er voor het aanvragen van een hulpmiddelen van een wel/niet gecontracteerde leverancier een machtiging (goedkeuring) van de zorgverzekeraar nodig?
- In welke mate verschilt dit tussen zorgverzekeraars?

Manier van verwijzen
- Op welke manier kan de voorschrijver de verwijzing delen?
- In welke mate verschilt tussen zorgverzekeraars/leveranciers?

Manier van aanvragen
- Op welke manier kan de voorschrijver/zorgaanbieder het hulpmiddel aanvragen?
- In welke mate verschilt tussen zorgverzekeraars/leveranciers?

Timing en frequentie worden gedreven door vraag patiënt, niet door (invulling van) de I&V-eisen

Legenda

Geen aanknopingspunt uniformering	Aanknopingspunt uniformering

1) Aanknopingspunt bij de verwachting dat door een maatregel de maatschappelijke uitkomsten (gedreven door de informatiewaarde en de administratieve belasting) positief veranderd t.o.v. de status quo
Bron: Regelement hulpmiddelen van zorgverzekeraars en interviews met inkopers hulpmiddelen

Vergelijking van VKZ op I&V-eisen m.b.t hulpmiddelen geeft meerdere aanknopingspunten op inhoud (1/5)

Verschillenanalyse: incontinentiemateriaal[1]

	ZK	VGZ	CZ	Menzis
Voorschrijver	• Behandelend arts • Physician assistent • VPK specialist[2]	• Behandelend arts • Physician assistent • VPK specialist • Gespecialiseerd VPK	• Huisarts • Medisch specialist • Physician assistent • VPK specialist (WO, niv. 6) • UCS VPK (HBO, niv. 5)[3] • Continentie VPK (MBO, niv 4)[3]	• Behandeland arts • Incontinentie VPK
Machtiging gecontracteerde aanbieder	Nee	Nee	Nee	nee
Machtiging niet gecontracteerde aanbieder	Ja	Ja	Ja	Ja
Overig	• Geen recht op vergoeding van schoonmaakmateriaal etc.		• Recht op vergoeding als: - Incontinentie van ontlasting langer aanhoudt dan twee weken - Incontinentie van urine langer aanhoudt dan twee maanden • Geen recht op vergoeding van schoonmaakmateriaal etc.	• Recht op vergoeding als: - Incontinentie van ontlasting langer aanhoudt dan twee weken - Incontinentie van urine langer aanhoudt dan twee maanden • Geen recht op vergoeding van schoonmaakmateriaal etc.

Conclusie

Voorschrijver

Eisen aan voorschrijver (welke beroepsgroep) verschillen tussen zorgverzekeraars

Aanknopingspunt

Machtigingen

Zorgverzekeraars hanteren zelfde beleid rondom noodzaak machtigingen

Geen aanknopingspunt

Overige voorwaarden

Verschillen in mate van specificatie

Aanknopingspunt

Legenda

Aanknopingspunt

Geen aanknopingspunt

1) De analyse rondom contractering is uitgevoerd op de acht grootste zorgverzekeraars. In deze analyse is gebleken dat met name de vier grootste zorgverzekeraars afwijkende eisen stellen, en kleinere zorgverzekeraars vaak volgen. Daarom is in de m.b.t. de hulpmiddelen gekozen om alleen naar de vier grootste zorgverzekeraars te kijken. 2) Conform de modules opgenomen in het landelijke kwaliteitsregister. 3) Mogen niet de aard van de behandeling bepalen.
Bron: Regelement hulpmiddelen van zorgverzekeraars en interviews met inkopers hulpmiddelen

Vergelijking van VKZ op I&V-eisen m.b.t hulpmiddelen geeft meerdere aanknopingspunten op inhoud (2/5)

Verschillenanalyse: Cpap apparatuur[1]

	ZK	VGZ	CZ	Menzis
Voorschrijver	• Behandelend medisch specialist	• Behandelend medisch specialist • Physician assistant • VPK specialist	• Medisch specialist (long-, KNO-, neuroloog) • VPK specialist onder supervisie van medisch specialist	• Medisch specialist
Machtiging gecontracteerde aanbieder	Nee	Nee	Ja, bij gewijzigde vervolgaanvraag	Nee
Machtiging niet-gecontracteerde aanbieder	Ja	Ja	Ja	Ja
Overig			• Alleen vergoeding bij diagnose OSA volgens actuele CBO richtlijn • Aanvragend arts dient volledig ingevulde vragenlijst te ondertekenen en aan te leveren	

Conclusie

Voorschrijver

Eisen aan voorschrijver (welke beroepsgroep) verschillen tussen zorgverzekeraars

Aanknopingspunt

Machtiging bij vervolgaanvraag

Verschillen in noodzaak tot machtiging

Aanknopingspunt

Overige voorwaarden

Verschillen in mate van specificatie

Aanknopingspunt

Legenda

Aanknopingspunt

Geen aanknopingspunt

1) De analyse rondom contractering is uitgevoerd op de acht grootste zorgverzekeraars. In deze analyse is gebleken dat met name de vier grootste zorgverzekeraars afwijkende eisen stellen, en kleinere zorgverzekeraars vaak volgen. Daarom is in de m.b.t. de hulpmiddelen gekozen om alleen naar de vier grootste zorgverzekeraars te kijken.
Bron: Regelement hulpmiddelen van zorgverzekeraars en interviews met inkopers hulpmiddelen

Vergelijking van VKZ op I&V-eisen m.b.t hulpmiddelen geeft meerdere aanknopingspunten op inhoud (3/5)

Verschillenanalyse: verbandmiddelen[1]

	ZK	VGZ	CZ	Menzis
Voorschrijver	• Behandelend arts • Wondconsulent[2,3] • VPK specialist[2,3]	• Behandelend arts • VPK specialist • Physician assistant	• Behandelend arts • VPK specialist • Physician assistant	• Behandelend arts • VPK specialist • Huisarts
Machtiging gecontracteerde aanbieder	Nee	Nee	Ja – bij aanschaf zelfzorgproducten	Nee
Machtiging niet-gecontracteerde aanbieder	Ja	Ja	Ja	Ja
Overig	Aanspraak op verbandmiddelen bestaat alleen bij een ernstige aandoening waarbij een langdurige (langer dan twee weken) medische behandeling met deze middelen is aangewezen	Aanspraak op vergoeding bij verstoorde wondgenezing, ernstige littekens en huidaandoeningen	Bij complexe wonden of een hoog risico daarop, ernstige littekens en chronische huidaandoeningen waarbij langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen	Verbandmiddelen worden alleen vergoed bij een ernstige aandoening waarvoor een langdurige behandeling nodig is.

Conclusie

Voorschrijver
Eisen aan voorschrijver (welke beroepsgroep) verschillen tussen zorgverzekeraars
Aanknopingspunt

Machtiging bij zelfzorgproducten
Verschillen in noodzaak tot machtiging
Aanknopingspunt

Overige voorwaarden
Verschillen in mate van specificatie
Aanknopingspunt

Legenda

Aanknopingspunt

Geen aanknopingspunt

1) De analyse rondom contractering is uitgevoerd op de acht grootste zorgverzekeraars. In deze analyse is gebleken dat met name de vier grootste zorgverzekeraars afwijkende eisen stellen, en kleinere zorgverzekeraars vaak volgen. Daarom is in de m.b.t. de hulpmiddelen gekozen om alleen naar de vier grootste zorgverzekeraars te kijken. 2) Conform de modules opgenomen in het landelijke kwaliteitsregister. 3) Mogen niet de aard van de behandeling bepalen, De wondconsulent of verpleegkundig specialist moet BIG-geregistreerd zijn en ingeschreven staan in het register van de V&VN
Bron: Regelement hulpmiddelen van zorgverzekeraars en interviews met inkopers hulpmiddelen

Vergelijking van VKZ op I&V-eisen m.b.t hulpmiddelen geeft meerdere aanknopingspunten op inhoud (4/5)

Verschillenanalyse: antidecubitesbed en -matras en bed-beschermende onderlegger[1]

	ZK	VGZ	CZ	Menzis
Voorschrijver	• Behandelend arts • BIG geregistreerd VPK	• Behandelend arts • Physician assistant • VPK specialist • Gespecialiseerd (wijk)VPK	• Behandelend arts (specialist/huisarts) • (wijk/transfer) VPK • VPK specialist ouderengeneeskunde, • Physician assistant • Ergotherapeut	• Behandelend (huis)arts • Wijk VPK • Fysiotherapeut • Ergotherapeut • Verloskundige
Machtiging gecontracteerde aanbieder	Nee	Nee	Ja – bij verandering zorgverlener	Nee
Machtiging niet-gecontracteerde aanbieder	Ja	Ja	Ja	Ja
Overig			Pijnklachten zijn geen indicatie voor aanspraak	

Conclusie

Voorschrijver
Eisen aan voorschrijver (welke beroepsgroep) verschillen tussen zorgverzekeraars
Aanknopingspunt

Machtiging bij zelfzorgproducten
Verschillen in noodzaak tot machtiging
Aanknopingspunt

Overige voorwaarden
Verschillen in mate van specificatie
Aanknopingspunt

Legenda

Aanknopingspunt

Geen aanknopingspunt

1) De analyse rondom contractering is uitgevoerd op de acht grootste zorgverzekeraars. In deze analyse is gebleken dat met name de vier grootste zorgverzekeraars afwijkende eisen stellen, en kleinere zorgverzekeraars vaak volgen. Daarom is in de m.b.t. de hulpmiddelen gekozen om alleen naar de vier grootste zorgverzekeraars te kijken.
Bron: Regelement hulpmiddelen van zorgverzekeraars en interviews met inkopers hulpmiddelen

Vergelijking van VKZ op I&V-eisen m.b.t hulpmiddelen geeft meerdere aanknopingspunten op inhoud (5/5)

Verschillenanalyse: orthopedisch schoeisel[1]

	ZK	VGZ	CZ	Menzis
Voorschrijver	• Medisch specialist	• Behandelend arts • Podotherapeut • Physician assisent	Bij laagcomplexe zorg: • Huisarts of podotherapeut Bij hoogcomplexe zorg: • Orthopedisch chirurg • Revalidatiearts • Reumatoloog • Spec, ouderengeneeskunde • Physician assistant • VPK spec. hoogcomplexe zorg	• Verwijzing niet altijd nodig, wanneer wel: medisch specialist
Machtiging gecontracteerde aanbieder	Nee	Ja, bij: • Eerste aanschaf • Vervanging binnen gebruikerstermijn • Bij verandering naar zwaardere of duurdere voorziening	Ja, bij: • Vervanging binnen de gebruikerstermijn • Overige aanpassingen aan confectiesch. boven de €400 • Voorlopige orthopedische schoenen	Ja, bij: • Vervanging binnen de gebruikerstermijn
Machtiging niet-gecontracteerde aanbieder	Ja	Ja	Ja	Ja
Overig	• Recht op schoeisel: 1 paar (tot 16 jaar), 2 paar (vanaf 16 jaar) • Minimale gebruikerstermijn: 18 maanden	• Recht op schoeisel: 1 paar (tot 16 jaar), 2 paar (vanaf 16 jaar) • Min. gebruikerstermijn: 6 mnd (tot 16 jaar), 18 mnd (vanaf 16 jaar)		Minimale gebruikerstermijn: 9 mnd (tot 16 jaar), 18 mnd (vanaf 16 jaar)

Conclusie

Voorschrijver

Eisen aan voorschrijver (welke beroepsgroep) verschillen tussen zorgverzekeraars

Aanknopingspunt

Machtiging

Verschillen in noodzaak tot machtiging

Aanknopingspunt

Overige voorwaarden

Verschillen in minimale gebruikerstermijn

Aanknopingspunt

Legenda

Aanknopingspunt

Geen aanknopingspunt

1) De analyse rondom contractering is uitgevoerd op de acht grootste zorgverzekeraars. In deze analyse is gebleken dat met name de vier grootste zorgverzekeraars afwijkende eisen stellen, en kleinere zorgverzekeraars vaak volgen. Daarom is in de m.b.t. de hulpmiddelen gekozen om alleen naar de vier grootste zorgverzekeraars te kijken.
Bron: Regelement hulpmiddelen van zorgverzekeraars en interviews met inkopers hulpmiddelen

Vorm: aanknopingspunten in aanvraag procedure bij leverancier en machtigingsprocedure bij zorgverzekeraar

Proces hulpmiddelen

Fase	Stellen diagnose	Voorschrijven	Aanvragen	Aanbieden
Actie	Voorschrijver beoordeelt dat de patiënt een hulpmiddel nodig heeft	Voorschrijver (huisarts, specialist, VPK, etc.) beschrijft functiegericht[1] welk hulpmiddel nodig is	Voorschrijver/zorgverlener vraagt hulpmiddel bij leverancier aan *Eventueel*: akkoord vragen aan zorgverzekeraar vóór aanvraag	Leverancier levert hulpmiddel rechtstreeks aan patiënt of via hulpverlener
Betrok-kenen	• Patiënt • Zorgverlener	• Voorschrijver	• Voorschrijver/zorgverlener • Leverancier • Zorgverzekeraar (bij machtiging)	• Voorschrijver/zorgaanbieder • Leverancier • Patiënt
Aanknoping-punt			• Leverancier hebben verschillende vragenlijsten en portals voor aanvragen[2] • Zorgverzekeraars stellen andere eisen aan machtigingen	

Voorwaarden van zorgverzekeraars zijn opgenomen in hulpmiddelenregelement, deze verschillen in taal en format

1) Hulpmiddelen dienen functiegericht voorgeschreven te worden: voorschrijven op welke functies het hulpmiddel moet hebben, i.p.v. merk/middel.
2) Voor een aantal hulpmiddelen is er wel een uniform aanvraag formulier via ZN beschikbaar: continue glucose monitoring, wondverbandmiddelen en compressie hulpmiddelen, verbandhulpmiddelen.
Bron: Regelement hulpmiddelen van zorgverzekeraars en interviews met inkopers hulpmiddelen

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)

2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)

3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)

4. MSZ (p. 34 – 86)

5. GGZ (p. 87 – 103)

6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)

7. Appendix (p. 189 – 274)

- 7.1 Indeling mededingingsrechtelijke evaluatie
- 7.2 Appendix MSZ
- 7.3. Appendix GGZ – voorzet categorisering van de contractelementen
- 7.4 Appendix wijkverpleging
- 7.5 Appendix farmacie
- 7.6 Appendix fysiotherapie
- 7.7 Appendix hulpmiddelen – uitwerking van de budgettaire impact per maatregel

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)
2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)
3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)
4. MSZ (p. 34 – 86)
5. GGZ (p. 87 – 103)
6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)
7. Appendix (p. 189 – 274)
7.1 Indeling mededingingsrechtelijke evaluatie

Elke maatregel is getoetst aan het mededingingsrecht

Context juridische analyse (1/5)

- De voorgestelde maatregelen zijn getoetst aan het mededingingsrecht. Dit rechtsgebied stelt regels ten aanzien van de samenwerking tussen ondernemingen opdat de mededinging op de markten waarop zij actief zijn niet worden verstoord.
- De maatregelen zijn ingedeeld in verschillende risicocategorieën (groen, geel en oranje), per maatregel (en per element uit de contractering) is aandacht voor mededingingsrechtelijke aandachtspunten en risico's.
- Het voor deze beoordeling relevante juridische kader is gebaseerd op artikel 6 van de Mededingingswet. In essentie verbiedt dit artikel het maken van concurrentiebeperkende afspraken door commerciële ondernemingen, zoals zorgverzekeraars, zorgaanbieders, beroepsverenigingen of brancheorganisaties.
- Artikel 6 van de Mededingingswet luidt als volgt:
  1. Verboden zijn overeenkomsten tussen ondernemingen, besluiten van ondernemersverenigingen en onderling afgestemde feitelijke gedragingen van ondernemingen, die ertoe strekken of ten gevolge hebben dat de mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan wordt verhinderd, beperkt of vervalst.
  2. De krachtens het eerste lid verboden overeenkomsten en besluiten zijn van rechtswege nietig.
  3. Het eerste lid geldt niet voor overeenkomsten, besluiten en onderling afgestemde feitelijke gedragingen die bijdragen tot verbetering van de productie of van de distributie of tot bevordering van de technische of economische vooruitgang, mits een billijk aandeel in de daaruit voortvloeiende voordelen de gebruikers ten goede komt, en zonder nochtans aan de betrokken ondernemingen:
     a. Beperkingen op te leggen die voor het bereiken van deze doelstellingen niet onmisbaar zijn, of
     b. De mogelijkheid te geven, voor een wezenlijk deel van de betrokken goederen en diensten de mededinging uit te schakelen.
  4. Een onderneming of ondernemersvereniging die zich op het derde lid beroept, bewijst dat aan dat lid is voldaan.
- De vraag in hoeverre een uniformeringsmaatregel wel of niet mededingingsrechtelijk is toegestaan is casuïstisch van aard en daarmee afhankelijk van de omstandigheden van het geval.
- Ten behoeve van de correcte interpretatie van de Mededingingswet hebben wij bij onze beoordeling ook de door de ACM gepubliceerde 'Richtsnoeren voor de Zorgsector' in acht genomen.

De maatregelen zijn getoetst op de beperking van horizontale en verticale concurrentie

Context juridische analyse (2/5)

- **Horizontale concurrentiebeperking:** zorgaanbieders maken afspraken over bijvoorbeeld de prijs, over gebiedsverdeling of over de te leveren maximale kwaliteit van behandeling. Zorgverzekeraars maken afspraken over bijvoorbeeld te hanteren kwaliteitsnormen en over (gezamenlijke) inkoop van zorg. Afspraken die verhinderen dat zorgaanbieders of zorgverzekeraars zich in de markt kunnen onderscheiden van andere zorgaanbieders resp. zorgverzekeraars kunnen de concurrentie beperken. Het gros van de getoetste maatregelen valt binnen deze categorie en ziet op de concurrentiële verhoudingen tussen zorgverzekeraars onderling.
- **Verticale concurrentiebeperking:** afspraken tussen ondernemingen op verschillende niveaus in de zorgketen die ertoe leiden dat de ondernemingen die actief zijn op een of meerdere van deze niveaus niet vrij met elkaar kunnen concurreren of van de markt worden uitgesloten (bijv. een *preferred supplier* om patiëntonderzoeken te laten uitvoeren zonder dat andere ondernemingen die dezelfde diensten aanbieden de mogelijkheid hebben gehad om mee te dingen naar dit contract)

Deepdive op de uniformering van contractelementen: elk element is ingedeeld is een inhoudelijke categorie… (1/2)

Context juridische analyse (3/5)

Categorie	Betekenis
Procedureel/ administratief van aard	Het gaat om afspraken van puur procedurele of administratieve aard (bijvoorbeeld de manier waarop een contract wordt ondertekend, de vorm waarin bepaalde informatie wordt aangeleverd, etc.). Dergelijke afspraken raken niet aan de commerciële inhoud van een contract. Het uniformeren van dergelijke bepalingen en/of procedures beperkt de concurrentie daarom niet, en is daarmee toegestaan onder het mededingingsrecht.
Gebruik van uniforme definities	Hoewel een contractuele definitie in bepaalde gevallen kan raken aan de inhoud van de commerciële afspraken (bijvoorbeeld een definitie van doelmatigheid die bepaalt hoeveel behandelingen een zorgverzekeraar vergoedt), begrijpen wij dat het in het betreffende geval gaat om een definitie die niet (indirect) de inhoud van de commerciële afspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar bepaalt. Het gebruik van een uniforme definitie beperkt in die omstandigheden de concurrentie niet, en is daarmee toegestaan onder het mededingingsrecht.
Uniformering meetmethode	Uniformering van een (objectieve) meetmethode kan in beginsel worden beschouwd als een procedurele afspraak die niet raakt aan de commerciële inhoud van een contract, zolang de uniformering niet ziet op de uitkomst en gevolgen daarvan. Het valt niet geheel uit te sluiten dat in bepaalde gevallen de keuze voor een specifieke meetmethode een economische of commerciële achtergrond heeft. In dat geval kan het uniformeren van de meetmethode wel een effect hebben op de concurrentie. Om dit vast te stellen, is een diepgaandere analyse noodzakelijk.
Uniformering meetmethode klantervarings-onderzoeken	Uniformering van een meetmethode kan in beginsel worden beschouwd als een procedurele afspraak die niet raakt aan de commerciële inhoud van een contract, zolang de uniformering niet ziet op de uitkomst van de meting en de gevolgen die aan de uitkomst worden verbonden. Waar het gaat om klantervaringsonderzoeken verstaan wij onder uniformering van de meetmethode uitdrukkelijk niet de uniformering van de vragen die aan de klanten worden gesteld. Wanneer gebruik wordt gemaakt van een externe partij voor het uitvoeren van klantervaringsonderzoeken geldt bovendien dat de uniformeringsafspraken niet zouden moeten leiden tot uitsluiting van bepaalde marktpartijen. Daarvan zou sprake kunnen zijn als, bijvoorbeeld, zou worden afgesproken dat voor het uitvoeren van klantervaringsonderzoeken met een enkele specifieke partij wordt gewerkt. Om uitsluiting van externe partijen in een dergelijk geval te voorkomen, moeten alle aanbieders van die dienst of dat product die voldoen aan bepaalde objectieve maatstaven kunnen meedingen naar het betreffende contract om op die manier voldoende concurrentie te behouden. In dat kader dienen waarborgen te worden ingesteld die garanderen dat de markt open blijft, bijvoorbeeld een periodieke inschrijvingsprocedure waaraan alle bedrijven die voldoen aan vooraf vastgestelde objectieve criteria kunnen participeren.

Deepdive op de uniformering van contractelementen: elk element is ingedeeld is een inhoudelijke categorie… (2/2)

Context juridische analyse (4/5)

Categorie	Betekenis
(i) Uniformering eisen functieniveau/ kwaliteits-eisen	Afspraken over kwaliteitsbevordering leveren in het algemeen geen concurrentiebeperking op wanneer deze enkel tot doel hebben om via objectieve en transparante criteria de verantwoordelijkheden en de bekwaamheden van de zorgaanbieders zeker te stellen en het algemene minimumkwaliteitsniveau van de te verlenen zorg te bevorderen. Tegen deze achtergrond is het in veel gevallen mogelijk om gezamenlijk richtlijnen op het gebied van kwaliteit, protocollen en procedures vast te stellen. Indien een zorgverzekeraar echter wordt beperkt in zijn mogelijkheden om verdergaande kwaliteitseisen te stellen, kan dit worden gezien als een beperking van de mogelijkheid van een zorgverzekeraar om zich van andere zorgverzekeraars te onderscheiden op kwaliteit of andere concurrentieparameters. Dit kan mogelijk leiden tot een beperking van de mededinging. Om dit vast te stellen, zouden de specifieke effecten van het concrete geval moeten worden onderzocht. Ter beoordeling hiervan is een aanvullende analyse noodzakelijk. Gevallen waarin het te uniformeren contract element niet raakt aan de commerciële inhoud van een contract omdat: (i) geen sprake is van minimumkwaliteitseisen en (ii) de uniformering geen betrekking lijkt te hebben op een onderscheidend kwaliteitskenmerk, hebben wij het element aangeduid als groen. Gevallen waarin het lijkt te gaan om een toegestane uniformering omdat: (i) er sprake is van minimumkwaliteitseisen of (ii) de uniformering geen betrekking lijkt te hebben op een onderscheidend kwaliteitskenmerk, hebben wij het element aangeduid als geel. Gevallen waarin mogelijk sprake is van een beperking van de mogelijkheid van zorgverzekeraars om verdergaande kwaliteitseisen te stellen en zich daarmee te onderscheiden op de markt, hebben wij aangeduid als oranje. In deze laatste twee gevallen zou een meer diepgaande analyse vereist zijn om definitieve conclusies ten aanzien van het effect daarvan op de mededinging, en daarmee de toelaatbaarheid, te kunnen trekken.
Overig	Enkele elementen kunnen niet in een van bovenstaande categorieën worden ondergebracht en worden voor de contextuele leesbaarheid daarvan in de annex van de betreffende menukaart toegelicht.

… vervolgens is elk element ingedeeld in een risicocategorie

Context juridische analyse (5/5)

Stoplicht kleur	Betekenis
Groen	Het betreffende element raakt niet aan de commerciële inhoud van het contract en uniformering daarvan beperkt de concurrentie daarom niet. Uniformering is mededingingsrechtelijk toegestaan.
Geel	Het betreffende element raakt potentieel aan een concurrentieparameter (kwaliteit) en kan daarmee mogelijk een effect op de concurrentie hebben. Het lijkt aannemelijk dat er geen sprake is van een onderscheidend kwaliteitskenmerk waardoor uniformering ofwel geen ofwel geen merkbaar effect op de mededinging zal hebben. Om dit definitief vast te stellen is nader onderzoek nodig. De mededingingsrechtelijke risico's worden ingeschat op middel/laag.
Oranje	Het betreffende element raakt potentieel aan een concurrentieparameter (zoals prijs of kwaliteit) en kan daarmee mogelijk een effect op de mededinging hebben. Om te bepalen of de maatregel is toegestaan, is een diepgaandere analyse vereist zodat het effect op de mededinging kan worden bepaald. De mededingingsrechtelijke risico's worden ingeschat op middel/hoog.

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)

2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)

3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)

4. MSZ (p. 34 – 86)

5. GGZ (p. 87 – 103)

6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)

7. Appendix (p. 189 – 274)

7.2 Appendix MSZ

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)

2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)

3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)

4. MSZ (p. 34 – 86)

5. GGZ (p. 87 – 103)

6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)

7. Appendix (p. 189 – 274)

7.2 Appendix MSZ

- **7.2.1. Voorzet categorisering van de contractelementen**

Eerste aanzet uniformering MSZ (1/4)

MSZ

BC = Bepalend concurrentieel;
Inv = Innovatie; U = Uniformeerbaar

Categorie	Voorwaarde	Invulling	Voorzet indeling			Toelichting		Mededingingsrechtelijke evaluatie
			BC	Inv	U	Uniformeerbaar naar wat?	Waarom uniformeerbaar?	
ZKH brede projecten	ZE&GG[1]	# onderwerpen				Zie maatregel m.b.t. ZE&GG		N.v.t.
	UGZ[2]	*Nog onbekend*				Afhankelijk van implementatie		N.v.t.
	JZOJP	Integrale benadering van gezondheid						N.v.t.
		Verplaatsen van zorg						
		Versterking samenhang eerstelijn en acute ketenzorg						
		Versterken zorg op afstand						
		Versterken netwerkvorming						
		Kosten (besparing)						
		Toegankelijkheid						
		Kwaliteit						
		Vervangen van zorg						
		Volgbeleid						
	Wachttijden	Verbeterplan (na overschrijding TK)						Uniformering van kwaliteitseisen
		Verwijzing Zorgcoach						Uniformering van kwaliteitseisen
	Digitale zorg	25% polikliniek						N.v.t.
		10% telebegeleiding						
		Normen VIPP regeling						
	Innovatie-mechanisme	N.v.t.						N.v.t.

1) Alle NVZ ziekenhuizen moeten voor alle ZE&GG-doelen op de implementatieagenda de implementatiegraad rapporteren. De ZE&GG ambitie is dat in 2024, minimaal 80% van de onderwerpen op de implementatieagenda aantoonbaar is geïmplementeerd en nieuwe onderwerpen binnen twee jaar.
2) Uitkomst gerichte zorg.

Eerste aanzet uniformering MSZ (2/4)

MSZ

BC = Bepalend concurrentieel;
Inv = Innovatie; U = Uniformeerbaar

Categorie	Voorwaarde	Invulling	Voorzet indeling			Toelichting		mededingingsrechtelijke evaluatie
			BC	Inv	U	Uniformeerbaar naar wat?	Waarom uniformeerbaar?	
ZKH brede projecten	Minimum-normen	NVvH						Uniformering van kwaliteitseisen
		SONCOS, NVU, NVVS, NVT						
		ZN werkgroep						
		NOV, MMC, NVDV, NVSCA, NVDP						
		Strenger (o.b.v. volume)				N.v.t.	N.v.t.	-
Randvoor-waarden	Kwaliteits-systeem/ Veiligheids-mngt. systeem	KS						Uniformering van kwaliteitseisen **Overig:** Zorgverzekeraars kunnen hierover met elkaar in gesprek: ter discussie stellen of de eis wel nodig is? Dit betreft verder geen mededingingsrechtelijk gevoelig onderwerp.
		VMS						
	Certificering	CCKL of ISO (laboratoria)				N.v.t.	N.v.t.	-
		BIG						
		AGB						
		ZKN, HKZ, NIAZ of ISO						

Eerste aanzet uniformering MSZ (3/4)

MSZ

BC = Bepalend concurrentieel;
Inv = Innovatie; U = Uniformeerbaar

Categorie	Voorwaarde	Invulling	Voorzet indeling			Toelichting		mededingingsrechtelijke evaluatie
			BC	Inv	U	Uniformeerbaar naar wat?	Waarom uniformeerbaar?	
Specifieke ziekte-beelden	Audiologische zorg	FENAC				N.v.t.	N.v.t.	-
		Tinnitusklachten						
		Multidisciplinaire zorg						
	Medisch specialistische revalidatie	Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde.						Uniformering van kwaliteitseisen **Overig:** Zorgverzekeraars kunnen hierover met elkaar in gesprek: ter discussie stellen of de eis wel nodig is? Dit betreft verder geen mededingingsrechtelijk-gevoelig onderwerp.
		Behandelkaders						
		Zorgstandaarden voor specifieke doelgroepen						
		Specifieke eisen m.b.t. behandelplan[1]				N.v.t.	N.v.t.	-
		Praktijkvariatie						
		Ketensamenwerking						
		Revalidatiearts als hoofdarts						Zie ‘zorgstandaarden’
		2 specialisten voor min. 1,2 FTE						
	Intramurale farmacie	Patiëntenverenigingen				N.v.t.	N.v.t.	-
		Beroepsgroepen						Uniformering van kwaliteitseisen
		cieBAG						
		cieBOM						

1) Verschillende eisen zijn: revalidatiearts en het behandelteam evalueren de behandeldoelen minimaal één keer per zes weken met de patiënt; Evaluatie a.d.h.v. relevante meetinstrumenten; U beschikt over gestandaardiseerde behandelprogramma’s voor hoofddoelgroepen; Voorafgaand en tijdens de behandeling wordt aantoonbaar voldaan aan *stepped care* principes; Er is een persoonsgebonden behandelplan voor iedere patiënt; In dit behandelplan staat diagnose, behandeldoelen, verwachte uitkomsten, en directe betrokkenen

Eerste aanzet uniformering MSZ (4/4)

MSZ

Categorie	Voorwaarde	Invulling	Voorzet indeling			Toelichting		Mededingingsrechtelijke evaluatie
			BC	Inv	U	Uniformeerbaar naar wat?	Waarom uniformeerbaar?	
Specifieke ziekte-beelden	Ambulance-zorg	NZa-richtlijnen Norm A1 (binnen NZa)						Elke uitvoering van een (NZa) richtlijn of wettelijk voorschrift is al geüniformeerd. Dient geëxpliciteerd te worden in het inkoopbeleid
	Moh's microgr. chir.	NVDV (MMC) Specifieke vergunningen				N.v.t.	N.v.t.	-
	Transg. zorg	Belang netwerk				N.v.t.	N.v.t.	-
	Dialyse zorg	Stimuleren thuisdialyse bij voldaan normen beroepsgroep				N.v.t.	N.v.t.	-

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)

2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)

3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)

4. MSZ (p. 34 – 86)

5. GGZ (p. 87 – 103)

6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)

7. Appendix (p. 189 – 274)

7.2 Appendix MSZ

- **7.2.2 Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel**

Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel

Maatregel 1: evaluatie inhoud kwaliteitsregistraties (1/2)

Onderdeel	Analyse	Inputvariabelen	Bron
Impact medisch specialisten	Aantal FTE medisch specialisten in MSZ * uur gespendeerd aan kwaliteitsmetingen per dag * percentage daarvan aan kwaliteitsregistraties * percentage afname door schrappen niet-nuttige registraties * dagen per FTE * kosten medisch specialist per uur * risicomarge	Aantal FTE medisch specialisten (MS) = 12.432, gebaseerd op: • Aantal MS in loondienst: 10.500 • Gemiddeld aantal werkuren MS in loondienst 36,7 uur • Gemiddeld aantal werkuren MS FTE: 45 uur • Aantal FTE MS in loondienst: 8.702 (aantal MS in loondienst * (gemiddeld aantal werkuren / werkuren MS FTE)) • Aantal MS in dienstverband t.o.v. totaal: 70% • Totaal aantal FTE MS: 12.432 (aantal FTE MS in loondienst / 70%)	CBS (2020), open data – medisch geschoolden; werknemers, arbeidsduur, etc. ; FMS (2021), Feiten en cijfers MSZ factsheet
		Uur gespendeerd aan kwaliteitsmetingen per dag = 0,5	Zegers, et al. (2020), Perceived Burden Due to Registrations for Quality Monitoring and Improvement in Hospitals: A Mixed Methods Study
		Percentage daarvan aan kwaliteitsregistraties = 25%	
		Afname door schrappen niet-nuttige registraties = 35% - 65%	
		Dagen per FTE = 230	260 werkdagen -/- 30 vakantiedagen en publieke vrije dagen
		Kosten medisch specialist per uur = €88,94	CBS (2021), open data – beloning van in zorg werkzame artsen; beroep en specialisme o.b.v. 45 uur per week per FTE
		Risicomarge = 50%	Het is niet reëel om te verwachten dat alles wat als niet nuttig wordt beschouwd, daadwerkelijk niet meer uitgevraagd zal worden na een volgende evaluatie. Er kunnen bijvoorbeeld verschillende beelden ontstaan tussen verschillende zorgverleners. Daarom wordt hier een zeer conservatieve risicomarge hebben genomen.

Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel

Maatregel 1: evaluatie inhoud kwaliteitsregistraties (2/2)

Onderdeel	Analyse	Inputvariabelen	Bron
Impact verpleeg-kundigen	Aantal FTE verpleegkundigen in MSZ * uur gespendeerd aan kwaliteitsmetingen per dag * percentage daarvan aan kwaliteitsregistraties * percentage afname door schrappen niet-nuttige registraties * dagen per FTE * kosten verpleegkundige per uur * risicomarge	Aantal FTE verpleegkundigen = 56.156	CBS (2020), open data – CBS (2020), open data – medisch geschoolden; werknemers, arbeidsduur, etc.
		Uur gespendeerd aan kwaliteitsmetingen per dag = 0,7	Zegers, et al. (2020)
		Percentage daarvan aan kwaliteitsregistraties = 25%	Zegers, et al. (2020)
		Afname door schrappen niet-nuttige registraties = 38% - 71%	Zegers, et al. (2020): 29%-62% wordt nuttig geacht (38-71% is de inverse hiervan: dit wordt aangenomen als *niet*-nuttig geacht)
		Dagen per FTE = 230	260 werkdagen -/- 30 vakantiedagen en publieke vrije dagen
		Kosten verpleegkundige per uur = salaris * factor totale werkgevers lasten (130%) = €28,25	Salaris: loonwijzer.nl Factor totale werkgevers lasten: standaard definitie
		Risicomarge = 50%	Zie bron risicomarge bij ‘impact medisch specialisten’
Impact kwaliteits-medewerkers	Aantal FTE kwaliteitsmedewerkers in MSZ * uur gespendeerd aan kwaliteitsmetingen per dag * percentage daarvan aan kwaliteitsregistraties * percentage afname door schrappen niet-nuttige registraties * dagen per FTE * kosten kwaliteitsmedewerker per uur * risicomarge	Aantal FTE kwaliteitsmedewerkers in NL = 376	KPMG (2015), Onderzoek kosten kwaliteitsmetingen en groeifactor voor 2022 t.o.v. 2015; CBS (2020)
		Uur gespendeerd aan kwaliteitsmetingen per dag = 60% van 8,0 = 4,8	KPMG (2015), Onderzoek kosten kwaliteitsmetingen
		Percentage daarvan aan kwaliteitsregistraties = 57%	KPMG (2015), Onderzoek kosten kwaliteitsmetingen
		Afname door schrappen niet-nuttige registraties = 35% - 65%	Zegers, et al. (2020)
		Dagen per FTE = 230	260 werkdagen -/- 30 vakantiedagen en publieke vrije dagen
		Kosten kwaliteitsmedewerker per uur = salaris * factor totale werkgevers lasten (130%) = €39,55	Salaris: vacature Meander MC Adviseur data en kwaliteit; Factor totale werkgevers lasten: standaard definitie
		Risicomarge = 50%	Zie bron risicomarge bij ‘impact medisch specialisten’

Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel

Maatregel 2: grootschalige implementatie van ‘Registratie aan de bron’

Maatregel	Analyse	Inputvariabelen	Bron
Impact medisch specialisten	Aantal FTE medisch specialisten in MSZ * uur gespendeerd aan kwaliteitsmetingen per dag * percentage daarvan aan kwaliteitsregistraties * percentage afname door implementatie r.a.d.b. * dagen per FTE * kosten medisch specialist per uur	Aantal FTE medisch specialisten = 12.432	CBS (2020), open data – medisch geschoolden; werknemers, arbeidsduur, etc. ; FMS (2021), Feiten en cijfers MSZ factsheet
		Uur gespendeerd aan kwaliteitsmetingen per dag = 0,5	Zegers, et al. (2020), Perceived Burden Due to Registrations for Quality Monitoring and Improvement in Hospitals: A Mixed Methods Study
		Percentage daarvan aan kwaliteitsregistraties = 25%	
		Afname door ‘Registratie aan de bron’ = 30% tot 80%	‘Registratie aan de bron’ (2022), Eindrapportage 2019-2022
		Dagen per FTE = 230	260 werkdagen -/- 30 vakantiedagen en publieke vrije dagen
		Kosten medisch specialist per uur = salaris * factor totale werkgeverslasten (130%) = €88,94	CBS (2021), open data – beloning van in zorg werkzame artsen; beroep en specialisme o.b.v. 45 uur per week per FTE
Impact verpleeg-kundigen	Aantal FTE verpleegkundigen in MSZ * uur gespendeerd aan kwaliteitsmetingen per dag * percentage daarvan aan kwaliteitsregistraties * percentage afname door implementatie r.a.d.b. * dagen per FTE * kosten medisch specialist per uur	Aantal FTE verpleegkundigen = 56156	CBS (2020), open data
		Uur gespendeerd aan kwaliteitsmetingen per dag = 0,5	Zegers, et al. (2020)
		Percentage daarvan aan kwaliteitsregistraties = 25%	
		Afname door ‘Registratie aan de bron’ = 30% tot 80%	
		Dagen per FTE = 230	260 werkdagen -/- 30 vakantiedagen en publieke vrije dagen
		Kosten verpleegkundige per uur = salaris * factor totale werkgevers lasten (130%) = €28,25	Salaris: Loonwijzer.nl Factor totale werkgevers lasten: standaard definitie
Impact kwaliteits-medewerkers	Aantal FTE kwaliteitsmedewerkers in MSZ * uur gespendeerd aan kwaliteitsmetingen per dag * percentage daarvan aan kwaliteitsregistraties * percentage afname door implementatie r.a.d.b. * dagen per FTE * kosten kwaliteitsmedewerker per uur	Aantal FTE kwaliteitsmedewerkers = 376	KPMG (2015), Onderzoek kosten kwaliteitsmetingen en groeifactor voor 2022 t.o.v. 2015; CBS (2020)
		Uur gespendeerd aan kwaliteitsmetingen per dag = 60% van 8,0 = 4,8	KPMG (2015), Onderzoek kosten kwaliteitsmetingen
		Percentage daarvan aan kwaliteitsregistraties = 57%	KPMG (2015), Onderzoek kosten kwaliteitsmetingen
		Afname door ‘Registratie aan de bron’ = 30% tot 80%	‘Registratie aan de bron’ (2022), Eindrapportage 2019-2022
		Dagen per FTE = 230	260 werkdagen -/- 30 vakantiedagen en publieke vrije dagen
		Kosten kwaliteitsmedewerker per uur = salaris * factor totale werkgevers lasten (130%) = €39,55	Salaris: vacature Meander MC Adviseur data en kwaliteit; Factor totale werkgevers lasten: standaard definitie

Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel

Maatregel 3: uniformering van elementen in de contracten in de MSZ

Maatregel	Analyse	Inputvariabelen	Bron
Impact contractering aanbieder	Aantal ziekenhuizen in NL * uur besteed aan contractonderhandeling per ziekenhuis * percentage onderhandelingstijd besteed aan elementen uit appendix * percentage tijdsbesparing door uniforme passage * kosten business controller per uur * impact per jaar i.v.m. meerjarencontracten	Aantal ziekenhuizen in NL = 82	CBS (2020), Open data, zorginstellingen; kerncijfers (totaal van UMC's, algemene ziekenhuizen en categorale ziekenhuizen
		Uur besteed aan contractonderhandelingen per ziekenhuis = 600	Aanname PwC Strategy& o.b.v. industrie expert
		Percentage onderhandelingstijd besteed aan elementen uit appendix = 20%	Uitkomst o.b.v. verschillenanalyse
		Percentage tijdsbesparing door uniforme passage = 10%	Aanname PwC Strategy& o.b.v. industrie expert
		Kosten business controller per uur = salaris * factor totale werkgevers lasten (130%) = €50,60	Salaris: vacature business controller Erasmus UMC Factor totale werkgevers lasten: standaard definitie
		Impact per jaar i.v.m. meerjarencontracten = 81% (39% is meerjarig, dus gem. impact per jaar is 0,5*39%+1*61%)	NZa; Monitor contracten MSZ
Impact contractering zorgverzekeraar	Aantal zorgverzekeraars in NL * uur besteed aan opstellen per inkoopbeleidstuk * percentage onderhandelingstijd besteed aan elementen uit appendix * percentage tijdsbesparing door uniforme passage * kosten senior controller per uur * impact per jaar i.v.m. meerjarencontracten	Aantal zorgverzekeraars in NL = 10	Algemene aanname
		Uur besteed aan opstellen per inkoopbeleidstuk = 300	Aanname PwC Strategy& o.b.v. ervaringen van industrie expert
		Percentage onderhandelingstijd besteed aan elementen uit appendix = 20%	Uitkomst o.b.v. verschillenanalyse
		Percentage tijdsbesparing door uniforme passage = 10%	Aanname PwC Strategy& o.b.v. ervaringen van industrie expert
		Kosten senior controller per uur = salaris * factor totale werkgevers lasten (130%) = €47,38	Salaris: vacature VGZ Senior controller Factor totale werkgevers lasten: standaard definitie
		Impact per jaar i.v.m. meerjarencontracten = 81% (39% is meerjarig, dus gem. impact per jaar is 0,5 * 39% + 1 * 61%)	NZa; Monitor contracten MSZ
Impact uitvoer aanbieder (rekening houden met uiteenlopende voorwaarden)	Geen omdat de uiteenlopende voorwaarden niet/nauwelijks invloed hebben op het dagelijkse handelen		

Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel

Maatregel 4: verantwoording over ZE&GG-doelen

Maatregel	Analyse	Inputvariabelen	Bron
Impact aanbieder	Aantal ziekenhuizen in NL * uur besteed aan rapporteren ZE&GG-doelen per ziekenhuis per maand * maanden per jaar * percentage tijdswinst door uniformering * kosten kwaliteitsmedewerker per uur	Aantal ziekenhuizen in NL = 82	CBS (2020), Open data, zorginstellingen; kerncijfers (totaal van UMC's, algemene ziekenhuizen en categorale ziekenhuizen
		Uur besteed aan rapporteren ZE&GG-doelen per ziekenhuis per maand = 12 - 22	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews kwaliteitsmedewerkers ziekenhuizen
		Percentage tijdswinst door uniformering = 50%	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews kwaliteitsmedewerkers ziekenhuizen
		Kosten kwaliteitsmedewerker per uur = salaris * factor totale werkgevers lasten (130%) = €39,55	Salaris: vacature Meander MC Adviseur data en kwaliteit; Factor totale werkgevers lasten: standaarddefinitie

Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel

Maatregel 5: continuering Horizontaal Toezicht

Maatregel	Analyse	Inputvariabelen	Bron
Impact aanbieder	Aantal ziekenhuizen met HT * kosten onderhoud control framework en testing * verwachte efficiëntie-slag	Aantal ziekenhuizen dat uiteindelijk op HT overgaat: 65	Aanname PwC Strategy& (incl. risicomarge dat niet elk ziekenhuis over gaat)
		Kosten onderhoud control framework en testing = €90.000	Businesscase HT (2017)
		Verwachte efficiëntie-slag = 25% - 50%	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews aanbieders en accountants met ervaring met *control frameworks*
Impact zorgverzekeraar	Aantal FTE werkzaam in Horizontaal Toezicht * verwachte efficiëntieslag * kosten per FTE	Aantal FTE werkzaam in Horizontaal Toezicht = 53	Aantal FTE werkzaam in HT van een zorgverzekeraar en extrapolatie o.b.v. marktaandeel
		Verwachte efficiëntie-slag = 20% - 40%	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews aanbieders
		Kosten per FTE = salaris * factor totale werkgevers lasten (130%) = €92.905 per jaar	Salaris: vacature VGZ audit HT Factor totale werkgevers lasten: standaard definitie
Impact vanuit (kosten aan) accountants	Aantal ziekenhuis met HT * percentage ziekenhuizen waar assurance rapport over IT geschreven wordt * gemiddelde prijs rapport	Aantal ziekenhuizen dat uiteindelijk op HT overgaat: 65	Aanname PwC Strategy& (incl. risicomarge dat niet elk ziekenhuis over gaat)
		Percentage ziekenhuizen waar assurance rapport over IT geschreven wordt = 15% - 25%	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews accountants actief bij Nederlandse ziekenhuizen
		Gemiddelde prijs rapport = €60.000	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews accountants actief bij Nederlandse ziekenhuizen

Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel

Maatregel 6: uniformering format productiemonitor

Maatregel	Analyse	Inputvariabelen	Bron
Impact aanbieder	Aantal ziekenhuizen in NL * gemiddeld aantal zorgverzekeraars per ziekenhuis * uur besteed aan invullen productiemonitor * percentage tijdswinst door uniformering * kosten kwaliteitsmedewerker per uur	Aantal ziekenhuizen in NL = 82	CBS (2020), open data, zorginstellingen; kerncijfers (totaal van UMC's, algemene ziekenhuizen en categorale ziekenhuizen
		Gemiddeld aantal zorgverzekeraars per ziekenhuis = 8	Gemiddeld 8 van de 10 omdat sommige zorgverzekeraars regionaal zijn
		Uur besteed aan invullen productiemonitor (uur per jaar per ziekenhuis) = 4 uur * 4 keer per jaar * 8 zorgverzekeraars = 128	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews met werknemers binnen verantwoordelijke afdelingen
		Percentage tijdswinst door uniformering = • 50% bij een geüniformeerd format zonder automatische koppeling • 75% bij een geüniformeerd format mét automatische koppeling	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews met werknemers binnen verantwoordelijke afdelingen
		Kosten kwaliteitsmedewerker per uur = salaris * factor totale werkgevers lasten (130%) = €39,55	Salaris: vacature Meander MC Adviseur data en kwaliteit; Factor totale werkgevers lasten: standaard definitie

Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel

Maatregel 7: verbreding evaluatie Transparantiekalender

Maatregel	Analyse	Inputvariabelen	Bron
Impact contractering aanbieder	Aantal ziekenhuizen in NL * uren besteed aan vragen over hetzelfde thema per jaar (berekend door: uren besteed aan transparantiekalender * percentage SONCOS vragen t.o.v. transparantiekalender * percentage vragen met overlappend thema) * percentage tijdswinst door gegevens in één keer uit te vragen * kosten kwaliteitsmedewerker per uur	Aantal ziekenhuizen in NL = 82	CBS (2020), Open data, Zorginstellingen; kerncijfers (totaal van UMC's, algemene ziekenhuizen en categorale ziekenhuizen
		Uren besteed aan vragen over hetzelfde thema per jaar = 10,95	Zie berekening hieronder
		Uren besteed aan transparantiekalender = 562	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews met werknemers binnen verantwoordelijke afdelingen
		Percentage SONCOS vragen t.o.v. transparantiekalender = 9%	Berekend o.b.v. verschillenanalyse fase 2 van dit onderzoek = 60 vragen SONCOS / 667 vragen transparantiekalender
		Percentage vragen met overlappend thema = 22%	Berekend o.b.v. verschillenanalyse fase 2 van dit onderzoek = 13 vragen met overlappend thema / 60 vragen totaal
		Percentage tijdswinst door gegevens in één keer uit te vragen = 75%	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews met werknemers binnen verantwoordelijke afdelingen
		Kosten kwaliteitsmedewerker per uur = salaris * factor totale werkgevers lasten (130%) = €39,55	Salaris: vacature Meander MC Adviseur data en kwaliteit; Factor totale werkgevers lasten: standaard definitie

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)
2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)
3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)
4. MSZ (p. 34 – 86)
5. GGZ (p. 87 – 103)
6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)
7. Appendix (p. 189 – 274)
7.3. Appendix GGZ – voorzet categorisering van de contractelementen

Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel

Maatregel 1: vergroot duidelijkheid over de verantwoordingseisen vanuit de overheid voor aanbieders in de GGZ

Maatregel	Analyse	Inputvariabelen	Bron
Impact aanbieder	Aantal aanbieders in NL * uur per jaar besteed aan aanlevering gegevens * percentage tijdswinst door maatregel * kosten GGZ aanbieder per uur	Aantal aanbieders in NL = 10064	NZa (2019)[1]
		Uur per jaar besteed aan aanlevering gegevens = 2	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews aanbieders
		Percentage tijdswinst door maatregel = 5%	Aanname PwC Strategy& o.b.v. verschillenanalyse
		Kosten GGZ-aanbieder per uur = salaris * factor totale werkgevers lasten (130%) = €40,86	Salaris: gewogen gemiddelde salaris van GZ-psycholoog, psychotherapeut, en psychiater via nationaleberoepengids.nl Factor totale werkgevers lasten: standaard definitie

Maatregel 2: uniformeer de FTE uitvraag

Maatregel	Analyse	Inputvariabelen	Bron
Impact aanbieder	Aantal aanbieders in NL * uur per jaar tijdswinst door maatregel * kosten GGZ aanbieder per uur	Aantal aanbieders in NL = 10064	NZa (2019)[1]
		Uur per jaar tijdswinst door uniformering uitvraag = 0,33 (Nza vraagt nu 4 keer per jaar de gegevens uit, dit duurt per keer 20 minuten, één keer van de huidige 4 keer kan worden bespaard)	Aanname PwC Strategy& o.b.v. industrie expertise
		Kosten GGZ-aanbieder per uur = salaris * factor totale werkgevers lasten (130%) = €40,86	Salaris: gewogen gemiddelde salaris van GZ-psycholoog, psychotherapeut, en psychiater via nationaleberoepengids.nl Factor totale werkgevers lasten: standaard definitie

1) Totaal van basis GGZ, gespecialiseerde GGZ, en POH-GGZ via https://www.nza.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg-ggz-en-forensische-zorg-fz/kerncijfers-geestelijke-gezondheidszorg-ggz

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)
2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)
3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)
4. MSZ (p. 34 – 86)
5. GGZ (p. 87 – 103)
6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)
7. Appendix (p. 189 – 274)
7.4 Appendix wijkverpleging

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)

2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)

3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)

4. MSZ (p. 34 – 86)

5. GGZ (p. 87 – 103)

6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)

7. Appendix (p. 189 – 274)

7.4 Appendix wijkverpleging

- **7.4.1 Voorzet categorisering van de contractelementen**

Eerste aanzet uniformering eisen basiscontract (1/3)

Wijkverpleging

BC = Bepalend concurrentieel;
Inv = Innovatie; U = Uniformeerbaar

Categorie	Voorwaarde	Voorzet indeling			Toelichting		Mededingingsrechtelijke evaluatie
		BC	Inv	U	Uniformeerbaar naar wat?	Waarom uniformeerbaar?	
Basis	Maximaal aandeel uitbesteden derde partij				N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
	Klantervaring onderzoek methode				PREM en intern verbeterplan		Uniformering meetmethode klantervaringsonderzoeken
	Klantervaring onderzoek meetperiode				Bijv. tweejaarlijks		Uniformering meetmethode klantervaringsonderzoeken
	Doelgroepenregistratie wijkverpleging				Doelgroepenregistratie ZN	Is verplicht dus zou voor iedere zorgverzekeraar hetzelfde kunnen zijn	**Overig** De doelgroepenregistratie is een ZN beleidsregel. Niet alle zorgverzekeraars nemen dit op in inkoopbeleid, omdat het meer een formaliteit is. Zorgverzekeraars gebruiken de doelgroepenregistratie voor de onderbouwing van het tarief, het maken van inhoudelijke afspraken en om aanbieders te benchmarken. Het (registreren/hanteren) van doelgroepen is geen commerciële bedrijfsactiviteit of onderscheidend kenmerk tussen zorgverzekeraars onderling. Waarschijnlijk toegestaan vanuit mededingingsrechtelijk perspectief
	Niveau indiceren en organiseren zorg					Bevoegdheid/bekwaamheid van beroepsgroep voor uitvoeren van bepaalde handelingen is te objectiveren	Uniformering eisen functieniveau/kwaliteitseisen
	Min. aantal vpk in register V&VN						Uniformering eisen functieniveau/kwaliteitseisen
	Aantal HBO niveau 5 vpk						
	Eisen website				N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
	Keurmerk				N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.

Eerste aanzet uniformering eisen basiscontract (2/3)

Wijkverpleging

BC = Bepalend concurrentieel;
Inv = Innovatie; U = Uniformeerbaar

Categorie	Voorwaarde	Voorzet indeling			Toelichting		Mededingingsrechtelijke evaluatie
		BC	Inv	U	Uniformeerbaar naar wat?	Waarom uniformeerbaar?	
Basis	Aanleveren kwaliteitsgegevens				Beschikbaar stellen via/op www.zorginzicht.nl	Landelijke afspraken	Procedureel/administratief van aard
	Afspraken rondom onplanbare zorg				“committeren aan afspraken onplanbare zorg regio”	Uniformeren naar "committeren aan afspraken onplanbare zorg regio"	**Overig**: Aanbieder is verantwoordelijk voor doelmatige inzet van zorg in de nachtelijke uren. Samenwerking mag, mits wordt voldaan aan de concurrentieregels. Afspraken moeten noodzakelijk en proportioneel zijn, individuele (contract)afspraken worden gemaakt met zorginkopers, keuzemogelijkheden van patiënten worden gewaarborgd, aanbieders worden niet uitgesloten van de samenwerking, exclusiviteit van zorginkopers wordt niet vereist en er wordt voorzichtig omgegaan met het uitwisselen van (concurrentiegevoelige) informatie
	Opleidingsbeleid verpleegkundigen				Scholingsplan en eisenplan	Uniformeren eisen rondom opleidingsbeleid verpleegkundigen	Uniformering eisen functieniveau/kwaliteitseisen
	Bestuur verklaring				Uniforme bestuurverklaring	Bestuur verklaring ondertekenen in inkoopportaal	Procedureel/administratief van aard
	Niveau indiceren gespecialiseerde verpleging				Min. HBO verpleegkundige en V&VN profiel	Uniform niveau verpleegkundige voor indiceren van gespecialiseerde verpleging	Uniformering eisen functieniveau/kwaliteitseisen
	Digitale uitwisseling cliëntgegevens				Met wijkverpleging, huisarts en ziekenhuis	Uniformeren methodiek en platform	Procedureel/administratief van aard
	Digitale uitwisseling patiënt				Volgens geldende wet- en regelgeving		

Eerste aanzet uniformering eisen basiscontract (3/3)

Wijkverpleging

BC = Bepalend concurrentieel;
Inv = Innovatie; U = Uniformeerbaar

Categorie	Voorwaarde	Voorzet indeling			Toelichting		Mededingingsrechtelijke evaluatie
		BC	Inv	U	Uniformeerbaar naar wat?	Waarom uniformeerbaar?	
Basis	Max. aantal aanbieders in AGB-webzoeker waar indicerende wijk vpk aan gekoppeld mag zijn				N.v.t.	N.v.t.	-
	Risicosignalering zorgproblemen						
	Richtlijn veilige principes medicatieketen						
	Contactafspraken met andere aanbieders en instanties (bijv. gemeenten)				Nader te bepalen	Instanties uniformeren waar aanbieder contactafspraak mee moet hebben	Procedureel/administratief van aard

Eerste aanzet uniformering eisen pluscontract (1/10)

Wijkverpleging

BC = Bepalend concurrentieel;
Inv = Innovatie; U = Uniformeerbaar

Categorie	Voorwaarde	Voorzet indeling			Toelichting		Mededingingsrechtelijke evaluatie
		BC	Inv	U	Uniformeerbaar naar wat?	Waarom uniformeerbaar?	
Doel-matigheid	Benchmark criteria				N.v.t.	N.v.t.	-
	Benchmark indicatoren				Nader te bepalen	Verschillende indicatoren (bijv. uren en/of kosten per pt. p.j.) gekoppeld aan vergelijkbare criteria zorgt voor verwarring	Uniformering van meetmethode
	Correctie benchmark				Nader te bepalen	Verwarring doordat data van aanbieders op verschillende manieren gecorrigeerd worden	Uniformering van meetmethode
	Meetperiode benchmark				Meetperiode gelijktrekken, bijv. periode juni t/m mei voorafgaand aan contractering	Meetperiode van benchmark data gelijktrekken	Uniformering van meetmethode
	Afkapwaarden differentiatie benchmark				N.v.t.	N.v.t.	-
	Uitsluitingscriteria benchmark				Nader te bepalen	Aanbieders met bepaalde omvang worden soms wel en soms niet geïncludeerd in BM afhankelijk van zorgverzekeraar	Uniformering van meetmethode
	Meetperiode uitsluitingscriteria BM				Meetperiode gelijktrekken, bijv. periode juni t/m mei voorafgaand aan contractering	Meetperiode uitsluitingscriteria benchmark (bijv. minimale omvang) gelijktrekken met meetperiode benchmark data	Uniformering van meetmethode
	Zorgkostenplafond				N.v.t.	N.v.t.	-
	AanbiedenAH maatwerkafspraken				N.v.t.	N.v.t.	-

Eerste aanzet uniformering eisen pluscontract (2/10)

Wijkverpleging

BC = Bepalend concurrentieel;
Inv = Innovatie; U = Uniformeerbaar

Categorie	Voorwaarde	Voorzet indeling			Toelichting		Mededingingsrechtelijke evaluatie
		BC	Inv	U	Uniformeerbaar naar wat?	Waarom uniformeerbaar?	
Medische kindzorg	Hoofdbehandelaar/ eindverantwoordelijke				Kinderarts, medisch specialist of HA	Alle zorgverzekeraars noemen kinderarts, maar niet allemaal noemen medisch specialist of huisarts	Uniformering eisen functieniveau/kwaliteitseisen
	Niveau zorgverlener indicatiestelling				Kinderaantekening	Meeste zorgverzekeraars vragen om kinderaantekening, maar o.a. min. HBO-niveau verschilt	
	Eisen zorgplan				O.a. opnemen aard, omvang, duur van zorg, evaluatie in zorgplan	Eisen overlappen op dit moment deels tussen wat aanbieders op moeten nemen in zorgplan	Uniformering eisen functieniveau/kwaliteitseisen
	Extra kwaliteitseisen (MKS, Handvest Kind en Zorg)				N.v.t.	N.v.t.	-
	VOG				VOG vereist		Procedureel/administratief van aard
	Zorgprogramma's voor specifieke doelgroepen				N.v.t.	N.v.t.	-
	24/7 oproepbaarheid				N.v.t.	N.v.t.	-
Medische kindzorg	Kindermishandeling				Geldende meldcode aanhouden	Standaardiseren naar geldende meldcode voor kindermishandeling en/of huiselijk geweld	Uniformering eisen functieniveau/kwaliteitseisen
	Patiëntervaring methodiek				PREM	Uniformeren meetmethode lijkt competitie niet te beperken, wel impact admin. last	Uniformering meetmethode klantervaringsonderzoeken

Eerste aanzet uniformering eisen pluscontract (3/10)

Wijkverpleging

BC = Bepalend concurrentieel;
Inv = Innovatie; U = Uniformeerbaar

Categorie	Voorwaarde	Voorzet indeling			Toelichting		Mededingingsrechtelijke evaluatie
		BC	Inv	U	Uniformeerbaar naar wat?	Waarom uniformeerbaar?	
Palliatief terminale zorg	Eisen zorgplan				O.a. opnemen aard, omvang, duur van zorg, rolverdeling in zorgplan	Eisen overlappen op dit moment deels tussen wat aanbieders op moeten nemen in zorgplan	Uniformering eisen functieniveau/kwaliteitseisen
	Richtlijnen					Richtlijnen die benoemd worden overlappen deels, dit afstemmen tussen zorgverzekeraar	Uniformering eisen functieniveau/kwaliteitseisen
	Consultatievoorziening				N.v.t.	N.v.t.	-
	24/7 oproepbaarheid				N.v.t.	N.v.t.	-
	Scholing					Deze eis laten aansluiten bij eisen rondom scholing in richtlijnen, indien duidelijk aangegeven	Uniformering eisen functieniveau/kwaliteitseisen
	Palliatief verpleegkundig consulent					Bevoegdheid/bekwaamheid van beroepsgroep voor uitvoeren van bepaalde handelingen is te objectiveren	Uniformering eisen functieniveau/kwaliteitseisen
	Contact zorgverzekeraar palliatieve zorg				Indien palliatieve zorg langer nodig is dan drie maanden	Uniformeren wanneer aanbieder moet melden aan zorgverzekeraar wanneer zorg langer nodig is	Procedureel/administratief van aard
	Vaststellen palliativiteit in zorgdossier				Inhoud zorgdossier vaststellen en beschikbaarheid voor o.a. zorgverzekeraar, andere aanbieders afstemmen	Zorgverzekeraars vragen (deels) om een zorgdossier	Uniformering eisen functieniveau/kwaliteitseisen

Eerste aanzet uniformering eisen pluscontract (4/10)

Wijkverpleging

BC = Bepalend concurrentieel;
Inv = Innovatie; U = Uniformeerbaar

Categorie	Voorwaarde	Voorzet indeling			Toelichting		Mededingingsrechtelijke evaluatie
		BC	Inv	U	Uniformeerbaar naar wat?	Waarom uniformeerbaar?	
Netwerk ketenzorg dementie	Lid dementienetwerk				N.v.t.	N.v.t.	-
	Alleen contract in zorgkantoorregio zorgverzekeraar				N.v.t.	N.v.t.	-
	Jaar ervoor al afspraak				N.v.t.	N.v.t.	-
	Onderdelen regionaal netwerk					Afstemmen welke organisaties onderdeel moeten zijn van het netwerk	Gebruik van uniforme definities
	Meerjarenplan eisen				N.v.t.	N.v.t.	-
	Aanspreekpunten netwerk				Eén inhoudelijk en één bestuurlijk aanspreekpunt	Uniformeren wat de aanspreekpunten zijn	Procedureel/administratief van aard
	Samenwerking tussen aanbieders				N.v.t.	N.v.t.	-
	Aanleveren gegevens cliëntpopulatie en wachttijden				Vanzelfsprekende eisen: alle zorgverzekeraars wel of niet opnemen om verwarring te voorkomen	NZa beleidsregel dus zou uniform of te uniformeren moeten zijn	Procedureel/administratief van aard
	Beschikbaar stellen actuele informatie					Vrij algemene/vanzelfsprekend eis – zou voor alle aanbieders kunnen gelden en daarmee uniformeerbaar kunnen zijn	**Overig**: Binnen de keten is voor cliënten en vertegenwoordigers eenduidige en actuele informatie beschikbaar. Dit is een vanzelfsprekende eis die voor iedereen hetzelfde is en kent geen mededingingsrechtelijke bezwaren

Eerste aanzet uniformering eisen pluscontract (5/10)

Wijkverpleging

BC = Bepalend concurrentieel;
Inv = Innovatie; U = Uniformeerbaar

Categorie	Voorwaarde	Voorzet indeling			Toelichting		Mededingingsrechtelijke evaluatie
		BC	Inv	U	Uniformeerbaar naar wat?	Waarom uniformeerbaar?	
Thuiszorg tech-nologie	Definitie thuiszorgtechnologie				NZa	Aansluiten bij bestaande definitie van NZa	Gebruik van uniforme definities
	Onder welke wet thuiszorgtechnologie valt						Dit is niet aan de markt om te uniformeren, partijen dienen uit te zoeken welke situatie onder welke wet valt
	Eisen zorgplan				Elementen in plan moeten SMART zijn	Uniformeren naar zelfde vereisten rondom formuleren elementen in zorgplan	Uniformering eisen functieniveau/kwaliteitseisen
	Geen dubbele financiering				N.v.t.	N.v.t.	-
	Doelen thuiszorgtechnologie				N.v.t.	N.v.t.	-

Voorbeelden die door het veld genoemd worden van verschillende eisen die zorgverzekeraars hanteren voor thuiszorgtechnolgie zijn o.a. i) verschillen in gevraagde onderbouwing van technologieën, ii) niet-uniforme aanvraagformuleren, iv) verschillende eisen in de Zvw vs. de Wlz, etc.

Eerste aanzet uniformering eisen pluscontract (6/10)

Wijkverpleging

BC = Bepalend concurrentieel;
Inv = Innovatie; U = Uniformeerbaar

Categorie	Voorwaarde	Voorzet indeling			Toelichting		Mededingingsrechtelijke evaluatie
		BC	Inv	U	Uniformeerbaar naar wat?	Waarom uniformeerbaar?	
Case-mgmt. dementie	Eerdere afspraak zorgverzekeraar				N.v.t.	N.v.t.	-
	Expertiseprofiel				V&VN en BPSW	Zorgverzekeraars keuren V&VN goed, sommige ook BPSW	Uniformering eisen functieniveau/kwaliteitseisen
	Eisen casemanager					Bevoegdheid/bekwaamheid van beroepsgroep voor uitvoeren van bepaalde handelingen is te objectiveren	Uniformering eisen functieniveau/kwaliteitseisen
	Wachttijden doorgeven zorgverzekeraar				Bij overschrijding treeknorm	Wanneer melden wachttijd, naast aan de NZa, ook aan zorgverzekeraar	Uniformering eisen functieniveau/kwaliteitseisen
	Regionaal dementienetwerk				Vaste richtlijnen voor regionaal dementienetwerk	Voorwaarden waar regionaal netwerk aan moet voldoen uniformeren	Gebruik van uniforme definities
	Zorgaanbieder moet werken aan sleutelindicatoren uit Netwerk Review Scan				N.v.t.	N.v.t.	-

Eerste aanzet uniformering eisen pluscontract (7/10)

Wijkverpleging

BC = Bepalend concurrentieel;
Inv = Innovatie; U = Uniformeerbaar

Categorie	Voorwaarde	Voorzet indeling			Toelichting		Mededingingsrechtelijke evaluatie
		BC	Inv	U	Uniformeerbaar naar wat?	Waarom uniformeerbaar?	
Specialis-tische verpleging	Eerdere afspraak zorgverzekeraar				N.v.t.	N.v.t.	-
	Niveau verpleegkundige				Minimaal HBO verpleegkundige vpk	Minimaal HBO vpk niveau als eis voor opleiding vpk voor specialistische verpleging	Uniformering eisen functieniveau/kwaliteitseisen
	Afstemming met keten				Nader te bepalen	Afstemmen met o.a. huisarts en reguliere wijkverpleegkundige	Gebruik van uniforme definities
	Kwaliteitsregister				V&VN	Kwaliteitsregister beroepsvereniging gelijkstellen	Uniformering eisen functieniveau/kwaliteitseisen
	Het hebben van werkafspraken met ziekenhuizen				N.v.t.	N.v.t.	-
	Eisen thuiszorgteam voor specialistische verpleging				N.v.t.	N.v.t.	-

Eerste aanzet uniformering eisen pluscontract (8/10)

Wijkverpleging

BC = Bepalend concurrentieel;
Inv = Innovatie; U = Uniformeerbaar

Categorie	Voorwaarde	Voorzet indeling			Toelichting		Mededingingsrechtelijke evaluatie
		BC	Inv	U	Uniformeerbaar naar wat?	Waarom uniformeerbaar?	
Onplan-bare nachtzorg	Eerdere afspraak zorgverzekeraar				N.v.t.	N.v.t.	-
	Tijd opnemen telefoon				Geen seconde eis	Maximale reactietijd voor opnemen telefoon uniformeren	Uniformering eisen functieniveau/kwaliteitseisen
	Werkkader				'Gezamenlijk kader toekomstbestendige wijkverpleging'	Gezamenlijk kader van o.a. Actiz, V&VN, ZN en Zorgthuisnl	Uniformering eisen functieniveau/kwaliteitseisen
	Declaratie				Op patiëntniveau	Declaratiesystematiek uniformeren	
	Samenwerkings-afspraken met andere aanbieders regio				N.v.t.	N.v.t.	-
	Communicatie netwerkrol				Geen inspanningsverplichting opnemen	Inspanningsverplichting communicatie netwerkrol	Uniformering eisen functieniveau/kwaliteitseisen
	Minimaal niveau binnen 30 min op locatie				Minimaal MBO niveau 4	Eisen die zorgverzekeraar stelt aan niveau zorgverlener die binnen 30 min op locatie kan zijn	Uniformering eisen functieniveau/kwaliteitseisen
Onplan-bare nachtzorg	Toegang patiëntsysteem voor beschikbaarheids-dienst				Nader te bepalen	Systeem uniformeren	Procedureel/administratief van aard
	Triageprotocol				N.v.t.	N.v.t.	-
	Samenstelling team				N.v.t.	N.v.t.	-

Eerste aanzet uniformering eisen pluscontract (9/10)

Wijkverpleging

BC = Bepalend concurrentieel;
Inv = Innovatie; U = Uniformeerbaar

Categorie	Voorwaarde	Voorzet indeling			Toelichting		Mededingingsrechtelijke evaluatie
		BC	Inv	U	Uniformeerbaar naar wat?	Waarom uniformeerbaar?	
Regie-functie wondzorg	Deadline behandelplan				Geen deadline na eerste consult	Alle zorgverzekeraars behalve één hebben geen deadline	Uniformering eisen functieniveau/kwaliteitseisen
	Systeem t.b.v. multidisciplinaire communicatie				EPD en gegevensverzameling (o.a. gegevens verzekerde, verwijzing, diagnose, etc.)	EPD t.b.v. multidisciplinaire samenwerking met eisen gegevens	Procedureel/administratief van aard
	Eisen verantwoordelijk wondregisseur				Wondverpleegkundige, vpk specialist complexe wondzorg, wondconsulent of MSc wound Healing and Tissue Repair	Uniformeren specifieke opleidingseisen voor een wondregisseur	Uniformering eisen functieniveau/kwaliteitseisen
	Eisen multidisciplinaire samenwerking				N.v.t.	N.v.t.	
	Eisen regionaal overleg				N.v.t.	N.v.t.	
	Eisen beleidsplan				Uniformeer benodigde elementen in het beleidsplan	Uniformeren wat gevraagd wordt omtrent scholing in het beleidsplan	Uniformering eisen functieniveau/kwaliteitseisen

Eerste aanzet uniformering eisen pluscontract (10/10)

Wijkverpleging

BC = Bepalend concurrentieel;
Inv = Innovatie; U = Uniformeerbaar

Categorie	Voorwaarde	Voorzet indeling			Toelichting		Mededingingsrechtelijke evaluatie
		BC	Inv	U	Uniformeerbaar naar wat?	Waarom uniformeerbaar?	
Regie-functie wondzorg	Richtlijnen				Specificeren welke richtlijnen gelden	Uniformeren naar alle geldende richtlijnen	**Overig:** Het specificeren van welke richtlijnen nodig zijn raakt niet aan concurrentieparameters, en lijkt dus mededingingsrechtelijk te zijn toegestaan
	Uitkomstindicatoren				N.v.t.	N.v.t.	-
	Frequentie verantwoording uitkomstindicatoren				Twee keer per jaar (bijv. 30 juni en 31 december)	Uniformeren frequentie en deadline aanleveren uitkomstindicatoren	Procedureel/administratief van aard
	Eisen verwijzer				Wijk vpk, (vpk) specialist of HA	Uniformeren naar dezelfde zorgverleners die mogen verwijzen	Uniformering eisen functieniveau/kwaliteitseisen

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)

2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)

3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)

4. MSZ (p. 34 – 86)

5. GGZ (p. 87 – 103)

6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)

7. Appendix (p. 189 – 274)

7.4 Appendix wijkverpleging

- **7.4.2 Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel**

Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel

Maatregel 1: uniformering van elementen in de contracten in de wijkverpleging (1/3)

Onderdeel	Doorrekening	Inputvariabelen	Bron
Impact contractering aanbieder	Aantal gecontracteerde aanbieders in NL * uur besteed aan contractonderhandeling per aanbieder * aantal zorgverzekeraars met actieve onderhandeling * percentage tijdsbesparing door uniforme passage * kosten medewerker kwaliteit en veiligheid per uur * impact per jaar i.v.m. meerjarencontracten	Aantal gecontracteerde aanbieders in NL = 500	Paneldiscussie mei 2022: de grote zorgverzekeraars gaan uit van ~500 contracteerpartijen in de wijkverpleging, beeld wordt ondersteund door Actiz en ZN
		Uur besteed aan contractonderhandelingen per aanbieder = 6 tot 8	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews met aanbieders, sterk conservatieve aanname genomen want onrealistisch om te verwachten dat een aanbieder minder tijd kwijt is dan 6 uur om een contract af te sluiten
		Aantal zorgverzekeraars met actieve onderhandeling = 3	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews en beeld industrie expert
		Percentage tijdsbesparing door uniforme passage = 30%	Vanuit de verschilanalyse is gebleken dat een deel van de huidige verschillen tussen verzekeraars te uniformeren is. Alhoewel er nuances zijn per sector, is over het algemeen te zeggen dat ~60% van de geïdentificeerde verschillen (zowel binnen het basis en pluscontract) te uniformeren is. Zoals gezegd, we zien enige verschillen per sector, maar de mogelijkheden tot uniformering zitten in dezelfde 'orde grote', en om geen valse zekerheid te creëren hebben de onderzoekers besloten om in de budgettaire doorrekening gebruik te maken van hetzelfde en meest conservatieve percentage uniformeerbaar. De aard van deze verschillen is belangrijk om te noemen. De verschillen die uniformeerbaar zijn, zijn niet de onderwerpen waaraan de meeste tijd wordt besteed in de onderhandeling. *[zie volgende pagina voor vervolg]*

Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel

Maatregel 1: uniformering van elementen in de contracten in de wijkverpleging (2/3)

Onderdeel	Doorrekening	Inputvariabelen	Bron
Impact contractering aanbieder *[vervolg]*	*[zie vorige pagina]*	Percentage tijdsbesparing door uniforme passage = 30% *[vervolg]*	*[vervolg]* Desondanks zijn de verschillen die uniformeerbaar zijn ook niet triviaal (en wordt er dus over gesproken tijdens de onderhandeling). Gegeven deze geschetste aard van de verschillen, betekent een 60% uniformering van de verschillen, geen 60% tijdsreductie in de contracteringsprocessen en impact in de dagelijkse praktijk. PwC Strategy& heeft een conservatieve inschatting gemaakt door een risicomarge van 50% toe te passen. Hierdoor is in alle eerstelijnssectoren gerekend met een mogelijkheid van 30% minder tijdsbesteding in het proces van contractering.
		Kosten medewerker kwaliteit en veiligheid per uur = salaris * factor totale werkgevers lasten (130%) = €36,16	Salaris: vacature specialist kwaliteit en veiligheid Factor totale werkgevers lasten: standaard definitie
		Impact per jaar i.v.m. meerjarencontracten = 97% (6% is meerjarig, dus gem. impact per jaar is 0,5*6%+1*94% = 97%)	NZa; Monitor contractering wijkverpleging 2022)
Impact contractering zorgverzekeraar	Aantal zorgverzekeraars in NL * uur besteed aan opstellen per inkoopbeleid * percentage tijdsbesparing door uniforme passage * kosten controller per uur * impact per jaar i.v.m. meerjarencontracten	Aantal zorgverzekeraars in NL = 10	Algemene aanname
		Uur besteed aan opstellen per inkoopbeleid = 40-80	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews en industrie expert
		Percentage tijdsbesparing door uniforme passage = 30%	Zie bron bij maatregel 1, impact contractering aanbieder
		Kosten senior controller per uur = salaris * factor totale werkgevers lasten (130%) = €47,38	Salaris: vacature VGZ Senior controller Factor totale werkgevers lasten: standaard definitie
		Impact per jaar i.v.m. meerjarencontracten = 97% (6% is meerjarig, dus gem. impact per jaar is 0,5 * 6% + 1 * 94% = 97%)	NZa; Monitor contractering wijkverpleging 2022)

Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel

Maatregel 1: uniformering van elementen in de contracten in de wijkverpleging (3/3)

Onderdeel	Doorrekening	Inputvariabelen	Bron
Impact uitvoer bedrijfsvoering aanbieders (rekening houden met uiteenlopende voorwaarden)	Aantal gecontracteerde aanbieders in NL * uur besteed aan uiteenlopende voorwaarden per week per aanbieder * percentage tijdsbesparing door uniformering * weken per jaar * kosten business controller per uur	Aantal gecontracteerde aanbieders in NL = 500	Zie bron bij maatregel 1
		Uur besteed aan uiteenlopende voorwaarden per week per aanbieder = 1,0	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews met aanbieders in de wijkverpleging, de paneldiscussie in mei 2022 en de geconstateerde verschillen in de verschillenanalyse
		Percentage tijdsbesparing door uniformering = 30%	Zie bron bij maatregel 1, impact contractering aanbieder
		Weken per jaar = 46	52 weken -/- 6 weken vakantie en publieke vrije dagen
		Kosten business controller per uur = salaris * factor totale werkgevers lasten (130%) = €42,55	Salaris: vacature business controller zonnehuis groep Amstelland Factor totale werkgevers lasten: standaard definitie
Impact uitvoer dagelijkse werkzaamheden aanbieders (rekening houden met uiteenlopende voorwaarden)	Aantal FTE in wijkverpleging in NL * percentage dagelijks bezig met implementatie uiteenlopende voorwaarden * uur besteed aan uiteenlopende voorwaarden per week per persoon * percentage tijdsbesparing door uniformering * weken per jaar * kosten wijkverpleegkundige per uur	Aantal FTE in wijkverpleging in NL = 49447	Rijksoverheid prognose 2022; Panteia (2020), De situatie op de arbeidsmarkt in de wijkverpleging
		Percentage van het totaal aantal FTE dagelijks bezig met implementatie uiteenlopende voorwaarden = 50%	Aanname PwC Strategy& t.b.v. zekerheidsmarge
		Uur besteed aan uiteenlopende voorwaarden per week per FTE = 0,5 – 1,0	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews met aanbieders in de wijkverpleging en de geconstateerde verschillen in de verschillenanalyse
		Percentage tijdsbesparing door uniformering = 30%	Zie bron bij maatregel 1, impact contractering aanbieder
		Weken per jaar = 46	52 weken -/- 6 weken vakantie en publieke vrije dagen
		Kosten wijkverpleegkundige per uur = salaris * factor totale werkgevers lasten (130%) = €24,49	Salaris: Zorg en welzijn plein, infopunt Factor totale werkgevers lasten: standaard definitie

Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel

Maatregel 2: uniformering van proces van contractering in de wijkverpleging

Onderdeel	Doorrekening	Inputvariabelen	Bron
Impact aanbieder	Aantal gecontracteerde aanbieders in NL * uur besteed aan invullen gegevens per zorgverzekeraar * (aantal zorgverzekeraars per apotheek –1) * marge van totaal * kosten medewerker kwaliteit en veiligheid per uur * impact i.v.m. meerjarencontracten	Aantal gecontracteerde aanbieders in NL = 500	Zie bron bij maatregel 1
		Uur besteed aan invullen gegevens per zorgverzekeraar = 0,5	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews
		Aantal zorgverzekeraars per praktijk = 7	NZa (2020); Aanname PwC Strategy& o.b.v. industrie expert
		Marge besparingspotentieel = 80%	Aanname PwC Strategy& gebaseerd op de logica dat gegevens nog wel gecontroleerd moeten worden
		Kosten medewerker kwaliteit en veiligheid per uur = salaris * factor totale werkgevers lasten (130%) = €36,16	Salaris: vacature specialist kwaliteit en veiligheid Factor totale werkgevers lasten: standaard definitie
		Impact per jaar i.v.m. meerjarencontracten = 97% (6% is meerjarig, dus gem. impact per jaar is 0,5*6%+1*94% = 97%)	NZa; Monitor contractering wijkverpleging 2022)

Maatregel 3: vergroten transparantie eisen aanvullende modules

Onderdeel	Doorrekening	Inputvariabelen	Bron
Impact aanbieder	Aantal gecontracteerde aanbieders in NL * uur besteed aan uitzoekwerk per zorgverzekeraar * percentage tijdswinst door minder uitzoekwerk * kosten medewerker kwaliteit en veiligheid per uur * impact i.v.m. meerjarencontracten	Aantal gecontracteerde aanbieders in NL = 500	Zie bron bij maatregel 1
		Uur besteed aan uitzoekwerk per zorgverzekeraar = 0,5 – 1,0	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews
		Percentage tijdswinst door minder uitzoekwerk = 50%	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews
		Kosten medewerker kwaliteit en veiligheid per uur = salaris * factor totale werkgevers lasten (130%) = €36,16	Salaris: vacature specialist kwaliteit en veiligheid Factor totale werkgevers lasten: standaard definitie
		Impact per jaar i.v.m. meerjarencontracten = 97% (6% is meerjarig, dus gem. impact per jaar is 0,5 * 6% + 1 * 94% = 97%)	NZa; Monitor contractering wijkverpleging 2022)

Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel

Maatregel 4: pas meerjarencontractering toe waar dat mogelijk is

Onderdeel	Doorrekening	Inputvariabelen	Bron
Impact contractering aanbieder	Aantal gecontracteerde aanbieders in NL * uur besteed aan contractonderhandeling per aanbieder * aantal zorgverzekeraars met actieve onderhandeling * aantal zorgverzekeraars met actieve contractonderhandeling per aanbieder * kosten medewerker kwaliteit en veiligheid per uur * (1 - huidig percentage meerjarige contracten) * deel van contract wat vast komt te staan * impact meerjarig contract	Aantal gecontracteerde aanbieders in NL = 500	Zie bron bij maatregel 1
		Uur besteed aan contractonderhandelingen per aanbieder = 6 tot 8	Zie bron bij maatregel 1
		Aantal zorgverzekeraars met actieve onderhandeling = 3	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews en beeld industrie expert
		Kosten medewerker kwaliteit en veiligheid per uur = salaris * factor totale werkgevers lasten (130%) = €36,16	Salaris: vacature specialist kwaliteit en veiligheid Factor totale werkgevers lasten: standaard definitie
		Huidig percentage meerjarige contracten = 6%	NZa (2022), Monitor contractering wijkverpleging 2022
		Deel van contract wat vast komt te staan = 80% (een aantal onderdelen zal flexibel blijven zoals prijsafspraken)	Aanname PwC Strategy& o.b.v. toets op mededinging
		Impact meerjarig contract = 50% (bij tweejarig contract) tot 67% (bij driejarig contract)[1]	Berekening
Impact contractering zorgverzekeraar	Aantal contracten in omloop * uur per overleg met aanbieder per contract * kosten controller per uur * (1 -huidig percentage meerjarige contracten) * deel van contract wat vast komt te staan * impact meerjarig contract	Aantal contracten in omloop = 500 aanbieders met gemiddeld 3 contracten = 1500	Zie bron bij maatregel 1
		Uur per overleg met aanbieder per contract = 0,25 - 2	Paneldiscussie mei 2022; Aanname PwC Strategy& o.b.v. industrie expert
		Kosten senior controller per uur = salaris * factor totale werkgevers lasten (130%) = €47,38	Salaris: vacature VGZ Senior controller Factor totale werkgevers lasten: standaard definitie
		Huidig percentage meerjarige contracten = 6%	NZa (2022), Monitor contractering wijkverpleging 2022
		Deel van contract wat vast komt te staan = 80% (een aantal onderdelen zal flexibel blijven zoals prijsafspraken)	Aanname PwC Strategy& o.b.v. toets op mededinging
		Impact meerjarig contract = 50% (bij tweejarig contract) tot 67% (bij driejarig contract)[1]	Berekening

1) Bij een tweejarig contract worden de kosten voor een contracteringstraject eens in de twee jaar gemaakt, dus gemiddeld 1/2 = 0,5x per jaar (50%). Bij een driejarig contract worden de kosten voor een contracteringstraject eens in de drie jaar gemaakt, dus gemiddeld 1/3 = 0,33x per jaar waardoor er per jaar 1-0,33 = 0,67 (67%) van de kosten worden bespaard.

Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel

Maatregel 5: uniformeer het proces en de inhoud van de processtappen van de materiële controles in de wijkverpleging

Onderdeel	Doorrekening	Inputvariabelen	Bron
Impact proces	(Aantal MCs per jaar in NL * uur besteed per MC) * percentage dubbele MC's * percentage tijdswinst door uniformering proces * kosten medewerker kwaliteit en veiligheid per uur	Aantal MC's per jaar in NL = 100-120	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews zorgverzekeraars en extrapolatie t.o.v. marktaandeel
		Uur besteed per MC = 30-80	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews met aanbieders
		Percentage dubbele MC's = 10%	Feedback op concept eindrapportage
		Percentage tijdswinst door uniformering proces = 5%	Feedback op concept eindrapportage
		Kosten medewerker kwaliteit en veiligheid per uur = salaris * factor totale werkgevers lasten (130%) = €36,16	Salaris: vacature specialist kwaliteit en veiligheid Factor totale werkgevers lasten: standaard definitie
Impact inhoud	(Aantal MC's * uren besteed per MC) * percentage dubbele MC's * percentage tijdswinst door uniformering inhoud * kosten medewerker kwaliteit en veiligheid per uur	Aantal MC's per jaar in NL = 100-120	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews zorgverzekeraars en extrapolatie t.o.v. marktaandeel
		Uur besteed per MC = 30-80	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews met aanbieders
		Percentage dubbele MC's = 10%	Feedback op concept eindrapportage
		Percentage tijdswinst door uniformering proces = 5%	Feedback op concept eindrapportage
		Kosten medewerker kwaliteit en veiligheid per uur = salaris * factor totale werkgevers lasten (130%) = €36,16	Salaris: vacature specialist kwaliteit en veiligheid Factor totale werkgevers lasten: standaard definitie

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)
2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)
3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)
4. MSZ (p. 34 – 86)
5. GGZ (p. 87 – 103)
6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)
7. Appendix (p. 189 – 274)
7.5 Appendix farmacie

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)

2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)

3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)

4. MSZ (p. 34 – 86)

5. GGZ (p. 87 – 103)

6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)

7. Appendix (p. 189 – 274)

7.5 Appendix farmacie

- **7.5.1 Voorzet categorisering van de contractelementen**

Eerste aanzet uniformering eisen basiscontract (1/6)

Farmacie

BC = Bepalend concurrentieel;
Inv = Innovatie; U = Uniformeerbaar

Categorie	Voorwaarde	Voorzet indeling			Toelichting		Mededingingsrechtelijke evaluatie
		BC	Inv	U	Uniformeerbaar naar wat?	Waarom uniformeerbaar?	
Verlengde aflever-termijn[1]	Eerste uitgifte				15 dagen of kleinste HVP	Gelijk bij grootste deel zorgverzekeraars	**Overig:** Alle maatregelen in 'verlengde aflevertermijn' lijken potentieel een effect op prijs te kunnen hebben. Het al dan niet toestaan van een verlengde aflevertermijn houdt immers verband met, en kan een (indirect) effect hebben op, de kosten van een zorgverzekeraar. Uniformering Is alleen mogelijk als het effect op de prijs nihil is. Er is additioneel onderzoek nodig om dit vast te stellen
	Opiaten				Geen extra eis	Eén zorgverzekeraar met extra eis[2] met beperkte impact kwaliteit/betaalbaarheid	
	Benzodiazepines				1 maand of geen eis	Nader te bepalen, evt. gelijk maximum stellen tussen zorgverzekeraars om bandbreedte te bepalen waarmee verspilling van medicatie wordt voorkomen	
	Palliatieve/terminale fase				15 dagen of geen eis		
	Max. aflevertermijn 'gewone' chronische medicatie				Max. 1 jaar, tenzij beperkingen vanuit houdbaarheid of gevaar gezondheid		
	OAC (antistollingsmedicijnen)				1 jaar		
	Definitie duur: bedrag per maand (27DDD)				1.000 incl. BTW	Bedragen variëren in beperkte mate (500, 1.000, 1.000 incl. BTW, 1.000 excl. BTW)	**Overig** Het is mogelijk om af te stemmen of de gegeven bedragen excl. of incl. BTW worden gesteld. Het is vanuit het mededingingsrecht niet toegestaan om de hoogte van het bedrag vast te stellen zonder een voorafgaande analyse naar de effecten daarvan
	Maximale aflevertermijn dure geneesmiddelen				1 maand, na instelperiode 6 maanden: 3 maanden	Gelijk bij grootste deel zorgverzekeraars	**Overig:** Zie analyse 'alle maatregelen in 'verlengde aflevertermijn'
	Jaarrecept regeling				Ja, tenzij voorschrijver onverantwoord acht	Mag bij zes van acht zorgverzekeraars; overlaten aan voorschrijver	
	Toestaan knippen				Niet: betaling WMG. Wel: levering o.b.v. voorschrift en behoefte patiënt/datum vervolgconsult		

1) Vanaf 1 januari 2018 is het mogelijk om bepaalde medicijnen voor een periode langer dan drie maanden mee te krijgen. De situatiemoet dat wel toelaten (bijv.: het moet medisch verantwoord zijn. De patiënt kan kiezen uit een 4-, 6-, 9-, of 12-maandslevering in plaats van ieder kwartaal.
2) "Zo min mogelijk kortwerkende opiaten, vanaf TU bij toename en > 30 dagen contact voorschrijver"

Eerste aanzet uniformering eisen basiscontract (2/6)

Farmacie

BC = Bepalend concurrentieel;
Inv = Innovatie; U = Uniformeerbaar

Categorie	Voorwaarde	Voorzet indeling			Toelichting		Mededingingsrechtelijke evaluatie
		BC	Inv	U	Uniformeerbaar naar wat?	Waarom uniformeerbaar?	
Import van medicatie	Hoe declareren				Eén manier van declareren realiseren	Apart formulier of vrije tekstregel leidt tot extra admin. last zonder voordeel	Procedureel/administratief van aard
	Wanneer wel/niet				Alleen als alternatieven niet beschikbaar zijn, op grond van principes doelmatigheid[1]	Logisch gevolg preferentiebeleid; definitie principes van doelmatigheid specificeren	**Overig:** De vraag wanneer wel/niet mag worden geïmporteerd, raakt aan de commerciële inhoud van het contract en de kosten van een zorgverzekeraar
	Transportkosten vergoeding				N.v.t.	N.v.t.	-
	Overig – prijs die in rekening gebracht wordt				N.v.t.	N.v.t.	-
Vakantie patiënt	Hoeveelheid en tijdsduur				Gebruikelijke hoeveelheid als patiënt niet met vakantie gaat, mits medisch/ farmaceutisch verantwoord	Overige extra eisen maken aanvraag complexer, met geen/beperkte impact op gebruik van patiënten	**Overig:** Zie opmerking verlengde aflevertermijn
Dieet prepara-ten	Opname farmacie overeenkomst				N.v.t.	N.v.t.	-
	Wijze aanvragen				Volgens formulier ZN	Apart formulier of vrije tekstregel leidt tot extra admin. last zonder duidelijk voordeel	Procedureel/administratief van aard
	Uitzonderingen sondevoeding/pompen				N.v.t.	N.v.t.	-
	Tijdsduur startpakket en vervolg				Startpakket 14 dagen, vervolg max. 31 dagen	Startpakket en vervolg verschillen 1 dag qua tijdsduur; lijkt te overbruggen	**Overig:** Tijdsduur startpakket en vervolg kan niet worden geüniformeerd zonder nader onderzoek naar effecten op de mededinging. Gelijktrekken definities van halve hele maand is wel mogelijk

1) Import van medicatie uit andere landen. Parallelimport speelt voor multi-source geneesmiddelen in Nederland vrijwel geen rol, omdat de prijzen in Nederland tot de laagste in Europa behoren. Voor single-source middelen kan import echter wel degelijk grote voordelen opleveren, en groothandels maken dus ook zeker gebruik van deze mogelijkheid. (Bron: Gupta 2019). ONVZ: “Importeren kan alleen als het doelmatig is”, Z&Z: “Alleen als gangbare alternatieven niet beschikbaar zijn, mag de apotheek het bestellen in het buitenland. Hiervoor gelden de principes van doelmatigheid”, Menzis: “Indien generieke middelen binnen hetzelfde PRK cluster of gekoppeld cluster beschikbaar zijn worden deze geleverd:

Eerste aanzet uniformering eisen basiscontract (3/6)

Farmacie

BC = Bepalend concurrentieel;
Inv = Innovatie; U = Uniformeerbaar

Categorie	Voorwaarde	Voorzet indeling			Toelichting		Mededingingsrechtelijke evaluatie
		BC	Inv	U	Uniformeerbaar naar wat?	Waarom uniformeerbaar?	
Medische noodzaak (MN)	Wanneer				N.t.b.	N.t.b.	Het is voor de onderzoekers van PwC Strategy& op dit moment onduidelijk of hier op dit moment een rechtszaak over gaande is. Het is dan ook niet mogelijk gebleken een mededingingstoets uit te voeren
	Vastlegging				Vastlegging in declaratie	Andere manieren leiden tot extra admin. last zonder duidelijk voordeel	Procedureel/administratief van aard
	Afrekenen patiënt mogelijk indien geen MN				Ja	Vrije keuze patiënt	**Overig** Uit onderzoek lijkt te volgen dat zorgverzekeraars de optie niet mogen beperken wettelijk. Indien die aanname juist is, dan kan worden geüniformeerd
Pre-ferentie Baxter	Aangewezen preferente middelen				N.v.t.	N.v.t.	-
	Preferentie doelstelling en consequentie				N.v.t.	N.v.t.	-
	Meetperiode				Gehele jaar, zelfde periode	Langste periode, neemt evt. seizoens-effecten in medicatiegebruik mee	Uniformering meetmethode
	Meetmethode				Niveau verstrekkende AGB; a.d.h.v. regels of DDD; excl. MN	Definitie gelijkstellen	
	Baxterregels meetellen				Nader te bepalen	6/8 tellen niet, 1/8 wel, 1/8 aparte indicator; welk percentage gevallen impact uitkomst?	

Eerste aanzet uniformering eisen basiscontract (4/6)

Farmacie

BC = Bepalend concurrentieel;
Inv = Innovatie; U = Uniformeerbaar

Categorie	Voorwaarde	Voorzet indeling			Toelichting		Mededingingsrechtelijke evaluatie
		BC	Inv	U	Uniformeerbaar naar wat?	Waarom uniformeerbaar?	
Door-geleverde berei-dingen	Methode berekening LPG[1]				Landelijk werkende grootbereiders ongeacht hun marktaandeel, die van IGJ mogen leveren.	IGJ stelt standaard	**Overig**: Keuze van leveranciers voor bepaling LPG lijkt prijseffect mee te brengen. De reden voor zorgverzekeraars om voor bepaalde leveranciers te kiezen en de hoogte van een potentieel prijseffect bepalen of er sprake is van merkbare beperking van de mededinging. M.a.w. zijn de verschillen in de lijst met groot-bereiders bewuste keuze van de zorgverzekeraars of eerder 'historisch zo gegroeid'
	Eisen rondom hoogte declaratie				N.v.t.	N.v.t.	-

1) Hier zit een verschil tussen welke leveranciers worden gebruikt op de Laagste Prijs Garantie (LPG) te baseren. Bijv. ZK: "leveranciers die landelijk kunnen leveren: CEBAN, Magistrale bereider, Pharmaline, Fagron, Coll.bereider, Pharmalot, Apotheek A15, ACE.", Menzis: "Op basis van alle landelijk werkende grootbereiders ongeacht hun marktaandeel, die van IGJ (inspectie) mogen leveren", ONVZ: "Producten van Pharmaline, Ceban, Pharmalot, (+ 4 anderen)

Eerste aanzet uniformering eisen basiscontract (5/6)

Farmacie

BC = Bepalend concurrentieel;
Inv = Innovatie; U = Uniformeerbaar

Categorie	Voorwaarde	Voorzet indeling			Toelichting		Mededingingsrechtelijke evaluatie
		BC	Inv	U	Uniformeerbaar naar wat?	Waarom uniformeerbaar?	
Medicatie be-oordeling	Frequentie				Max één keer per jaar, vaker als sprake MN of FN en machtiging zorgverzekeraar	Al grotendeels uniform, enkel uitzondering (geen mogelijkheid tot vaker) doortrekken	Is een rechtstreekse invulling van doelmatigheid – het maximale dat een zorgverzekeraar bereid is te vergoeden
	Onder eigen risico				N.v.t.	N.v.t.	-
	Richtlijn en voorwaarden				Richtlijn KNMP	Uniformeren naar bestaande standaard (enige zorgverzekeraar met uitzondering heeft strenger beleid)	Uniformering eisen functieniveau/kwaliteitseisen
	Overige eisen				Ter discussie: wisselende additionele eisen[1]	Onduidelijke impact op administratieve last	
Farmac. Begelei-ding opname/ ontslag	Algemeen				Richtlijn “overdracht medicatiegegevens in de keten”; regionale afspraken op verzoek in te zien	Uniformeren naar bestaande standaard	
	Begeleiding i.v.m. ontslag				Uniformeren naar bestaande standaard; conform prestatiebeschrijving zonder nadere voorwaarden – noodzaak additionele voorwaarden onduidelijk en verwarrend v.w.b. zorgstandaard	Bestaande standaard	
	Begeleiding i.v.m. opname						
	Begeleiding i.v.m. polikliniekbezoek						
	Tarieven begeleiding (apart/onderdeel P1)				N.v.t.	N.v.t.	-

1) Geen declaratie indien de prestatie in voorgaande 12 maanden door (andere) zorgverlener is aangeboden, tenzij er sprake is van een nieuwe medische of farmaceutische noodzaak.; Toestemming verzekerde vastleggen in dossier; Niet bij ziekenhuisopname of opname binnen zeven dagen; Ook beoordelen doelmatigheid en *deprescribing*; Bij niet voldoen aan de criteria geldt een akkoordverklaring (beschikbaar op de website van zorgverzekeraar); Maximaal 5% uitvoeren bij patiënten die niet aan basisvoorwaarden voldoen; Markeren te stoppen medicatie in AIS zodat er een melding komt bij opnieuw starten

Eerste aanzet uniformering eisen basiscontract (6/6)

Farmacie

BC = Bepalend concurrentieel;
Inv = Innovatie; U = Uniformeerbaar

Categorie	Voorwaarde	Voorzet indeling			Toelichting		Mededingingsrechtelijke evaluatie
		BC	Inv	U	Uniformeerbaar naar wat?	Waarom uniformeerbaar?	
Overig	Standaardbepalingen in basiscontract				Standaardbepalingen onder kopje “standaardbepalingen”, bij allen hetzelfde	Locatie in basiscontract vs. standaardbepaling onnodig verwarrend	Gebruik van uniforme definities
	Definities | multi-source/single-source					NFZG geeft aan dat er verschillende definities worden gebruikt door zorgverzekeraars	
	Definities | grootverpakkingen						
	Niet leverbare geneesmiddelen				Wekelijkse SFK leidend voor niet leverbare i) preferent, ii) LPG referentie, iii) IDEA referentie producten	Is meer een definitiekwestie dan inhoud	Gebruik van uniforme definities
	Vergoeding vanuit av				Wel/geen onderdeel contract? Wel/niet conform basisovereenkomst? Niet: inhoud van de vergoeding		Procedureel/administratief van aard

Eerste aanzet uniformering eisen pluscontract (1/3)

Farmacie

BC = Bepalend concurrentieel;
Inv = Innovatie; U = Uniformeerbaar

Categorie	Voorwaarde		Voorzet indeling			Toelichting		Mededingingsrechtelijke evaluatie
			BC	Inv	U	Uniformeerbaar naar wat?	Waarom uniformeerbaar?	
Doel-matigheid	Aflever-termijn chron. medicatie	Termijn				Eénzelfde termijn	Niet/nauwelijks concurrentieel	Uniformering meetmethode
		Meet-periode				Zelfde periode	Niet/nauwelijks concurrentieel	
	Meer-wekelijkse WTH (Baxter)	Indicator[1]				Meerwekelijks		
		Meet-methode[1]				(# receptregels (rr) 2-wekelijks * twee + # rr 3-wekelijks * 3) / (# rr week * 1 + # rr 2-wekelijks *2 + # rr 3-wekelijks * 3)		
		% (afkap)				N.v.t.	N.v.t.	-
		Meet-periode				Geheel jaar, vast afkappunt		Uniformering meetmethode
	Preferen-tiegraad	%				N.v.t.	N.v.t.	-
		Meet-methode				Nader te bepalen (schadelast of DDD)		Uniformering meetmethode
		Meet-periode				Geheel jaar, vast afkappunt		
		Preferente middelen				N.v.t.	N.v.t.	-
	Preferentie op Baxter					Nader te bepalen		Uniformering meetmethode
	Substitutiegraad					Nader te bepalen		

1) Zorgverzekeraars die methode specificeren (2) doen dit op verschillende wijze, namelijk Methode 1: (CZ) Meerwekelijks – gemeten in: aantal receptregels tweewekelijks vermenigvuldigd met twee + aantal receptregels driewekelijks maal 3)/(Aantal receptregels week maal 1 + aantal receptregels tweewekelijks maal 2 + aantal receptregels driewekelijks maal 3). Methode 2: (Menzis) Tweewekelijks – gemeten in (aantal receptregels tweewekelijks vermenigvuldigd met twee)/((aantal receptregels twee vermenigvuldigd met twee) + aantal receptregels éénwekelijks)

Eerste aanzet uniformering eisen pluscontract (2/3)

Farmacie

BC = Bepalend concurrentieel;
Inv = Innovatie; U = Uniformeerbaar

Categorie	Voorwaarde		Voortzet indeling			Toelichting		Mededingingsrechtelijke evaluatie
			BC	Inv	U	Uniformeerbaar naar wat?	Waarom uniformeerbaar?	
Service	Ruimere openingstijden					Nader te bepalen	Wel/niet stellen van eis	Uniformering meetmethode. NB: de definitie van 'ruim' kan niet worden geüniformeerd, dit is een concurrentieel element. De manier waarop er wordt gemeten kan wel worden geüniformeerd (bijv. is aanwezigheid apotheker vereist om 'open' te zijn?)
	Uitgifteapparaat					N.v.t.	N.v.t.	-
	Kijk-sluiter/ Kijk-gesprek	Account						
		E-learnings						
		Score deelname						
		Data deling				Zelfde proces-eisen stellen		Uniformering meetmethode
		Deadline				Zelfde proces-eisen stellen		
	Chatfunctie of webapplicatie					N.v.t.	N.v.t.	-
	Website					N.v.t.		-

Eerste aanzet uniformering eisen pluscontract (3/3)

Farmacie

BC = Bepalend concurrentieel;
Inv = Innovatie; U = Uniformeerbaar

Categorie	Voorwaarde	Voortzet indeling			Toelichting		Mededingingsrechtelijke evaluatie
		BC	Inv	U	Uniformeerbaar naar wat?	Waarom uniformeerbaar?	
Onderzoek patiënt-ervaring	Onderzoek				PREM, CQI of gelijkwaardig		Uniformering meetmethode
	Meetbureau				Zolang gekwalificeerd		
	Meetperiode				Jaarlijks (zelfde start/eind)		
	Minimale schaal				Nader te bepalen		
	Benchmark bureau				Meetbureau levert data aan verwerker		
	Gespecificeerde vragen				N.v.t.	N.v.t.	-
	Score						
Kwaliteit	FTO niveau				N.v.t.	N.v.t.	-
	IVM-indicatoren				N.v.t.	N.v.t.	-
	MFB's				N.v.t.	N.v.t.	-
	Deelname KIF				N.v.t.	N.v.t.	-

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)

2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)

3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)

4. MSZ (p. 34 – 86)

5. GGZ (p. 87 – 103)

6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)

7. Appendix (p. 189 – 274)

7.5 Appendix farmacie

- **7.5.2 Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel**

Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel

Maatregel 1: uniformering van elementen in de contracten in de farmacie (1/3)

Onderdeel	Doorrekening	Inputvariabelen	Bron
Impact contractering aanbieder	Aantal gecontracteerde apotheken in NL * uur besteed aan contractonderhandeling per apotheek * aantal zorgverzekeraars met actieve onderhandeling * percentage tijdsbesparing door uniforme passage * kosten apotheker per uur * impact per jaar i.v.m. meerjarencontracten	Aantal gecontracteerde apotheken in NL = 2.000 * 90% gecontracteerd = 1.800	Aantal apotheken: SFK (2020), Data en feiten % gecontracteerd: Aanname PwC Strategy& o.b.v. publieke info.[1]
		Uur besteed aan contractonderhandelingen per apotheek = 6-8	SIRA (2015): consequenties van mededigingswetgeving; gedifferentieerde afspraken m.b.t. contractonderhandelingen (excl. implementatie van nieuwe contractafspraken) kost een apotheker circa 8 uur per jaar.
		Percentage tijdsbesparing door uniforme passage = 30%	Vanuit de verschilanalyse is gebleken dat een deel van de huidige verschillen tussen verzekeraars te uniformeren is. Alhoewel er nuances zijn per sector, is over het algemeen te zeggen dat ~60% van de geïdentificeerde verschillen (zowel binnen het basis en pluscontract) te uniformeren is. Zoals gezegd, we zien enige verschillen per sector, maar de mogelijkheden tot uniformering zitten in dezelfde 'orde grote', en om geen valse zekerheid te creëren hebben de onderzoekers besloten om in de budgettaire doorrekening gebruik te maken van hetzelfde en meest conservatieve percentage uniformeerbaar. De aard van deze verschillen is belangrijk om te noemen. De verschillen die uniformeerbaar zijn, zijn niet de onderwerpen waaraan de meeste tijd wordt besteed in de onderhandeling. *[vervolg op volgende pagina]*

1) Aanname o.b.v. publieke informatie zorgverzekeraars: “VGZ heeft 1.857 zorgverleners met een contract”; ZK “er zijn maar enkele apotheken die geen overeenkomst met ons hebben”; “CZ heeft met de meeste apotheken in Nederland een contract.”; “Menzis heeft de intentie om alle apotheken te contracteren voor 2022” ; DSW sluit met nagenoeg alle apotheken een contract af; ENO richt op keten apotheken (92%).
2) 80% is tweejarig en 10% is driejarig, dus gem. impact per jaar is (10% / 1 + 80% / 2 + 10% / 3) / 2 = 53%

Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel

Maatregel 1: uniformering van elementen in de contracten in de farmacie (2/3)

Onderdeel	Doorrekening	Inputvariabelen	Bron
Impact contractering aanbieder *[vervolg]*	*[zie vorige pagina]*	Percentage tijdsbesparing door uniforme passage = 30% *[vervolg]*	*[vervolg]* Desondanks zijn de verschillen die uniformeerbaar zijn ook niet triviaal (en wordt er dus over gesproken tijdens de onderhandeling). Gegeven deze geschetste aard van de verschillen, betekent een 60% uniformering van de verschillen, geen 60% tijdsreductie in de contracteringsprocessen en impact in de dagelijkse praktijk. PwC Strategy& heeft een conservatieve inschatting gemaakt door een risicomarge van 50% toe te passen. Hierdoor is in alle eerstelijnssectoren gerekend met een mogelijkheid van 30% minder tijdsbesteding in het proces van contractering
		Kosten apotheker per uur = salaris * factor totale werkgeverslasten (130%) = €50,27	Salaris: CAO Apothekers in dienstverband 2021-2022 Factor werkgeverslasten: standaard definitie
		Impact per jaar i.v.m. meerjarencontracten = 53%[1]	Paneldiscussie mei 2022
Impact contractering zorgverzekeraar	Aantal zorgverzekeraars in NL * uur besteed aan opstellen per inkoopbeleid * percentage tijdsbesparing door uniforme passage * kosten controller per uur * impact per jaar i.v.m. meerjarencontracten	Aantal zorgverzekeraars in NL = 10	Standaard definitie
		Uur besteed aan opstellen per inkoopbeleid = 40-80	Aanname PwC Strategy& o.b.v. industrie expert
		Percentage tijdsbesparing door uniforme passage = 30%	Zie bron bij maatregel 1, impact contractering aanbieder
		Kosten senior controller per uur = salaris * factor totale werkgevers lasten (130%) = €47,38	Salaris: vacature VGZ Senior controller Factor totale werkgevers lasten: standaard definitie
		Impact per jaar i.v.m. meerjarencontracten = 53%[1]	Paneldiscussie mei 2022

1) 80% is tweejarig en 10% is driejarig, dus gem. impact per jaar is (10% / 1 + 80% / 2 + 10% / 3) / 2 = 53%

Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel

Maatregel 1: uniformering van elementen in de contracten in de farmacie (3/3)

Onderdeel	Doorrekening	Inputvariabelen	Bron
Impact uitvoer aanbieders (rekening houden met uiteenlopende voorwaarden)	Aantal FTE apothekersassistenten * percentage bezig met uitvoeren uiteenlopende voorwaarden * uur per week besteed aan implementatie uiteenlopende voorwaarden * percentage tijdsbesparing door uniformering * weken per jaar * kosten apothekersassistent per uur	Aantal FTE apothekersassistenten = 11.258	SFK (2017)
		Percentage van totaal FTE bezig met uitvoeren uiteenlopende voorwaarden = 50%	Aanname PwC Strategy& t.b.v. zekerheidsmarge
		Uur per week besteed aan implementatie uiteenlopende voorwaarden = 3-4	KPMG (2019) benoemd dat apothekers zijn twee uur per week bezig aan ongelijke kwaliteitsmetingen. Deze ongelijke kwaliteitsmetingen worden gedreven door verschillen in contracten. Dit is het startpunt voor de aanname. O.b.v. de verschilanalyse is duidelijk dat de verschillen in contracten breder zijn dat alleen de kwaliteitsmetingen, dus is de tijdsbesteding logischerwijs ook hoger. Voorbeelden van deze activiteiten zijn: verschillen in voorwaarde verlengde aflevertermijn, verschillen in additionele eisen i.v.m. vakantie patiënt, verschillen in medicatiebeoordeling.
		Percentage tijdsbesparing door uniformering = 30%	Zie bron bij maatregel 1, impact contractering aanbieder
		Weken per jaar = 46	52 weken -/- 6 weken vakantie en publieke vrije dagen
		Kosten apothekersassistent per uur = salaris * factor totale werkgeverslasten (130%) = €20,15	Salaris: nationale beroepengids, salaris apothekersassistent Factor werkgeverslasten: standaarddefinitie
Impact uitvoer bedrijfsvoering aanbieders (rekening houden met uiteenlopende voorwaarden)	Aantal gecontracteerde aanbieders in NL * uur besteed aan uiteenlopende voorwaarden per week per aanbieder * percentage tijdsbesparing door uniformering * weken per jaar * kosten business controller per uur	Aantal gecontracteerde apotheken in NL = 2000 apotheken * 90% gecontracteerd = 1.800	Aantal apotheken: SFK (2020), Data en feiten % gecontracteerd: Aanname PwC Strategy& o.b.v. publieke info.[1]
		Uur besteed aan uiteenlopende voorwaarden per week per aanbieder = 1,0	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews en functieomschrijving vacature financieel administratief medewerkers Alliance Healthcare
		Percentage tijdsbesparing door uniformering = 30%	Zie bron bij maatregel 1, impact contractering aanbieder
		Weken per jaar = 46	52 weken -/- 6 weken vakantie en publieke vrije dagen
		Kosten financieel administratief medewerker per uur = salaris * factor totale werkgevers lasten (130%) = €21,55	Salaris: CAO Apotheken Factor totale werkgevers lasten: standaard definitie

Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel

Maatregel 2: uniformering van proces van contractering in de farmacie

Onderdeel	Doorrekening	Inputvariabelen	Bron
Impact aanbieder	Aantal gecontracteerde apotheken in NL * uur besteed aan invullen gegevens per contract * (aantal contracten per apotheek - 1) * marge besparingspotentieel * kosten apotheker per uur * impact i.v.m. meerjarencontracten	Aantal gecontracteerde apotheken in NL = 2.000 apotheken * 90% gecontracteerd = 1.800	Aantal apotheken: SFK (2020), Data en feiten % gecontracteerd: Aanname PwC Strategy& o.b.v. publieke info[1]
		Uur besteed aan invullen gegevens per zorgverzekeraar = 0,5	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews
		Aantal contracten per apotheek = 6	Aanname PwC Strategy& o.b.v. industrie expert
		Marge besparingspotentieel = 80%	Aanname PwC Strategy& gebaseerd op de logica dat gegevens nog wel gecontroleerd moeten worden
		Kosten apotheker per uur = salaris * factor totale werkgeverslasten (130%) = €50,27	Salaris: CAO Apothekers in dienstverband 2021-2022 Factor werkgeverslasten: standaard definitie
		Impact i.v.m. meerjarencontracten = 53%[2]	Paneldiscussie mei 2022

Maatregel 3: vergroting van de transparantie van contractering zorgverzekeraars in de farmacie

Onderdeel	Doorrekening	Inputvariabelen	Bron
Impact aanbieder	Aantal gecontracteerde apotheken in NL * aantal zorgverzekeraars met actieve onderhandeling per praktijk * uur besteed aan uitzoekwerk per praktijk * percentage tijdswinst door vergrote transparantie * kosten apotheker per uur * impact i.v.m. meerjarencontracten	Aantal gecontracteerde apotheken in NL = 2.000 apotheken * 90% gecontracteerd = 1.800	Aantal apotheken: SFK (2020), Data en feiten % gecontracteerd: Aanname PwC Strategy& o.b.v. publieke info[1]
		Aantal zorgverzekeraars met actieve onderhandeling per praktijk = 3	Aanname PwC Strategy& o.b.v. industrie expert
		Uur besteed aan uitzoekwerk per praktijk = 0,5 - 1	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews
		Percentage tijdswinst door vergrote transparantie = 50%	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews
		Kosten apotheker per uur = salaris * factor totale werkgeverslasten (130%) = €50,27	Salaris: CAO Apothekers in dienstverband 2021-2022 Factor werkgeverslasten: standaard definitie
		Impact i.v.m. meerjarencontracten = 53%[2]	Paneldiscussie mei 2022

1) Aanname o.b.v. publieke informatie zorgverzekeraars: “VGZ heeft 1.857 zorgverleners met een contract”; ZK “er zijn maar enkele apotheken die geen overeenkomst met ons hebben”; “CZ heeft met de meeste apotheken in Nederland een contract.”; “Menzis heeft de intentie om alle apotheken te contracteren voor 2022” ; DSW sluit met nagenoeg alle apotheken een contract af; ENO richt op keten apotheken (92%).
2) 80% is tweejarig en 10% is driejarig, dus gem. impact per jaar is (10% / 1 + 80% / 2 + 10% / 3) / 2 = 53%

Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel

Maatregel 4: pas meerjarencontractering toe waar dat mogelijk is (1/2)

Onderdeel	Doorrekening	Inputvariabelen	Bron
Impact contractering aanbieder	Aantal gecontracteerde apotheken in NL * uur besteed aan contractonderhandeling per apotheek * aantal zorgverzekeraars met actieve onderhandeling per praktijk * kosten apotheker per uur * deel van contract wat vast komt te staan * …	Aantal gecontracteerde apotheken in NL = 2.000 apotheken * 90% gecontracteerd = 1.800	Aantal apotheken: SFK (2020), Data en feiten % gecontracteerd: Aanname PwC Strategy& o.b.v. publieke info[1]
		Uur besteed aan contractonderhandelingen per apotheek = 6 tot 8	Zie bron ‘maatregel 1’
		Aantal zorgverzekeraars met actieve onderhandeling per praktijk = 3	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews en beeld industrie expert
		Kosten apotheker per uur = salaris * factor totale werkgeverslasten (130%) = €50,27	Salaris: CAO Apothekers in dienstverband 2021-2022 Factor werkgeverslasten: standaard definitie
		Deel van contract wat vast komt te staan = 80% (een aantal onderdelen zal flexibel blijven zoals prijsafspraken)	Aanname PwC Strategy& o.b.v. toets op mededinging
	Bij tweejarig contract: … (1 - huidig percentage meerjarige contracten) * impact per jaar tweejarig contract	Huidig percentage meerjarige contracten = 90% (80% is tweejarig en 10% is driejarig)	Paneldiscussie mei 2022
		Impact meerjarig contract = 50% (bij tweejarig contract) tot 67% (bij driejarig contract)[2]	Berekening

1) Aanname o.b.v. publieke informatie zorgverzekeraars: “VGZ heeft 1857 zorgverleners met een contract”; ZK “er zijn maar enkele apotheken die geen overeenkomst met ons hebben”; “CZ heeft met de meeste apotheken in Nederland een contract.”; “Menzis heeft de intentie om alle apotheken te contracteren voor 2022” ; DSW sluit met nagenoeg alle apotheken een contract af; ENO richt op keten apotheken (92%)
2) Bij een tweejarig contract worden de kosten voor een contracteringstraject eens in de twee jaar gemaakt, dus gemiddeld 1/2 = 0,5x per jaar (50%). Bij een driejarig contract worden de kosten voor een contracteringstraject eens in de drie jaar gemaakt, dus gemiddeld 1/3 = 0,33x per jaar waardoor er per jaar 1 - 0,33 = 0,67 (67%) van de kosten worden bespaard.

Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel

Maatregel 4: pas meerjarencontractering toe waar dat mogelijk is (2/2)

Onderdeel	Doorrekening	Inputvariabelen	Bron
Impact contractering zorgverzekeraar	Aantal contracten in omloop * uur per overleg met aanbieder per contract * kosten controller per uur * deel van contract wat vast komt te staan * …	Aantal contracten in omloop = 5.400	1.800 apotheken * 3 actieve onderhandelingen
		Uur besteed overleg met aanbieder per contract = 1-2	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews verzekeraars
		Kosten senior controller per uur = salaris * factor totale werkgeverslasten (130%) = €47,38	Salaris: vacature VGZ Senior controller Factor totale werkgevers lasten: standaard definitie
		Deel van contract wat vast komt te staan = 80% (een aantal onderdelen zal flexibel blijven zoals prijsafspraken)	Aanname PwC Strategy& o.b.v. toets op mededinging
	Bij tweejarig contract: … (1 - huidig percentage meerjarige contracten) * impact per jaar tweejarig contract	Huidig percentage meerjarige contracten = 90% (80% is tweejarig en 10% is driejarig)	Paneldiscussie mei 2022
		Impact per jaar tweejarig contract = 50% (bij een tweejarig contract worden de eens in de twee jaar gemaakt, dus gemiddeld 50% per jaar)	Berekening
	Bij driejarig contract: … (1 - huidig percentage driejarige contracten – huidige percentage tweejarige contracten/2) * impact driejarig contract	Huidig percentage driejarige contracten = 10%	Paneldiscussie mei 2022
		Huidig percentage tweejarige contracten = 80%	Paneldiscussie mei 2022
		Impact driejarig contract = 67% (bij een driejarig contract worden de kosten eens in de drie jaar gemaakt, dus gemiddeld 0,33 per jaar, waardoor er per jaar 1-0,33 = 0,67 (67%) van de kosten wordt bespaard)	Berekening

Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel

Maatregel 5: vergroting van de transparantie van rekenmethoden om tot materiaalkosten te komen

Onderdeel	Doorrekening	Inputvariabelen	Bron
Impact aanbieder	Aantal gecontracteerde apotheken in NL * uur besteed aan nalopen materiaalkosten per week per praktijk * percentage tijdswinst door vergrote transparantie * kosten apothekersassistent per uur	Aantal gecontracteerde apotheken in NL = 2.000 apotheken * 90% gecontracteerd = 1.800	Aantal apotheken: SFK (2020), Data en feiten % gecontracteerd: Aanname PwC Strategy& o.b.v. publieke info[1]
		Uur besteed aan nalopen materiaalkosten per maand per praktijk = 1 tot 2 uur	De onderzoekers baseren de aanname dat de verschillen in de berekening van materiaalkosten tot administratieve lasten leiden op meerdere bronnen. Zo schetsen apothekers in interviews dat “Per praktijk zijn medewerkers ongeveer een uur per dag bezig met het nalopen van materiaalkosten” en “de verschillen in materiaalkosten kosten ongelofelijk veel tijd”. De KNMP onderschrijft dit beeld in een gestuurde memo (zonder daarbij specifieke tijdsinzet te benoemen). Uit bovenstaande volgt ook logischerwijs dat het zwaartepunt van deze administratieve tijd ligt tijdens het declareren en het inkopen. Bovenstaande gewogen nemen de onderzoekers aan dat er 2-4 uur in de maand wordt besteed aan het uitzoekwerk gedreven door verschillen in prijsbeleid, uitgevoerd voor de apotheker.
		Percentage tijdswinst door vergrote transparantie = 40% tot 50%	Aanname PwC Strategy&; paneldiscussie mei 2022
		Kosten apotheker per uur = salaris * factor totale werkgeverslasten (130%) = €50,27	Salaris: CAO Apothekers in dienstverband 2021-2022 Factor werkgeverslasten: standaard definitie

1) Aanname o.b.v. publieke informatie zorgverzekeraars: “VGZ heeft 1857 zorgverleners met een contract”; ZK “er zijn maar enkele apotheken die geen overeenkomst met ons hebben”; “CZ heeft met de meeste apotheken in Nederland een contract.”; “Menzis heeft de intentie om alle apotheken te contracteren voor 2022” ; DSW sluit met nagenoeg alle apotheken een contract af; ENO richt op keten apotheken (92%)

Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel

Maatregel 6: uniformering implementatie Bijlage II formulieren

Onderdeel	Doorrekening	Inputvariabelen	Bron
Impact aanbieder	De totale verwachte impact is nihil. De Bijlage 2 formulieren bevatten een klein aantal vragen waardoor apothekers hier niet veel tijd mee kwijt zijn. De maatregel scheelt vooral administratieve irritatie.		Openbare bijlage 2 formulieren

Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel

Maatregel 7: uniformering van het proces van de materiële controles (MC) in de farmacie

Onderdeel	Doorrekening	Inputvariabelen	Bron
Impact aanbieder	(Aantal MC's * uren besteed per MC * percentage dubbele MC's) * percentage tijdswinst door uniformering proces * kosten apotheker per uur	Aantal MC's per jaar in NL = 140 tot 220	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews zorgverzekeraars en extrapolatie t.o.v. marktaandeel
		Uur besteed per MC = 30 tot 60	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews, gebaseerd op een gelijke ondergrens wijkverpleging met een lagere bovengrens
		Percentage dubbele MC's = 5%	Feedback op conceptrapportage
		Percentage tijdswinst door uniformering proces = 5%	Feedback op concept eindrapportage
		Kosten apotheker per uur = salaris * factor totale werkgeverslasten (130%) = €50,27	Salaris: CAO Apothekers in dienstverband 2021-2022 Factor werkgeverslasten: standaard definitie

Maatregel 8: Uniformeer de inhoud van de processtappen van de materiële controles in de farmacie

Onderdeel	Doorrekening	Inputvariabelen	Bron
Impact aanbieder	(Aantal MC's * uren besteed per MC * percentage dubbele MC's) * percentage tijdswinst door uniformering van de inhoud * kosten apotheker per uur	Aantal MC's per jaar in NL = 140 tot 220	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews zorgverzekeraars en extrapolatie t.o.v. marktaandeel
		Uur besteed per MC = 30 tot 60	Aanname o.b.v. interviews aanbieders, gebaseerd op een gelijke ondergrens wijkverpleging met een lagere bovengrens
		Percentage dubbele MC's = 5%	Feedback op conceptrapportage
		Percentage tijdswinst door uniformering van de inhoud = 5%	Feedback op concept eindrapportage
		Kosten apotheker per uur = salaris * factor totale werkgeverslasten (130%) = €50,27	Salaris: CAO Apothekers in dienstverband 2021-2022 Factor werkgeverslasten: standaard definitie

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)
2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)
3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)
4. MSZ (p. 34 – 86)
5. GGZ (p. 87 – 103)
6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)
7. Appendix (p. 189 – 274)
7.6 Appendix fysiotherapie

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)

2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)

3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)

4. MSZ (p. 34 – 86)

5. GGZ (p. 87 – 103)

6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)

7. Appendix (p. 189 – 274)

7.6 Appendix fysiotherapie

- **7.6.1 Voorzet categorisering van de contractelementen**

Eerste aanzet uniformering eisen basiscontract (1/3)

Fysiotherapie

BC = Bepalend concurrentieel;
Inv = Innovatie; U = Uniformeerbaar

Categorie	Voorwaarde	Voorzet indeling			Toelichting		Mededingingsrechtelijke evaluatie
		BC	Inv	U	Uniformeerbaar naar wat?	Waarom uniformeerbaar?	
Andere eisen op zelfde onder-werp bij sommi-gen	Inrichtingseisen				Volgen standaard beroepsgroep	Eén uitzondering; lijkt te overbruggen gezien bestaande standaard KNGF	Uniformering eisen functieniveau/kwaliteitseisen
	Afkapwaarde behandelindex				N.v.t	N.v.t.	-
	Maximale wachttijd				Nader te bepalen	Varieert van 4 tot 5 dagen; verschil overbrugbaar	Uniformering eisen functieniveau/kwaliteitseisen
	Eigen website				Nader te bepalen	Inhoud varieert; verschil overbrugbaar	Uniformering eisen functieniveau/kwaliteitseisen
	Klantervaring PREMS				Proceselementen uniform (gekwalificeerd bureau, minimaal aantal, periode), afkapwaarde niet		Uniformering meetmethode klantervaringsonderzoeken

Eerste aanzet uniformering eisen basiscontract (2/3)

Fysiotherapie

BC = Bepalend concurrentieel;
Inv = Innovatie; U = Uniformeerbaar

Categorie	Voorwaarde		Voorzet indeling			Toelichting		Mededingingsrechtelijke evaluatie
			BC	Inv	U	Uniformeerbaar naar wat?	Waarom uniformeerbaar?	
Eisen over andere zaken	Governance	Declaratie Vektis				N.t.b.	Eisen worden door één zorgverzekeraar gesteld, en lijken “binair” (of zorgaanbieder voldoet, of zorgaanbieder voldoet niet); Het wel/niet stellen van de eis is niet te uniformeren, wel/niet voldoen aan de eis als deze eenmaal gesteld is, dient op gelijke wijze te gebeuren	Gebruik van uniforme definities
		Inschrijving KvK						
		Governance code						
		Verzekering						
		Regeling transparantie NZa						
		Belasting, soc. zekerheid						
		Financiële toestand						
		Meewerken onderzoek						
		Tekortkomingen						
		Etc.						

Eerste aanzet uniformering eisen basiscontract (3/3)

Fysiotherapie

BC = Bepalend concurrentieel;
Inv = Innovatie; U = Uniformeerbaar

Categorie	Voorwaarde		Voorzet indeling			Toelichting		Mededingingsrechtelijke evaluatie
			BC	Inv	U	Uniformeerbaar naar wat?	Waarom uniformeerbaar?	
Eisen over andere zaken	Overig	Openingsmomenten				N.t.b.	Eisen worden door één zorgverzekeraar gesteld, en lijken “binair” (of zorgaanbieder voldoet, of zorgaanbieder voldoet niet); Het wel/niet stellen van de eis is niet te uniformeren, wel/niet voldoen aan de eis als deze eenmaal gesteld is, dient op gelijke wijze te gebeuren	Gebruik van uniforme definities
		Intervisie						

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)

2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)

3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)

4. MSZ (p. 34 – 86)

5. GGZ (p. 87 – 103)

6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)

7. Appendix (p. 189 – 274)

7.6 Appendix fysiotherapie

- **7.6.2 Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel**

Eerste aanzet uniformering aanvullende afspraken (1/2)

Fysiotherapie

BC = Bepalend concurrentieel;
Inv = Innovatie; U = Uniformeerbaar

Categorie	Voorwaarde	Voorzet indeling			Toelichting		Mededingingsrechtelijke evaluatie
		BC	Inv	U	Uniformeerbaar naar wat?	Waarom uniformeerbaar?	
Doel-matig-heid	Behandelindex | cut-off				N.v.t	N.v.t	-
	Zinnige Zorg						
Patiënt-ervaring	Type onderzoek				PREM		Uniformering meetmethode klantervaringsonderzoeken
	Uitvoerder metingen[1]				Gekwalificeerd bureau		Uniformering meetmethode klantervaringsonderzoeken **NB**: zie juridische bijlage. Objectieve criteria voor gekwalificeerd bureau moet vastgesteld worden bij uniformering. Om uitsluiting te voorkomen, moet elk bureau dat zicht toespitst op het doen van onderzoek naar patiëntervaringen in staat worden gesteld om te concurreren. Er mag geen sprake zijn van een *preferred supplier* zonder een voorafgaande en zich herhalende aanbestedingsprocedure. Bovendien moet er sprake zijn van minimumeisen. Als zorgverzekeraars extra eisen stellen aan een meetbureau, dan moet dat mogelijk zijn. Een zorgverzekeraar mag namelijk niet worden beperkt in zijn mogelijkheden om verdergaande kwaliteitseisen te stellen. Dit kan dit worden gezien als een beperking van de mogelijkheid van een zorgverzekeraar om zich te onderscheiden op kwaliteit of andere concurrentieparameters
	Data oplevering klantervaring onderzoek				Meetbureau levert data aan landelijk benchmarkrapportage		Uniformering meetmethode klantervaringsonderzoeken

1) Zorgverzekeraars stellen verschillende eisen aan de meetbureaus. Bijv.: CZ (de zorgaanbieder sluit voor het meten van patiëntervaringen een overeenkomst met een gecertificeerd meetbureau voor elke in de praktijk werkzame logopedist. De volgende meetbureaus zijn erkend door CZ groep: Mediquest, ZorgDNA, Qualiview en Zorgrespons. (voorwaarden inkoopbeleid 2021) en ZK (Aansluiting bij een meetbureau is hiervoor verplicht.)

Eerste aanzet uniformering aanvullende afspraken (2/2)

Fysiotherapie

BC = Bepalend concurrentieel;
Inv = Innovatie; U = Uniformeerbaar

Categorie	Voorwaarde	Voorzet indeling			Toelichting		Mededingingsrechtelijke evaluatie
		BC	Inv	U	Uniformeerbaar naar wat?	Waarom uniformeerbaar?	
Patiënt-ervaring	Minimale schaal				Nader te bepalen		Uniformering meetmethode klantervaringsonderzoeken.
Kwaliteit	Intercollegiale sessies				Eén definitie	Uiteenlopende invulling van wat dit behelst; leidt tot onduidelijkheid tegen beperkte impact op kwaliteit	Gebruik van uniforme definities
	Scholing | NPI “expert interpreteren data”				N.v.t.	N.v.t.	-
	Kwaliteitsregister praktijk				N.v.t.	N.v.t.	-
	Continue verbetering en transparantie				Eén definitie	Niveau van meting	Gebruik van uniforme definities
Multi-disc. samen-werking	Samenwerking andere disciplines				Eén definitie	Uiteenlopende invulling van wat dit behelst; leidt tot onduidelijkheid tegen beperkte impact op kwaliteit	Gebruik van uniforme definities
	Schriftelijk aantoonbare substitutie[2]				Eén definitie		
Selectie-ve inkoop	Spalken				NVHT als standaard	Landelijke richtlijn	Uniformering eisen functieniveau/kwaliteitseisen
	COPD				Basisscholing KNGF/SKF of Chronisch Zorgnet als standaard	N.t.b.	

Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel

Maatregel 1: uniformering van elementen in de contracten in de fysiotherapie (1/3)

Onderdeel	Doorrekening	Inputvariabelen	Bron
Impact contractering aanbieder	Aantal gecontracteerde aanbieders in NL * uur besteed aan contractonderhandeling per praktijk * aantal zorgverzekeraars met actieve onderhandeling * percentage tijdsbesparing door uniforme passage * kosten fysiotherapeut per uur * impact per jaar i.v.m. meerjarencontracten	Aantal gecontracteerde praktijken in NL = 5.500 tot 6.500	Aantal praktijken: Nivel (2020), Jaarcijfers 2020 en trendcijfers 2017-2020, percentage gecontracteerd: Aanname PwC Strategy& o.b.v. openbare gegevens met een risico marge o.b.v. input KNGF
		Uur besteed aan contractonderhandelingen per praktijk = 4 tot 6	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews met aanbieders, sterk conservatieve aanname genomen want onrealistisch om te verwachten dat een aanbieder minder tijd kwijt is dan 4 uur om een contract af te sluiten
		Aantal zorgverzekeraars met actieve contractonderhandeling per praktijk = 3	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews en industrie expert
		Percentage tijdsbesparing door uniforme passage = 30%	Vanuit de verschilanalyse is gebleken dat een deel van de huidige verschillen tussen verzekeraars te uniformeren is. Alhoewel er nuances zijn per sector, is over het algemeen te zeggen dat ~60% van de geïdentificeerde verschillen (zowel binnen het basis en pluscontract) te uniformeren is. Zoals gezegd, we zien enige verschillen per sector, maar de mogelijkheden tot uniformering zitten in dezelfde 'orde grote', en om geen valse zekerheid te creëren hebben de onderzoekers besloten om in de budgettaire doorrekening gebruik te maken van hetzelfde en meest conservatieve percentage uniformeerbaar. De aard van deze verschillen is belangrijk om te noemen. De verschillen die uniformeerbaar zijn, zijn niet de onderwerpen waaraan de meeste tijd wordt besteed in de onderhandeling. *[zie volgende pagina voor vervolg]*

Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel

Maatregel 1: uniformering van elementen in de contracten in de fysiotherapie (2/3)

Onderdeel	Doorrekening	Inputvariabelen	Bron
Impact contractering aanbieder *[vervolg]*	*[zie vorige pagina]*	% tijdsbesparing door uniforme passage = 30% *[vervolg]*	*[vervolg]* Desondanks zijn de verschillen die uniformeerbaar zijn ook niet triviaal (en wordt er dus over gesproken tijdens de onderhandeling). Gegeven deze geschetste aard van de verschillen, betekent een 60% uniformering van de verschillen, geen 60% tijdsreductie in de contracteringsprocessen en impact in de dagelijkse praktijk. PwC Strategy& heeft een conservatieve inschatting gemaakt door een risicomarge van 50% toe te passen. Hierdoor is in alle eerstelijnssectoren gerekend met een mogelijkheid van 30% minder tijdsbesteding in het proces van contractering
		Kosten fysiotherapeut per uur = salaris * factor werkgeverslasten (130%) = €27,48	Salaris: nationale beroepengids, salaris fysiotherapeut Factor werkgeverslasten: standaard definitie
		Impact per jaar i.v.m. meerjarencontracten = 63% (75% is al meerjarig, dus gem. impact per jaar is (0,5 * 75% + 1 * 25%) = 63%)	Nza, Monitor contractering paramedische zorg 2020)
Impact contractering zorgverzekeraar	Aantal zorgverzekeraars in NL * uur besteed aan opstellen per inkoopbeleid * percentage tijdsbesparing door uniforme passage * kosten controller per uur * impact per jaar i.v.m. meerjarencontracten	Aantal zorgverzekeraars in NL = 10	Standaard definitie
		Uur besteed aan opstellen per inkoopbeleid = 40 tot 80	Aanname PwC Strategy& o.b.v. industrie expert
		Percentage tijdsbesparing door uniforme passage = 30%	Zie bron bij maatregel 1, impact contractering aanbieder
		Kosten senior controller per uur = salaris * factor totale werkgevers lasten (130%) = €47,38	Salaris: vacature VGZ Senior controller Factor totale werkgevers lasten: standaard definitie
		Impact per jaar i.v.m. meerjarencontracten = 63% (75% is al meerjarig, dus gem. impact per jaar is (0,5 * 75% + 1 * 25%) = 63%)	Nza, Monitor contractering paramedische zorg 2020)

Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel

Maatregel 1: uniformering van elementen in de contracten in de fysiotherapie (3/3)

Onderdeel	Doorrekening	Inputvariabelen	Bron
Impact uitvoer aanbieder (rekening houden met uiteenlopende voorwaarden)	Nihil want uiteenlopende voorwaarden hebben nauwelijks impact op dagelijkse praktijkvoering		
Impact uitvoer bedrijfsvoering aanbieder (rekening houden met uiteenlopende voorwaarden)	Aantal gecontracteerde aanbieders in NL * uur besteed aan uiteenlopende voorwaarden per week per aanbieder * percentage tijdsbesparing door uniformering * weken per jaar * fysiotherapeut per uur	Aantal gecontracteerde praktijken in NL = 5.500 tot 6.500	Aantal praktijken: Nivel (2020), Jaarcijfers 2020 en trendcijfers 2017-2020, percentage gecontracteerd: Aanname PwC Strategy& o.b.v. openbare gegevens met een risico marge o.b.v. input KNGF
		Uur besteed aan uiteenlopende voorwaarden per week per aanbieder = 1	Paneldiscussie mei 2022
		Percentage tijdsbesparing door uniformering = 30%	Zie bron bij maatregel 1, impact contractering aanbieder
		Weken per jaar = 46	52 weken -/- 6 weken vakantie en publieke vrije dagen
		Kosten fysiotherapeut per uur = salaris * factor werkgeverslasten (130%) = €27,48	Salaris: nationale beroepengids, salaris fysiotherapeut Factor werkgeverslasten: standaard definitie

Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel

Maatregel 2: uniformering van proces van contractering in de fysiotherapie

Onderdeel	Doorrekening	Inputvariabelen	Bron
Impact aanbieder	Aantal gecontracteerde aanbieders in NL * uur besteed aan invullen gegevens per zorgverzekeraar * (aantal zorgverzekeraars per apotheek –1) * marge besparingspotentieel * kosten fysiotherapeut per uur * impact i.v.m. meerjarencontracten	Aantal gecontracteerde praktijken in NL = 5.500 tot 6.500	Aantal praktijken: Nivel (2020), Jaarcijfers 2020 en trendcijfers 2017-2020, percentage gecontracteerd: Aanname PwC Strategy& o.b.v. openbare gegevens met een risico marge o.b.v. input KNGF
		Uur besteed aan invullen gegevens per zorgverzekeraar = 0,5	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews
		Aantal zorgverzekeraars met actieve contractonderhandeling per praktijk = 3	Aanname PwC Strategy& o.b.v. industrie expert
		Marge besparingspotentieel = 80%	Aanname PwC Strategy& gebaseerd op de logica dat gegevens nog wel gecontroleerd moeten worden
		Kosten fysiotherapeut per uur = salaris * factor werkgeverslasten (130%) = €27,48	Salaris: nationale beroepengids, salaris fysiotherapeut Factor werkgeverslasten: standaard definitie
		Impact per jaar i.v.m. meerjarencontracten = 63% (75% is al meerjarig, dus gem. impact per jaar is (0,5 * 75% + 1 * 25%) = 63%)	Nza, Monitor contractering paramedische zorg 2020)

Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel

Maatregel 3: vergroten transparantie eisen aanvullende modules

Onderdeel	Doorrekening	Inputvariabelen	Bron
Impact aanbieder	Aantal gecontracteerde aanbieders in NL * uur besteed aan uitzoekwerk per contract * aantal zorgverzekeraars met actieve contractonderhandeling * percentage tijdswinst door minder uitzoekwerk * kosten fysiotherapeut per uur * impact i.v.m. meerjarencontracten	Aantal gecontracteerde praktijken in NL = 5.500 tot 6.500	Aantal praktijken: Nivel (2020), Jaarcijfers 2020 en trendcijfers 2017-2020, percentage gecontracteerd: Aanname PwC Strategy& o.b.v. openbare gegevens met een risico marge o.b.v. input KNGF
		Uur besteed aan uitzoekwerk per contract = 0,1 - 1	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews
		Aantal zorgverzekeraars met actieve contractonderhandeling per praktijk = 3	Aanname PwC Strategy& o.b.v. industrie expert
		Percentage tijdswinst door minder uitzoekwerk = 50%	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews
		Kosten fysiotherapeut per uur = salaris * factor werkgeverslasten (130%) = €27,48	Salaris: nationale beroepengids, salaris fysiotherapeut Factor werkgeverslasten: standaard definitie
		Impact per jaar i.v.m. meerjarencontracten = 63% (75% is al meerjarig, dus gem. impact per jaar is (0,5 * 75% + 1 * 25%) = 63%)	Nza, Monitor contractering paramedische zorg 2020)

Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel

Maatregel 4: Pas meerjarencontractering toe waar dat mogelijk is

Onderdeel	Doorrekening	Inputvariabelen	Bron
Impact contractering aanbieder	Aantal gecontracteerde aanbieders in NL * uur besteed aan contractonderhandeling per praktijk * aantal zorgverzekeraars met actieve onderhandeling per praktijk * kosten fysiotherapeut per uur * (1 - huidig percentage meerjarige contracten) * deel van contract wat vast komt te staan * impact meerjarig contract	Aantal gecontracteerde praktijken in NL = 5.500 tot 6.500	Aantal praktijken: Nivel (2020), Jaarcijfers 2020 en trendcijfers 2017-2020, percentage gecontracteerd: Aanname PwC Strategy& o.b.v. openbare gegevens met een risico marge o.b.v. input KNGF
		Uur besteed aan contractonderhandelingen per praktijk = 4 tot 6	Zie maatregel 1
		Aantal zorgverzekeraars met actieve contractonderhandeling per praktijk = 3	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews en industrie expert
		Kosten fysiotherapeut per uur = salaris * factor werkgeverslasten (130%) = €27,48	Salaris: nationale beroepengids, salaris fysiotherapeut Factor werkgeverslasten: standaard definitie
		Huidig percentage meerjarige contracten = 75%	NZa (2020), Monitor contractering paramedische zorg 2020
		Deel van contract wat vast komt te staan = 80% (een aantal onderdelen zal flexibel blijven zoals prijsafspraken)	Aanname PwC Strategy& o.b.v. toets op mededinging
		Impact meerjarig contract = 50% (bij tweejarig contract) tot 67% (bij driejarig contract)[1]	Berekening
Impact contractering zorgverzekeraar	Aantal contracten in omloop * uur per overleg met aanbieder per contract * kosten controller per uur * (1 - huidig percentage meerjarige contracten) * deel van contract wat vast komt te staan * impact meerjarig contract	Aantal contracten in omloop = 16.500 – 19.500 Aantal gecontracteerde praktijken * 3 actieve onderhandelingen per praktijk	Aantal praktijken: Nivel (2020), Jaarcijfers 2020 en trendcijfers 2017-2020, percentage gecontracteerd: Aanname PwC Strategy& o.b.v. openbare gegevens met een risico marge o.b.v. input KNGF
		Uur besteed overleg met aanbieder per contract = 0,5 - 1	Aanname PwC Strategy& o.b.v. industrie expert
		Kosten senior controller per uur = salaris * factor totale werkgevers lasten (130%) = €47,38	Salaris: vacature VGZ Senior controller Factor totale werkgevers lasten: standaard definitie
		Huidig percentage meerjarige contracten = 75%	NZa (2020), Monitor contractering paramedische zorg 2020
		Deel van contract wat vast komt te staan = 80% (een aantal onderdelen zal flexibel blijven zoals prijsafspraken)	Aanname PwC Strategy& o.b.v. toets op mededinging
		Impact meerjarig contract = 50% (bij tweejarig contract) tot 67% (bij driejarig contract)[1]	Berekening

1) Bij een tweejarig contract worden de kosten voor een contracteringstraject eens in de twee jaar gemaakt, dus gemiddeld 1/2 = 0,5x per jaar (50%). Bij een driejarig contract worden de kosten voor een contracteringstraject eens in de drie jaar gemaakt, dus gemiddeld 1/3 = 0,33x per jaar waardoor er per jaar 1-0,33 = 0,67 (67%) van de kosten worden bespaard.

Inhoudsopgave

1. Samenvatting (p. 6 – 18)
2. Totale verwachte budgettaire impact van de geïdentificeerde maatregelen (p. 19 – 24)
3. Introductie van het onderzoek (p. 25 – 33)
4. MSZ (p. 34 – 86)
5. GGZ (p. 87 – 103)
6. Eerstelijnssectoren (p. 104 – 188)
7. Appendix (p. 189 – 274)
7.7 Appendix hulpmiddelen – uitwerking van de budgettaire impact per maatregel

Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel

Maatregel 1: uniformering van de voorschrijver van hulpmiddelen (1/2)

Onderdeel	Doorrekening	Inputvariabelen	Bron
Impact huisartsenzorg	Aantal huisartspraktijken * uur besteed aan consequenties verschillende voorschrijvers per week * weken per jaar * tijdswinst door uniformering * kosten huisarts per uur	Aantal huisartspraktijken in NL = 5.020	Vektis (2017), Peiling uit de registratie van huisartsen
		Uur besteed aan consequenties verschillende voorschrijvers per week = 0,5 – 1,0	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews
		Weken per jaar = 46	52 weken -/- 6 weken vakantie en publieke vrije dagen
		Tijdswinst door uniformering = 10%	Aanname PwC Strategy& o.b.v. industrie expertise
		Kosten huisarts per uur = salaris * factor totale werkgeverslasten (130%) = €60,42	Salaris: nationale beroepengids, salaris huisartsen marktconform Factor totale werkgeverslasten: standaard definitie
Impact farmacie	Aantal apotheken * uur besteed aan consequenties verschillende voorschrijvers per week * weken per jaar * tijdswinst door uniformering * kosten apotheker per uur	Aantal apotheken in NL = 2000	SKF (2020), Data en Feiten 2020
		Uur besteed aan consequenties verschillende voorschrijvers per week = 0,5 – 1,0	Aanname PwC Strategy& o.b.v. interviews
		Weken per jaar = 46	52 weken -/- 6 weken vakantie en publieke vrije dagen
		Tijdswinst door uniformering = 10%	Aanname PwC Strategy& o.b.v. industrie expertise
		Kosten apotheker per uur = salaris * factor totale werkgeverslasten (130%) = €50,27	Salaris: CAO Apothekers in dienstverband 2021-2022 Factor werkgeverslasten: standaard definitie
Impact wijkverpleging	Aantal aanbieders * uur besteed aan consequenties verschillende voorschrijvers per week * weken per jaar * tijdswinst door uniformering * kosten wijkverpleegkundige per uur	Aantal aanbieders in NL = 2733	NZa (2020), Kerncijfers Wijkverpleging
		Uur besteed aan consequenties verschillende voorschrijvers per week = 0,3 – 0,5	Aanname PwC Strategy& o.b.v. industrie expert en interviews
		Weken per jaar = 46	52 weken -/- 6 weken vakantie en publieke vrije dagen
		Tijdswinst door uniformering = 10%	Aanname PwC Strategy& o.b.v. industrie expertise
		Kosten wijkverpleegkundige per uur = salaris * factor totale werkgevers lasten (130%) = €24,49	Salaris: Zorg en welzijn plein, infopunt Factor totale werkgevers lasten: standaard definitie
Impact fysiotherapie	Aanname is dat fysiotherapeuten niet of nauwelijks hulpmiddelen voorschrijven		In de top 10 van hulpmiddelen (in termen van declaraties, 72% van totaal) zitten geen hulpmiddelen die vaak door een fysiotherapeut worden voorgeschreven

Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel

Maatregel 1: uniformering van de voorschrijver van hulpmiddelen (2/2)

Onderdeel	Doorrekening	Inputvariabelen	Bron
Impact MSZ	Aanname is dat medisch specialisten niet/nauwelijks tijd kwijt zijn aan de verschillen in voorschrijver, omdat medisch specialist (vaak) bij elke zorgverzekeraar mag voorschrijven		Aanname PwC Strategy& o.b.v. hulpmiddelenregelementen van zorgverzekeraars

Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel

Maatregel 2: uniformering hulpmiddelenregelementen in termen van taal en lay-out (1/2)

Onderdeel	Doorrekening	Inputvariabelen	Bron
Impact huisartsenzorg	Aantal huisartspraktijken * uur besteed aan consequenties verschillende taal en lay-out per week * weken per jaar * tijdswinst door uniformering * kosten huisarts per uur	Aantal huisartspraktijken in NL = 5.020	Vektis (2017), Peiling uit de registratie van huisartsen
		Uur besteed aan consequenties verschil in taal en layout = 0	Aanname PwC Strategy&
		Weken per jaar = 46	52 weken -/- 6 weken vakantie en publieke vrije dagen
		Tijdswinst door uniformering = 5%	Aanname PwC Strategy& o.b.v. beelden uit interviews
		Kosten huisarts per uur = salaris * factor totale werkgeverslasten (130%) = €60,42	Salaris: nationale beroepengids, salaris huisartsen marktconform Factor totale werkgeverslasten: standaard definitie
Impact farmacie	Aantal apotheken * uur besteed aan consequenties verschillende taal en lay-out per week * weken per jaar * tijdswinst door uniformering * kosten apotheker per uur	Aantal apotheken in NL = 2.000	SKF (2019), Data en Feiten 2020
		Uur besteed aan consequenties verschil in taal en layout = 0	Aanname PwC Strategy&
		Weken per jaar = 46	52 weken -/- 6 weken vakantie en publieke vrije dagen
		Tijdswinst door uniformering = 5%	Aanname PwC Strategy& o.b.v. beelden uit interviews
		Kosten apotheker per uur = salaris * factor totale werkgeverslasten (130%) = €50,27	Salaris: CAO Apothekers in dienstverband 2021-2022 Factor werkgeverslasten: standaard definitie
Impact wijkverpleging	Aantal aanbieders * uur besteed aan consequenties verschillende taal en lay-out per week * weken per jaar * tijdswinst door uniformering * kosten wijkverpleegkundige per uur	Aantal aanbieders in NL = 2.733	NZa (2020), Kerncijfers Wijkverpleging
		Uur besteed aan consequenties verschil in taal en layout = 0	Aanname PwC Strategy&
		Weken per jaar = 46	52 weken -/- 6 weken vakantie en publieke vrije dagen
		Tijdswinst door uniformering = 5%	Aanname PwC Strategy& o.b.v. beelden uit interviews
		Kosten wijkverpleegkundige per uur = salaris * factor totale werkgevers lasten (130%) = €24,49	Salaris: Zorg en welzijn plein, infopunt Factor totale werkgevers lasten: standaard definitie
Impact fysiotherapie	Aanname is dat fysiotherapeuten niet of nauwelijks hulpmiddelen voorschrijven		

Uitwerking van de budgettaire impact per maatregel

Maatregel 2: uniformering hulpmiddelenregelementen in termen van taal en lay-out (2/2)

Onderdeel	Doorrekening	Inputvariabelen	Bron
Impact MSZ	Aantal ziekenhuizen in NL * uur besteed aan consequenties verschillende taal en lay-out per week * weken per jaar * tijdswinst door uniformering * kosten medisch specialist per uur	Aantal huisartspraktijken in NL = 5.020	Vektis (2017), Peiling uit de registratie van huisartsen
		Uur besteed aan consequenties verschil in taal en lay-out = 0	Aanname PwC Strategy&
		Weken per jaar = 46	52 weken -/- 6 weken vakantie en publieke vrije dagen
		Tijdswinst door uniformering = 5%	Aanname PwC Strategy& o.b.v. beelden uit interviews
		Kosten medisch specialist per uur = €88,94	CBS (2021), open data – beloning van in zorg werkzame artsen; beroep en specialisme o.b.v. 45 uur per week per FTE

strategy&
Part of the PwC network

Thank you

strategyand.pwc.com

© 2022 PwC. All rights reserved.

PwC refers to the PwC network and/or one or more of its member firms, each of which is a separate legal entity. Please see pwc.com/structure for further details.

'PwC' is the brand under which PricewaterhouseCoopers Accountants N.V. (Chamber of Commerce 34180285), PricewaterhouseCoopers Belastingadviseurs N.V. (Chamber of Commerce 34180284), PricewaterhouseCoopers Advisory N.V. (Chamber of Commerce 34180287), PricewaterhouseCoopers Compliance Services B.V. (Chamber of Commerce 51414406), PricewaterhouseCoopers Pensions, Actuarial & Insurance Services B.V. (Chamber of Commerce 54226368), PricewaterhouseCoopers B.V. (Chamber of Commerce 34180289) and other companies operate and provide services. These services are governed by General Terms and Conditions ('algemene voorwaarden'), which include provisions regarding our liability. Purchases by these companies are governed by General Terms and Conditions of Purchase ('algemene inkoopvoorwaarden'). At www.pwc.nl more detailed information on these companies is available, including these General Terms and Conditions and the General Terms and Conditions of Purchase, which have also been filed at the Amsterdam Chamber of Commerce.