



Definitief

# Aanbevelingen ter > bevordering van gelijkgerichtheid

Gelijkgerichtheid binnen het thema Juiste  
Zorg op de Juiste Plek

Utrecht, 14 mei 2019  
Maarten Cozijnsen, MSc  
dr. Jan-Peter Heida  
dr. Susanne Lucieer  
drs. Thijs Stoop

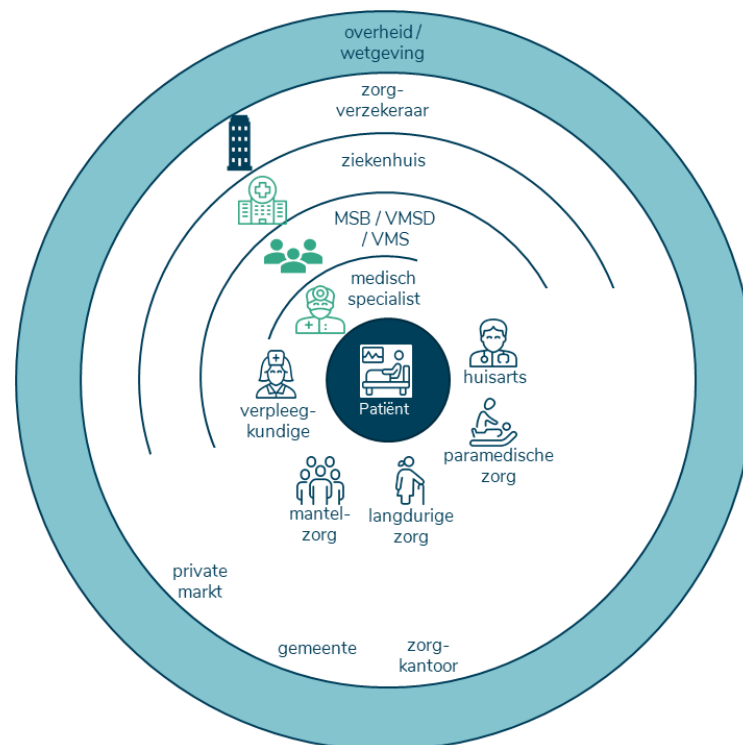
**SiRM.** Strategies  
in Regulated  
Markets

# Managementsamenvatting

Velen stellen dat gelijkgerichtheid nodig is om Juiste Zorg op de Juiste Plek te realiseren. Het begrip gelijkgerichtheid is lastig te vatten en wordt door mensen wisselend geïnterpreteerd. We stellen voor om de volgende definitie te gebruiken:

*“Partijen bepalen samen wat er moet gebeuren om patiënten de Juiste Zorg op de Juiste Plek te bieden, hoe zij dit organiseren, wie wat gaat doen en wie er op welke manier voor gaat betalen.”*

Partijen zijn hierbij in eerste instantie de RvB van het ziekenhuis, medisch specialisten (vrijgevestigd en in loondienst) en het MSB als ook de VMSD / VMS. Daarnaast zijn uiteraard ook de patiënt, verpleegkundige, eerstelijns zorgprofessional, thuiszorg, gemeente, GGZ- en VVT-instellingen, zorgverzekeraar, zorgkantoor en andere partijen belangrijk (Figuur 1).



Figuur 1. Voor gelijkgerichtheid zijn vele spelers belangrijk. Medisch specialist, medisch specialistisch bedrijf (MSB) en ziekenhuis worden het meest genoemd, als ook de Vereniging Medisch Specialisten in Dienstverband (VMSD) en de Vereniging Medische Staf (VMS). Daarnaast zijn ook zorgverzekeraars, andere zorgverleners en mantelzorg belangrijk.

Een ziekenhuis bestaat zelf uit vele, vaak verweven, onderdelen en is zeer heterogeen. Bovendien zijn er veel stakeholders betrokken bij het realiseren van gelijkgerichtheid voor Juiste Zorg op de Juiste Plek. Het realiseren van algehele gelijkgerichtheid is dus buitengewoon lastig, zo niet onmogelijk. Toch kunnen we aanbevelingen destilleren uit onze gesprekken met bijna vijftig mensen hierover. Deze aanbevelingen voor gelijkgerichtheid werden door een ruime meerderheid van de geïnterviewden in steeds andere bewoordingen genoemd:

- Erken dat besturen een vak is en dat daarbij een duidelijk mandaat hoort. Besturen is bovendien een waardevol onderdeel van de mogelijke loopbaan van een medisch specialist; het is een professie en geen corvee.
- Werk nauw samen als RvB en MSB+ (inclusief VMSD en VMS): organiseer gezamenlijke vergaderingen.
- Hanteer een gedeeld aannamebeleid waarbij RvB en MSB elkaar zwaarwegende adviezen kunnen geven over personele invulling van kernrollen. Ook samenwerkende ziekenhuizen zouden samen de betrokken medisch specialisten in dienst kunnen nemen of toe kunnen laten treden als vrijevestigden.
- Maak heldere en concrete keuzes die niet vrijblijvend zijn: spreek elkaar meer aan op het nakomen van afspraken in de zorg.
- Leg keuzes vast in gedeelde procedures, richtlijnen en protocollen, en verschaft tijdige informatie om de voortgang van veranderingen te monitoren.
- Houd rekening met de financiële prikkels. Deze bepalen grotendeels het succes van initiatieven voor Juiste Zorg op de Juiste Plek. Wees transparant over de financiële verdeelmodellen zodat partijen meer gelijkgericht kunnen werken.
- Geef met leiderschap het voorbeeld voor gedeelde waarden en maak deze expliciet.

VWS en het veld kunnen gelijkgerichtheid en Zorg op de Juiste Plek mogelijk faciliteren door het opstellen van handreikingen, het bieden van projectmatige ondersteuning en het stimuleren van de professionele ontwikkeling van bestuurders in de zorg middels opleiding en training.

Onze aanbevelingen volgen uit semigestructureerde gesprekken met bijna vijftig mensen die de afgelopen jaren hebben gewerkt aan het realiseren van gelijkgerichtheid in het kader van Zorg op de Juiste Plek. Voor de analyse gebruikten we het 7S model (*shared values, strategy, structure, systems, staff, skills* en *style*). We hebben voorbeelden ingedeeld naar vijf thema's die allemaal met Juiste Zorg op de Juiste Plek te maken hebben: concentratie van laag complexe / hoog volume zorg, concentratie van hoog complexe / laag volume zorg, leveren van gepaste zorg, verplaatsing van zorg naar de patiënt thuis en verplaatsing van zorg naar de eerste lijn.

# Inhoud

<b>Managementsamenvatting</b>	<b>1</b>
<b>Inhoud</b>	<b>3</b>
<b>1 Aanleiding en conclusie</b>	<b>5</b>
<b>2 Conceptueel kader voor aanbevelingen en mogelijke acties</b>	<b>8</b>
2.1 We stellen een brede definitie van gelijkgerichtheid voor	8
2.1.1 Gelijkgerichtheid is niet breed bekend en wordt niet eenduidig geïnterpreteerd	10
2.1.2 Gelijkgerichtheid was één van de doelen voor invoering integrale bekostiging	11
2.1.3 Integrale bekostiging resulteerde vooral in het samenwerkingsmodel	12
2.1.4 Algehele gelijkgerichtheid is lastig gegeven de heterogeniteit van ziekenhuiszorg	13
2.2 We gebruiken het 7S model voor analyse van gelijkgerichtheid	14
2.3 We hanteren vijf thema's binnen Juiste Zorg op de Juiste Plek	16
2.3.1 Concentratie van laag complexe / hoog volume zorg	16
2.3.2 Concentratie van hoog complexe / laag volume zorg	17
2.3.3 Leveren van gepaste zorg	17
2.3.4 Verplaatsing zorg naar patiënt thuis	18
2.3.5 Verplaatsing zorg naar eerste lijn	18
<b>3 Aanbevelingen aan het veld voor gelijkgerichtheid voor Juiste Zorg op de Juiste Plek</b>	<b>19</b>
3.1 Shared values	21
3.1.1 Geef met leiderschap het voorbeeld voor <i>shared values</i>	21
3.1.2 Maak <i>shared values</i> expliciet	21
3.1.3 Zet bij samenwerking kwaliteit van zorg centraal als <i>shared value</i>	22
3.2 Strategy	23
3.2.1 Maak heldere strategische keuzes voor zorg die een ziekenhuis wel of niet levert	23
3.2.2 Zorg dat de strategie aansluit bij plannen van samenwerkingspartners waaronder zorgverzekeraars	24
3.2.3 Vertaal strategische keuzes door in het aannamebeleid	25
3.2.4 Maak afspraken rondom strategische keuzes niet vrijblijvend	25
3.3 Structure	26
3.3.1 Verbeter gelijkgerichtheid door gezamenlijk overleg van RvB met MSB+	26
3.3.2 Maak afspraken tussen RvB en MSB over Juiste Zorg op de Juiste Plek en wees onderling transparant	27

3.3.3	Verenig medisch specialisten in één overlegorgaan ter bevordering van gelijkgerichtheid	28
3.3.4	Laat het verdeelmodel van MSB's aansluiten op de gezamenlijke strategie	28
3.3.5	Laat financiële prikkels van het ziekenhuis aansluiten op de gezamenlijke strategie	30
3.3.6	Maak de goodwill van medisch specialisten collectief	31
3.4	Systems	32
3.4.1	Maak uitwisseling van patiëntgegevens mogelijk via IT-systemen	32
3.4.2	Monitor gemaakte afspraken tijdig	32
3.4.3	Werk met samenwerkingspartners op basis van gedeelde protocollen en richtlijnen	33
3.4.4	Zet extra personeel in zodat patiënt gebrek aan gedeelde systemen niet merkt	33
3.5	Staff, Skills, Style	34
3.5.1	Heb aandacht voor de professionaliteit van bestuurders	34
3.5.2	Pas een gedeeld aannamebeleid toe passend bij de gezamenlijke strategie	35
3.5.3	Realiseer dat professionele autonomie van specialisten mogelijk is zowel in vrije vestiging als loondienst	37
3.5.4	Geef prioriteit aan het nakomen van afspraken	37
3.5.5	Werk gericht aan vertrouwen bij samenwerking	37
<b>4</b>	<b>Mogelijke acties van VWS om samen met het veld gelijkgerichtheid te bevorderen</b>	<b>38</b>
4.1	Faciliteer bestuurders in de zorg met het opstellen van handreikingen	38
4.2	Faciliteer bestuurders met projectondersteuning voor Juiste Zorg op de Juiste Plek	39
4.3	Stimuleer de professionele ontwikkeling van bestuurders in de zorg	40
4.3.1	Overweeg afspraken te maken over ontwikkeling van bestuurlijke en samenwerkingsvaardigheden in de opleiding tot basisarts	40
4.3.2	Stimuleer training van medisch specialisten in bestuurlijke vaardigheden	41
4.3.3	Creëer bewustzijn voor gelijkgerichtheid en Juiste Zorg op de Juiste Plek bij Raden van Toezicht.	41
	<b>Bijlage 1: Methode</b>	<b>42</b>
	<b>Bijlage 2: Ook in het buitenland is aandacht voor gelijkgerichtheid</b>	<b>45</b>
	<b>Verwijzingen</b>	<b>47</b>

# I Aanleiding en conclusie

In 2013 werd in het onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017 besloten om in 2015 integrale tarieven in te voeren voor medisch specialistische zorg (VWS, 2013). Tot 2015 waren de tarieven opgebouwd uit een kostendeel van het ziekenhuis en een honorariumdeel voor de vrijgevestigde medisch specialisten. Naast de gescheiden tariefregulering zijn per 2015 ook het beheersmodel (met honorariumplafonds) en de gescheiden macrokaders voor ziekenhuis-kosten en honoraria vrijgevestigd medisch specialisten komen te vervallen. Het ziekenhuis maakt met het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) afspraken over hun omzetdeel. Met deze wijziging werd beoogd dat (financiële) belangen van ziekenhuizen en medisch specialisten meer gelijkgericht zouden worden (VWS, 2013). Het streven naar gelijkgerichtheid is ook genoemd als doel voor de medisch specialistische zorg in het regeerakkoord 'Vertrouwen in de toekomst' (VVD, CDA, D66 en ChristenUnie, 2017).

Gelijkgerichtheid is ook van belang om de juiste zorg op de juiste plek te realiseren. VWS zet samen met het zorgveld in op Juiste Zorg op de Juiste Plek<sup>1</sup> om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden (Taskforce Juiste Zorg op de Juiste Plek, 2018). In het Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022 (VWS, 2018) wordt gelijkgerichtheid ook genoemd als katalysator van Juiste Zorg op de Juiste Plek.

Het ministerie van VWS, directie curatieve zorg heeft SiRM – Strategies in Regulated Markets gevraagd te onderzoeken hoe VWS en/of het veld gelijkgerichtheid in het kader van de Juiste Zorg op de Juiste Plek kan bevorderen. Het huidige stelsel is daarbij een uitgangspunt voor het onderzoek.

In dit rapport geven we aanbevelingen aan het veld en beschrijven we mogelijke acties van VWS ter bevordering van gelijkgerichtheid in het kader van Juiste Zorg op de Juiste Plek.

- Om te komen tot deze aanbevelingen en mogelijke acties hanteerden we een conceptueel kader (Hoofdstuk 2):
  - Velen stellen dat gelijkgerichtheid nodig is om Juiste Zorg op de Juiste Plek te realiseren. Tegelijkertijd zijn er veel verschillende invullingen van het begrip gelijkgerichtheid. Daarvoor is eerst een gedeeld begrip van de term gelijkgerichtheid nodig. Op basis van de gesprekken die we hierover gevoerd hebben, stellen we voor om de volgende definitie te gebruiken: *“Partijen bepalen samen wat er moet gebeuren om patiënten de Juiste Zorg op de Juiste Plek te bieden, hoe zij dit organiseren, wie wat gaat doen en wie er hoe voor gaat betalen”*. Partijen zijn hierbij in eerste instantie de RvB van het

---

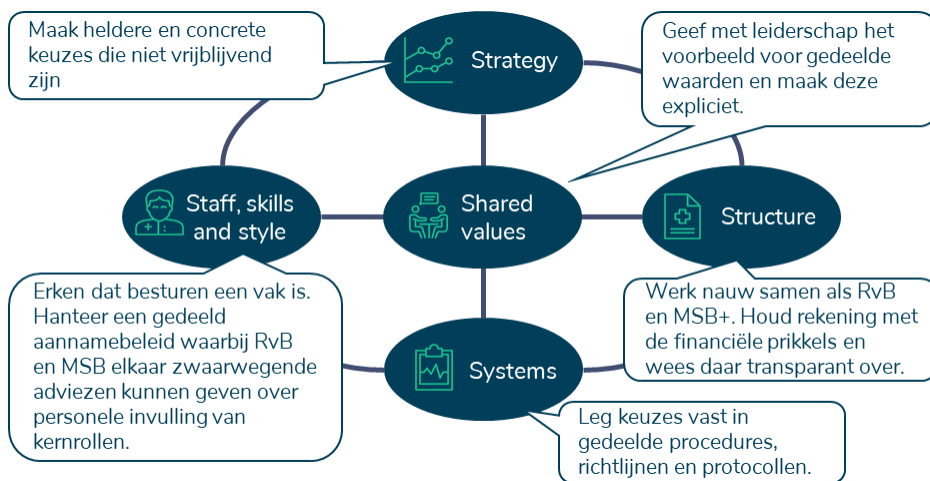
<sup>1</sup> We gebruiken in dit rapport 'Juiste Zorg op de Juiste Plek' met hoofdletters zoals gebruikelijk in beleidsdocumenten over dit thema.

ziekenhuis, medisch specialisten (vrijgevestigd en in loondienst) en het MSB+<sup>2</sup> (het MSB inclusief de Vereniging Medisch Specialisten in Dienstverband (VMSD) en de Vereniging Medische Staf (VMS)). Daarnaast zijn uiteraard ook de patiënt, verpleging, eerstelijns zorgprofessional, thuiszorg, gemeente, GGZ- en VVT-instellingen, zorgverzekeraar, zorgkantoor en andere partijen belangrijk.

- We gebruiken het McKinsey 7S model om te beschrijven hoe gelijkgerichtheid georganiseerd kan worden met het oog op Juiste Zorg op de Juiste Plek. Het 7S model bestaat uit: *shared values, strategy, structure, systems, staff, skills* en *style*. Bij een optimale bedrijfsvoering zijn deze onderling consistent en ondersteunend aan elkaar.
- Juiste Zorg op de Juiste Plek is een cruciaal uitgangspunt om toegankelijke, hoog kwalitatieve zorg die betaalbaar is, te kunnen blijven leveren. Wij hanteren vijf thema's binnen Juiste Zorg op de Juiste Plek: concentratie van laag complexe / hoog volume zorg, concentratie van hoog complexe / laag volume zorg, leveren van gepaste zorg, verplaatsing van zorg naar de patiënt thuis, en verplaatsing van ziekenhuiszorg naar de eerste lijn.
- Op basis van gesprekken met bijna vijftig betrokkenen en het conceptuele kader, doen we aanbevelingen aan het veld om gelijkgerichtheid en Juiste Zorg op de Juiste Plek te bevorderen (Hoofdstuk 3). De belangrijkste aanbevelingen zijn (Figuur 2):
  - Erken dat besturen een vak is.
  - Werk nauw samen als RvB en MSB+.
  - Hanteer een gedeeld aannamebeleid waarbij RvB en MSB elkaar zwaarwegende adviezen kunnen geven over personele invulling van kernrollen.
  - Maak heldere en concrete keuzes die niet vrijblijvend zijn.
  - Leg keuzes vast in gedeelde procedures, richtlijnen en protocollen.
  - Houd rekening met de financiële prikkels en wees daar transparant over.
  - Geef met leiderschap het voorbeeld voor gedeelde waarden en maak deze expliciet.
- VWS en het veld kunnen gelijkgerichtheid en Zorg op de Juiste Plek mogelijk faciliteren door het opstellen van handreikingen, het bieden van projectmatige ondersteuning en het stimuleren van de professionele ontwikkeling van bestuurders in de zorg middels opleiding en training. (Hoofdstuk 4).

---

<sup>2</sup> In dit rapport spreken we over het MSB+ wanneer we doelen op het overlegorgaan waarin zowel de medisch specialisten in vrije vestiging als die in loondienst worden vertegenwoordigd. Meestal wordt dit gevormd door de functies en overlegstructuren van de VMS en VMSD te integreren in het MSB; vandaar de afkorting MSB+. Daarnaast spreken we over het MSB als het orgaan dat alleen vrijgevestigde medisch specialisten vertegenwoordigd.



Figuur 2. Overzicht van de belangrijkste aanbevelingen voor bevorderen gelijkgerichtheid voor Juiste Zorg op de Juiste Plek o.b.v. het 7S model.



## 2 Conceptueel kader voor aanbevelingen en mogelijke acties

Vaak wordt gesteld dat gelijkgerichtheid nodig is om Juiste Zorg op de Juiste Plek te realiseren. Omdat er geen eenduidigheid over het begrip gelijkgerichtheid bestaat, stellen we een brede definitie voor die bruikbaar is voor Juiste Zorg op de Juiste Plek. Voor analyse van gelijkgerichtheid gebruiken we het 7S model (*shared values, strategy, structure, systems, staff, skills en style*). Daarbij hanteren we vijf thema's die met Juiste Zorg op de Juiste Plek te maken hebben: concentratie van laag complexe / hoog volume zorg, concentratie van hoog complexe / laag volume zorg, leveren van gepaste zorg, verplaatsing van zorg naar de patiënt thuis en verplaatsing van zorg naar de eerste lijn.

Gelijkgerichtheid was een van de doelen van de integrale bekostiging van medisch specialistische zorg. De invoering van de integrale bekostiging leidde vooral tot het samenwerkingsmodel van het ziekenhuis met vrijgevestigd medisch specialisten, verenigd in een medisch specialistisch bedrijf (MSB). Omdat ziekenhuizen complexe en heterogene organisaties zijn, en er veel stakeholders betrokken zijn bij Juiste Zorg op de Juiste Plek buiten het ziekenhuis, is het moeilijk om gelijkgerichtheid te realiseren. Om tot aanbevelingen te komen voor het bevorderen van gelijkgerichtheid in het kader van de Juiste Zorg op de Juiste Plek, stellen we voor een bredere definitie te hanteren, waarin ook partijen buiten het ziekenhuis betrokken worden (§2.1).

Voor analyse van gelijkgerichtheid gebruikten we het 7S model. Dit model bestaat uit de 7 S-en *shared values, strategy, structure, systems, staff, skills en style*. Bij een goede manier van organiseren zijn de S-en consistent en congruent ingevuld en versterken ze elkaar (§2.2).

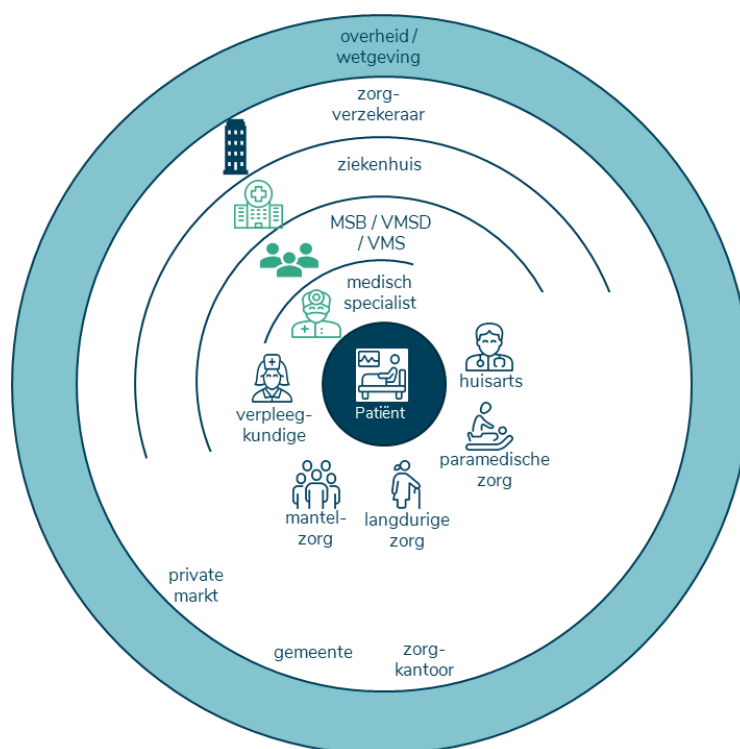
De Nederlandse zorg zet in op Juiste Zorg op de Juiste Plek en velen stellen dat gelijkgerichtheid nodig is dit te realiseren. Voor de analyse hanteerden we vijf thema's die allemaal met Juiste Zorg op de Juiste Plek te maken hebben: concentratie van laag complexe / hoog volume, concentratie van hoog volume / laag complexe zorg, leveren van gepaste zorg, verplaatsing van zorg naar de patiënt thuis en verplaatsing van zorg naar de eerste lijn (§2.3).

### 2.1 We stellen een brede definitie van gelijkgerichtheid voor

Gelijkgerichtheid blijkt niet eenduidig gedefinieerd te zijn. Wij stellen daarom voor een breed gedeelde definitie op te stellen, waarin ook partijen buiten het ziekenhuis betrokken worden. Op basis van dit onderzoek zijn wij tot de volgende, definitie van gelijkgerichtheid gekomen:

“Partijen bepalen samen wat er moet gebeuren om patiënten de Juiste Zorg op de Juiste Plek te bieden, hoe zij dit organiseren, wie wat gaat doen en wie er op welke manier voor gaat betalen.”

Partijen zijn hierbij in eerste instantie de RvB van het ziekenhuis, medisch specialisten (vrijgevestigd en in loondienst) en het MSB+, maar ook patiënt, verpleging, eerstelijns zorgprofessional, gemeente, GGZ- en VVT-instelling, zorgverzekeraar en anderen zijn belangrijk voor gelijkgerichtheid (Figuur 3). Deze definitie gaat dus over het gezamenlijk en gebalanceerd invulling geven aan visie, strategie, organisatie, uitvoering en financiële aspecten met als doel patiënten de juiste zorg op de juiste plek te bieden. Bij gelijkgerichtheid hoort ook de mate waarin de financiële prikkels van ziekenhuis en medisch specialisten congruent zijn.



Figuur 3. Voor gelijkgerichtheid zijn vele spelers belangrijk. Medisch specialist, medisch specialistisch bedrijf (MSB, in combinatie met de Vereniging Medisch Specialisten in Dienstverband (VMSD) en de Vereniging Medische Staf (VMS)) en ziekenhuis worden het meest genoemd (alle drie groen). Daarnaast zijn ook zorgverzekeraars, gemeente, zorgkantoor, andere zorgverleners en mantelzorg belangrijk (blauw).

Discussies rondom gelijkgerichtheid gaan vaak over de vertaling van landelijke afspraken naar zorginkoop, naar afspraken van ziekenhuis met MSB's en binnen MSB's met medisch specialisten. Dat zijn uiteraard belangrijke onderwerpen binnen gelijkgerichtheid, maar ook de gelijkgerichtheid met huisartsen, verpleegkundigen, paramedische zorgverleners, langdurige zorg en mantelzorgers is belangrijk in het kader van Juiste Zorg op de Juiste Plek.

Volgens onze definitie van gelijkgerichtheid bepalen partijen samen wat er moet gebeuren om patiënten de juiste zorg te bieden, hoe zij dit organiseren, wie wat gaat doen en wie er hoe voor gaat betalen. In de zorg is er zelden slechts één manier om patiënten de beste zorg te bieden. Deze keuze wordt ingegeven door verschillende factoren. De ene patiëntengroep vraagt om een

andere aanpak van zorg dan de andere patiëntengroep. Zo kan een deel van de patiënten het beste geholpen worden door ze te behandelen binnen de muren van het ziekenhuis, terwijl andere patiënten ook door eerstelijns zorg of thuis behandeld kunnen worden. Deze verschillende mogelijkheden vragen een eigen visie, organisatie, verschillende zorgprofessionals die deze zorg kunnen leveren en mogelijk een andere vergoedingssystematiek.

In de volgende paragrafen gaan we nader in op de achtergrond van gelijkgerichtheid. Op basis van bijna vijftig gesprekken concluderen we dat gelijkgerichtheid niet breed bekend is en dat het niet eenduidig geïnterpreteerd wordt. Gelijkgerichtheid was een van de doelen van de integrale bekostiging van medisch specialistische zorg. De invoering van de integrale bekostiging leidde vooral tot het samenwerkingsmodel van het ziekenhuis met vrijgevestigd medisch specialisten, verenigd in een medisch specialistisch bedrijf (MSB). Omdat ziekenhuizen complexe en heterogene organisaties zijn, en er veel stakeholders betrokken zijn bij Juiste Zorg op de Juiste Plek buiten het ziekenhuis, is het moeilijk om gelijkgerichtheid te realiseren.

### **2.1.1 Gelijkgerichtheid is niet breed bekend en wordt niet eenduidig geïnterpreteerd**

De betekenis van het begrip gelijkgerichtheid blijkt niet bij iedereen bekend te zijn. Diegenen die het wel kennen, hechten vaak niet dezelfde betekenis aan het woord gelijkgerichtheid.

Wij hebben geen formele definitie gevonden van het begrip gelijkgerichtheid. De NZa beschrijft in de Monitor Integrale Bekostiging medisch specialistische zorg (2016) gelijkgerichtheid als volgt: *“In de bekostiging van zorg moet niet het financiële eigenbelang van ziekenhuizen en specialisten voorop staan, maar het gezamenlijke belang om de patiënt de best mogelijke zorg te bieden. Oftewel: een gelijkgerichtheid van belangen. Ziekenhuizen en vrijgevestigde medisch specialisten moeten samen doelmatigheid en kwaliteit nastreven.”* In het Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019-2022 (2018) wordt hierop voortgeborduurd: *“Een katalysator voor de gewenste transformatie [de Juiste Zorg op de Juiste Plek] is een gelijkgerichtheid van belangen van alle partijen in de zorg. Anders dan het vooropstellen van (financieel) eigenbelang, gaat het om het gezamenlijk nastreven van kwaliteit en doelmatigheid.”* Door gelijkgerichtheid als katalysator te noemen in het kader van de Juiste Zorg op de Juiste Plek, werd de scope van gelijkgerichtheid verbreed.

Zoals gezegd, was het begrip gelijkgerichtheid niet bij alle geïnterviewden bekend. De geïnterviewden die wel bekend zijn met het woord, geven bijna allemaal aan niet goed te weten wat het begrip inhoudt. De betekenis die zij er intuïtief aan geven, is voor de een voornamelijk financieel geladen, voor de ander zorginhoudelijk en weer voor een ander puur organisatorisch ingegeven. Een aantal geïnterviewden geeft aan dat het begrip verschillende componenten heeft, deze geïnterviewden zijn het niet eens over de prioritering van de componenten. Zo start de één met de financiën, terwijl de ander aangeeft dat er eerst een visie moet zijn en dat de financiële component secundair is.

Daarnaast blijkt er ook geen overeenstemming te zijn over de partijen die in de definitie betrokken moeten worden. Bij de invoering van integrale bekostiging lag vooral de focus op gelijkgerichtheid tussen de RvB van het ziekenhuis en de medisch specialisten. Alle geïnterviewden merkten daarom vrijgevestigde medisch specialisten, het MSB en de RvB van het ziekenhuis aan als

stakeholders. Slechts een deel van de geïnterviewden noemde uit zichzelf de medisch specialist in loondienst en de zorgverzekeraar als stakeholders, en een nog kleiner deel de patiënt, eerstelijns zorgprofessionals en de verpleging. Bij het benoemen van de verschillende stakeholders geeft het merendeel van de geïnterviewden echter wel aan dat dit belangrijke partijen zijn wanneer we praten over gelijkgerichtheid, zeker wanneer wij dit kaderen in het thema De Juiste Zorg op de Juiste Plek.

### 2.1.2 Gelijkgerichtheid was één van de doelen voor invoering integrale bekostiging

Gelijkgerichtheid is een van de subdoelen die gesteld werd bij de invoering van de integrale bekostiging in 2015. Integrale bekostiging houdt in dat medisch specialisten hun werkzaamheden niet meer (via het ziekenhuis) aan de zorgverzekeraar declareren, maar bij het ziekenhuis. Het ziekenhuis maakt integrale afspraken met de zorgverzekeraar. Vervolgens contracteert het ziekenhuis bij het MSB de dienstverlening van medisch specialisten die daarvoor nodig is. Het hoofddoel van de integrale bekostiging is om het zorgstelsel beter te laten functioneren. Deze doelstelling werd onderbouwd met vier subdoelen: doelmatigere productie, selectieve inkoop, gelijk speelveld, én gelijkgerichtheid:

- Onder doelmatigere productie wordt bedoeld dat bijvoorbeeld verpleegkundig specialisten, physician assistants en andere zorgverleners makkelijker taken kunnen overnemen van medisch specialisten zonder dat de bekostiging daar een belemmering voor vormt.
- Selectieve inkoop, dat wil zeggen zorg die aansluit bij de polis van de verzekerden, zou beter mogelijk moeten zijn doordat er maar één partij is die declareert en als aanspreekpunt voor de zorgverzekeraar fungeert.
- Een gelijk speelveld moet ontstaan doordat medisch specialisten en ziekenhuizen met de invoering van de integrale bekostiging onder het zelfde (macro)beheersinstrument vallen.
- Onder gelijkgerichtheid wordt de gelijkgerichtheid van belangen verstaan, dat medisch specialisten en ziekenhuizen samen doelmatigheid en kwaliteit nastreven en hier samen goede afspraken over maken in een samenwerkingsovereenkomst (NZa, 2016).

De NZa heeft de afgelopen jaren enkele keren gemonitord hoe betrokken partijen de invoering van de integrale bekostiging hebben ervaren, en of zij vinden dat de doelstellingen van de integrale bekostiging zijn gerealiseerd. Hierbij richten zij zich met name op de doelstellingen doelmatigere inzet en gelijkgerichtheid.

De MSB's zijn over de realisatie van beide doelstellingen positiever dan de ziekenhuizen. Met betrekking tot de doelmatigere inzet heeft 61% van de MSB's aan dat dit (ten dele) gerealiseerd is, ten opzichte van 56% van de ziekenhuizen. De gelijkgerichtheid is volgens 83% van de MSB's toegenomen sinds de invoering van de integrale bekostiging, terwijl maar 49% van de ziekenhuizen deze mening deelt. De MSB's geven wel aan dat niet zozeer de integrale bekostiging bijdraagt aan de verbetering van de gelijkgerichtheid, maar dat dat vooral komt door de oprichting van de MSB's. De MSB's zijn opgericht als gevolg van de invoering van de integrale bekostiging.

### 2.1.3 Integrale bekostiging resulteerde vooral in het samenwerkingsmodel

Bijkomend effect van de invoering van de integrale bekostiging was dat vrijgevestigd medisch specialisten zich anders moesten organiseren om hun status als zelfstandig ondernemer te kunnen behouden. De Nederlandse vereniging van ziekenhuizen (NVZ) en de Federatie Medisch Specialisten (FMS) hebben hiervoor in samenwerking met Ministerie van Financiën verschillende modellen ontwikkeld:

- Het loondienstmodel waarbij medisch specialisten in loondienst van het ziekenhuis gaan.
- Het samenwerkingsmodel waarbij medisch specialisten zich organiseren in een Medisch Specialistisch Bedrijf en een samenwerkingsovereenkomst afsluiten met het ziekenhuis. Er zijn twee varianten van het samenwerkingsmodel:
  - Het transparante model, waarbij medisch specialisten zijn verenigd in een maatschap.
  - Het niet-transparante model, waarbij medisch specialisten via een personal holding BV (PH-BV) georganiseerd zijn in een coöperatie.
- Het participatiemodel, waarbij medisch specialisten participeren in (een deel van) het ziekenhuis.

De meeste vrijgevestigde medisch specialisten hebben zich met de invoering van de integrale bekostiging georganiseerd in een samenwerkingsmodel, dat wil zeggen in een maatschap of in een coöperatie MSB. In 2018 was er in 80% van de ziekenhuizen een samenwerkingsmodel (transparant of niet-transparant) opgezet met één of meer MSB's (NZa, 2018). Eveneens kende 80% van de ziekenhuizen een loondienstmodel; de meeste ziekenhuizen hebben namelijk zowel een loondienst- als een samenwerkingsmodel. In 7% van de ziekenhuizen is er een organisatiemodel opgezet dat in meer of mindere mate verwantschap heeft met het participatiemodel.

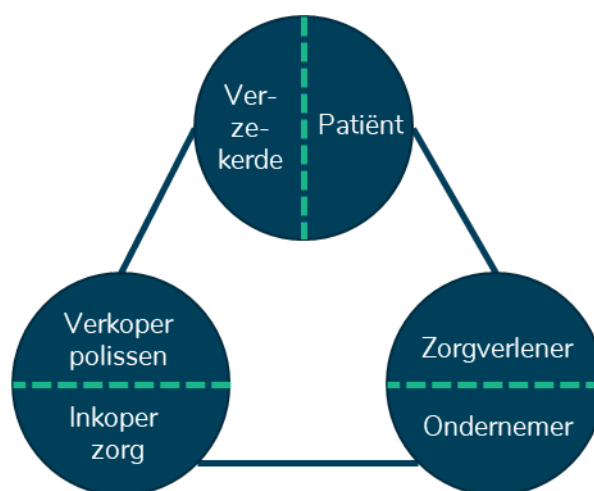
Hoewel het merendeel van de medisch specialisten zich heeft georganiseerd in een vorm van het samenwerkingsmodel, gaf Minister Schippers, destijds Minister van VWS, aan dat ze het samenwerkingsmodel zag als tussenmodel. Wat haar betreft waren er twee organisatiemodellen mogelijk om gelijkgerichtheid te bereiken: het loondienstmodel of het participatiemodel. Om de overstap naar loondienst een realistische optie te laten zijn, voerde zij in 2015 de Subsidieregeling Overgang Integrale Tarieven medisch specialistische zorg in (VWS, 2015b). Deze regeling is inmiddels verlengd tot en met 2019 (VWS, 2017). Medisch specialisten die overstappen naar loondienst kunnen, onder voorwaarden, via deze subsidie aanspraak doen op € 100.000 ter compensatie van hun verloren goodwill.

Vier jaar na de invoering van de integrale bekostiging blijkt dat relatief weinig medisch specialisten de overstap hebben gemaakt naar loondienst. Daarnaast is het participatiemodel niet van de grond gekomen. De manier waarop dit model oorspronkelijk is ontwikkeld, blijkt volgens onderzoek van EY (2017) niet uitvoerbaar door onder meer het verbod op winstuitkering en een aantal fiscale regelingen (EY, 2017). De minister van VWS geeft aan dat de huidige inrichting met MSB's de kans krijgt om zich verder door te ontwikkelen, waarmee het participatiemodel niet meer actief wordt nagestreefd: *"...[Hij] verwacht dat zowel ziekenhuizen als MSB's zich blijven inzetten om verdere stappen te zetten in de realisatie van de doelstelling, met name het doelmatiger inzetten van mensen en middelen [...] en het bevorderen van gelijkgerichtheid. Dit is van belang bij de*

verwezenlijking van de transformatie naar de Juiste Zorg op de Juiste Plek, die ook is vastgelegd in het Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019-2022” (VWS, 2018).

### 2.1.4 Algehele gelijkgerichtheid is lastig gegeven de heterogeniteit van ziekenhuiszorg

Algehele gelijkgerichtheid is waarschijnlijk moeilijk, misschien zelfs onmogelijk, te realiseren gegeven de diversiteit van ziekenhuiszorg en de verschillende rollen die de spelers in het zorgstelsel innemen. Een zorgaanbieder is ook een onderneming die rendabel moet zijn en continuïteit voor bedrijf en medewerkers nastreeft, een patiënt is ook premiebetaler die lage premies wil betalen, een zorgverzekeraar is naast polisverkoper ook zorginkoper (Figuur 4). Deze rollen hebben allemaal een functie om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg te borgen. Soms is het daarbij logisch dat belangen niet geheel gelijkgericht zijn.



Figuur 4. Rollen van de belangrijkste spelers in de zorg zijn niet allemaal gelijkgericht, zelfs niet ‘binnen’ die spelers (bron: Johan Polder, RIVM).

Omdat een ziekenhuis veel verschillende soorten bedrijvigheid in zich bergt, zijn mogelijk verschillende manieren nodig om gelijkgerichtheid te realiseren. Zo onderscheidt Christensen bijvoorbeeld drie manieren van bedrijvigheid: ‘solution shop’, ‘value added process’ en ‘facilitated network’ die ieder een eigen type werkzaamheden en daarbij passende manier van belonen kennen (Christensen & Grossman, 2016) (van Aartsen, 2017) (Figuur 5).

	Solution shop	Value added process	Facilitated network
Werkzaamheden	Diagnosticeren en verhelpen van ongestructureerde problemen	Incomplete (kapotte) dingen worden meer compleet en van hogere waarde gemaakt	Omgevingen waarin mensen dingen met elkaar uitwisselen
Sectoren	Consultancy, advocatuur	Autoproductie, Retail, Restaurants	Telecomnetwerken, eBay, marktplaats, verzekeringen
Voorbeelden zorg	Complexe traumatologie, onbegrepen klachten	Staar operatie, heup- en knie vervanging, open hart operatie	Behandeling van chronisch ziekten (gedrag, gegevens)
Manier van betalen	Input: Fee for service	Output: Prijs per product / dienst	Netwerk faciliteren: abonnement, transactiefee
Impact op patiënt	Mensen beter maken, diagnose stellen	Mensen beter maken	Mensen gezond houden

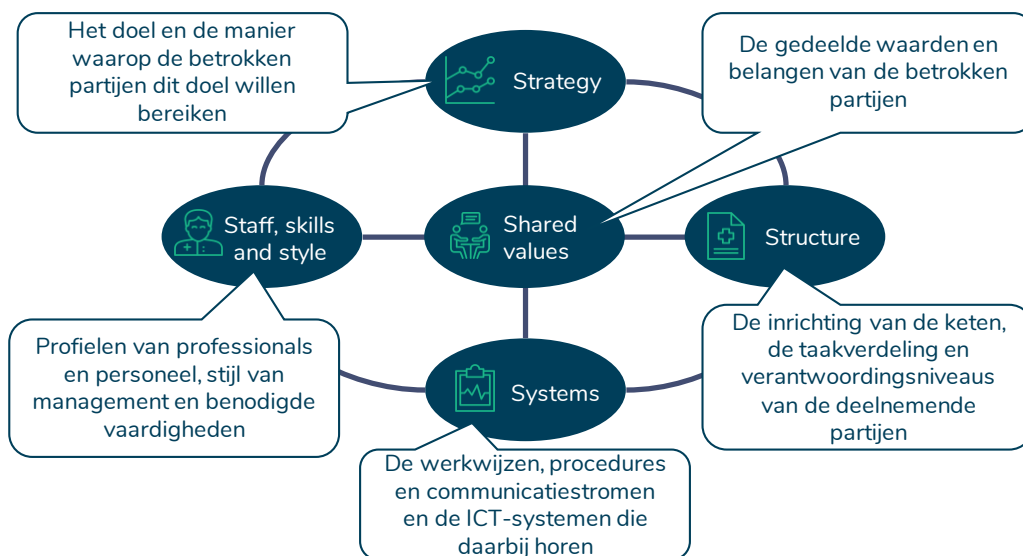
Figuur 5. Christensen onderscheidt drie verschillende vormen van bedrijvigheid binnen de ziekenhuiszorg.

De implicatie hiervan is dat er geen wondermiddel is voor gelijkgerichtheid dat onder alle omstandigheden werkt. Verschillende soorten bedrijvigheid vragen om andere aanpak voor organisatie en afspraken. Toch zijn er algemene aanbevelingen te geven. We doen dat op basis van onze analyse met het 7S model.

## 2.2 We gebruiken het 7S model voor analyse van gelijkgerichtheid

Elke vorm van bedrijvigheid kent zijn eigen karakteristieken en uitdagingen. Buiten de zorg, maar ook binnen de zorg, en onafhankelijk van de verschillende stakeholders die in en om deze organisatie betrokken zijn. Dit betekent ook dat er geen eenduidige manier is om een organisatie of zelfs maar een doel in een organisatie te laten slagen. Dit betekent overigens niet, dat het niet mogelijk is om hier wel op te sturen. Het 7S model, ontwikkeld door McKinsey, biedt hier handvatten voor.

Het 7S model is ontwikkeld om aan de hand van zeven elementen de prestatie van een organisatie te analyseren (Peters & Waterman, 1982) (McKinsey, 2008). Deze zeven elementen zijn: *shared values*, *strategy*, *structure*, *systems*, *staff*, *skills* en *style* (zie Figuur 6). Bij een optimale bedrijfsvoering zijn deze elementen in evenwicht, congruent en ondersteunend aan elkaar. Op het moment dat er een beweging gemaakt wordt, werken alle elementen daaraan mee. De elementen werken dus samen in een systeem.



Figuur 6. Uit onderzoek van McKinsey blijkt dat succesvolle organisaties aan al deze zeven elementen op consistente wijze invulling geven. In bovenstaande figuur zijn *staff*, *skill* en *style* samengevoegd

Het 7S model kent drie 'harde' factoren en vier 'zachte' factoren. De harde factoren zijn *strategy*, *structure* en *systems*. De zachte factoren zijn *shared values*, *staff*, *skills* en *style*. De harde elementen zijn relatief makkelijk aan te passen. De zachte elementen zijn over het algemeen lastiger te veranderen.

**De shared values staan centraal in het 7S model**

Onder *shared values* verstaan we de waarden van de betrokken partijen. Hier beschrijven we de visie van de organisatie: hoe draagt de organisatie bij aan het leveren van de beste zorg voor de patiënt? Een organisatie kan verschillende gedeelde waarden<sup>3</sup> hebben. Deze waarden moeten simpel beschreven zijn zodat iedereen binnen en buiten de organisatie ze begrijpt, en moeten gedragen worden binnen de organisatie. Ze zijn onderdeel van de cultuur.

**In strategy staan de toekomstplannen beschreven, ingegeven door de shared values**

De *strategy* vormt een brug tussen de *shared values* van een organisatie en de realiteit. De realiteit is dat het aantal middelen dat ter beschikking staat beperkt is waardoor niet alle doelen tegelijkertijd gerealiseerd kunnen worden. In een strategisch plan worden daarom keuzes gemaakt en focus aangebracht. Het gaat dus om het doel dat de organisatie wil bereiken en de manier waarop ze dit willen doen. Dit doel wordt gedeeld met de organisatie zodat iedereen op de hoogte is van wat er van hem of haar verwacht wordt.

**De structure beschrijft de basis van aansturing in het bedrijf, gedreven door de strategie**

Bij *structure* wordt gekeken naar de inrichting en aansturing van de organisatie, de taakverdeling en de verantwoordelijkheidsniveaus van de verschillende partijen. De structuur is een middel en wordt gedreven door de strategie, maar ook door de mensen die in de organisatie werken. Hierbij kan gedacht worden aan de verschillende overlegorganen die in een organisatie aanwezig zijn, de afspraken binnen de overlegorganen en afstemming tussen de overlegorganen. Wie is waarvoor verantwoordelijk, wie rapporteert aan wie en hoe werken de verschillende organen en afdelingen met elkaar samen? Maar ook, hoe zijn deze organen op zich georganiseerd en hoe vindt de besluitvorming binnen deze organen plaats?

**Systems zijn werkwijzen en procedures die de strategie en structuur ondersteunen**

Bij *systems* worden alle denkbare systemen omschreven. Voorbeelden van systemen zijn de werkwijzen, procedures, richtlijnen, protocollen, interne (verdeel)afspraken en IT-systemen. Deze systemen zijn de processen en taken die nodig zijn om de zorg te leveren en horen de *strategy* en *structure* van een organisatie te ondersteunen.

**De elementen style, staff en skills gaan over de mensen die de organisatie vormen**

De drie elementen *staff*, *skills* en *style* bespreken we gezamenlijk. Het gaat om de bemensing, vaardigheden en stijl van werken.

- *Staff* gaat over de mensen die werken binnen de organisatie, het HR-profiel van de organisatie. Hoe zorg je dat de juiste mensen het juiste werk verrichten? Het gaat dus niet alleen om de mensen zelf, maar ook om de processen rondom de mensen zoals het aannamebeleid.
- *Style* beschrijft de manier waarop mensen in de organisatie met elkaar en met hun cliënten en ketenpartners omgaan. De leiderschapsstijl van het management heeft daarbij een belangrijke voorbeeldfunctie. Ook klinisch leiderschap is cruciaal voor de gewenste cultuur en

---

<sup>3</sup> In deze handreiking gebruiken we voor de leesbaarheid ook de Nederlandse woorden voor de 7S-en: *shared values* (gedeelde waarden), *strategy* (strategie), *structure* (structuur), *systems* (systemen), *style* (stijl), *staff* (personen / personeel) en *skills* (vaardigheden).



om de gewenste veranderingen in manier van werken te realiseren teneinde de strategische doelen te behalen.

- Skills zijn de vaardigheden van de mensen, waarop een organisatie aanspraak doet. Deze vaardigheden dienen uiteraard in lijn te zijn met de strategie van de organisatie, het soort zorg en de aanpak van zorg die door de organisatie verleend wordt.

## 2.3 We hanteren vijf thema's binnen Juiste Zorg op de Juiste Plek

Eén van de noodzakelijke veranderingen waar de Nederlandse gezondheidszorg voor staat is ingegeven doordat er krapte is op de arbeidsmarkt, de zorguitgaven stijgen en het zorgaanbod niet altijd goed aansluit bij de behoeften van de patiënt. Dit betekent dat de zorg doelmatiger ingericht moet worden, oftewel, er moet de Juiste Zorg op de Juiste Plek geboden worden (Taskforce Juiste Zorg op de Juiste Plek, 2018). Gelijkerichtheid van belangen van alle partijen in de zorg, oftewel afstemming tussen verschillende spelers, is nodig om dat teweegbrengen (VWS, 2018).

In het Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019-2022 (2018) hebben de contractanten<sup>4</sup> vastgelegd dat zij zich inzetten voor de transformatie naar de Juiste Zorg op de Juiste Plek. Juiste Zorg op de Juiste Plek houdt in dat zorg verleend wordt door de juiste professional, op het juiste moment en tegen de juiste prijs. Duurdere zorg en onnodige zorg worden voorkomen, zorg wordt verplaatst naar de patiënt thuis als dit kan, of geconcentreerd wanneer dit de kwaliteit en efficiëntie ten goede komt, en zorg wordt als dat kan vervangen door minder kostbare mogelijkheden met een gelijkwaardige of betere medisch-inhoudelijke kwaliteit van zorg. In het Bestuurlijk akkoord staat eveneens beschreven dat “gelijkerichtheid van belangen van alle partijen in de zorg een katalysator is voor de gewenste transformatie naar de Juiste Zorg op de Juiste Plek”.

Bij het inrichten van de Juiste Zorg op de Juiste Plek, staat het lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren van de mens centraal. Voor dit onderzoek keken we naar de gemene deler van aanbevelingen voor gelijkerichtheid voor vijf thema's binnen Juiste Zorg op de Juiste Plek: concentratie van hoog complexe / laag volume zorg en van laag complexe / hoog volume zorg, gepaste zorg, zorg bij de patiënt thuis en substitutie naar de eerstelijns zorg. Juiste Zorg op de Juiste Plek is een bredere beweging. Deze vijf thema's hebben wij geselecteerd om ons onderzoek te structureren.

### 2.3.1 Concentratie van laag complexe / hoog volume zorg

Met concentratie van zorg met lage kans op complicaties en gestandaardiseerde werkwijzen kan die zorg in veel gevallen efficiënter, sneller en patiëntvriendelijker geleverd worden met hogere kwaliteit. Een voorbeeld daarvan is de samenwerking van een perifere ziekenhuis en een UMC. Samen hebben zij borstkankeroperaties bij niet complexe patiënten geconcentreerd in het perifere ziekenhuis. Daarmee konden OK-ruimtes beter worden benut. Andere voorbeelden zijn de samenwerking van een UMC en een ZBC op het gebied van cardiologie. De poliklinische

---

<sup>4</sup> NVZ, NFU, Patiëntenfederatie Nederland, ZKN, FMS, ZN, V&VN en VWS.

behandeling, functie-onderzoeken en uitlezen van pacemakers voor niet-complexe patiënten wordt in het ZBC uitgevoerd zodat het UMC zich kan richten op de complexe patiënten en operatieve ingrepen.

Deze beweging leidt tot schaalvergroting van laag complexe zorg. Dit kan leiden tot een efficiëntere inzet van mensen en middelen. Zowel de infrastructuur als het behandelteam worden op deze manier beter benut. Samen met de verbetering van kwaliteit leidt deze concentratie tot doelmatigere zorg.

### **2.3.2 Concentratie van hoog complexe / laag volume zorg**

Concentratie van onderdelen van zorg is nodig voor behoud en het verder ontwikkelen van kennis en kunde rondom complexe zorg, en om de kosten beheersbaar te houden. Ontwikkelingen in de wetenschap en technologie zorgen er voordat dat complexe zorg steeds meer maatwerk wordt. Dit vraagt (verdere) concentratie van specifieke ziekenhuiszorg (FMS, 2019).

Vanuit het oogpunt dat kwaliteit gekoppeld is aan volume hebben de wetenschappelijke verenigingen ongeveer 70 minimum volumenormen vastgesteld. Om deze volumenormen te halen en een hoge kwaliteit van zorg te leveren, vindt concentratie van zorg plaats. Een voorbeeld hiervan is een operatie bij blaaskanker waarbij de sterftetekans bleek te dalen van meer dan 5% procent naar bijna 1% bij respectievelijk minder dan vijf of meer dan tien ingrepen per jaar (Goossens-Laan, et al., 2011).

Een voorbeeld hiervan betreft de concentratie van operaties bij prostaatkanker in één ziekenhuis voor een stedelijke regio. Dit levert waarschijnlijk kwaliteitsverbetering op. Zo blijkt bijvoorbeeld dat in ziekenhuizen waar meer dan 100 prostaatverwijderingen per jaar worden uitgevoerd, de kans op incontinentie 30% lager ligt dan in andere ziekenhuizen (Schepens, et al., 2018).

### **2.3.3 Leveren van gepaste zorg**

Bij gepaste / juiste zorg wordt kritisch gekeken naar de ziektelast van de individuele patiënt, de persoonlijke doelen qua gezondheidswinst, en naar de nadelen en risico's van behandeling. Op basis hiervan wordt in nadrukkelijke samenspraak met de patiënt gekozen voor een bepaalde behandelwijze (Pallas, 2015). Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat er stepped care plaatsvindt, waarbij de patiënt eerst minder intensieve soort zorg ontvangt en alleen indien nodig overstapt naar een intensiever zorgtraject, of dat op sommige momenten geen zorg verleend wordt. Gedeelde besluitvorming ('shared decision making') met de patiënt speelt een belangrijke rol in gepaste zorg. Daar kan ook uitkomen dat een patiënt afziet van een behandeling.

Een voorbeeld daarvan is een operatie bij etalagebenen. Uit onderzoek blijkt dat een operatie voorkomen kan worden met gesuperviseerde looptraining. Een vaatchirurg zal pas tot operatie overgaan als blijkt dat de gesuperviseerde looptraining onvoldoende effect gehad heeft. De sector werkt met een versnellingsagenda aan implementatie van gepaste zorg. Bovendien startte recent het programma 'Zorgevaluatie en Gepast Gebruik' van het Zorginstituut Nederland. Beide initiatieven zijn afgesproken in het Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg (Zorginstituut Nederland, 2018).

#### **2.3.4 Verplaatsing zorg naar patiënt thuis**

Een deel van de zorg kan bij de patiënt thuis geleverd worden. Daarmee wordt minder gebruik gemaakt van ruimtes en personeel van het ziekenhuis. Voorbeelden zijn 'Sense4Baby' waarbij vrouwen met een complexe zwangerschap zelf leren een hartfilmpje van de baby te maken. Daarmee kan een langdurige opname in het ziekenhuis worden voorkomen [Brancherapport NVZ 2017 voor meer voorbeelden]. Andere voorbeelden zijn nierdialyse thuis en chemotherapie thuis.

#### **2.3.5 Verplaatsing zorg naar eerste lijn**

Een belangrijk onderdeel van Juiste Zorg op de Juiste Plek betreft substitutie naar de eerstelijns zorg. Zo kan een kaderhuisarts in samenwerking met een optometrist een 'rood oog' bijvoorbeeld goed beoordelen waarmee verwijzingen naar oogartsen drastisch worden verminderd.

Andere voorbeelden zijn medisch specialisten die op een vast moment samen met een huisarts een specifieke patiëntengroep beoordelen in de huisartsenpraktijk om eventuele onnodige verwijzingen naar het ziekenhuis te voorkomen.

### 3 Aanbevelingen aan het veld voor gelijkgerichtheid voor Juiste Zorg op de Juiste Plek

Uit bijna vijftig gesprekken destilleerden wij aanbevelingen voor gelijkgerichtheid in het kader van de Juiste Zorg op de Juiste Plek. Deze aanbevelingen zijn gegroepeerd naar de S-en in het 7S model. Aanbevelingen zijn bijvoorbeeld: erken dat besturen een vak is, werk nauw samen als RvB en MSB+, hanteer een gedeeld aannamebeleid, maak heldere en concrete keuzes niet vrijblijvend, leg keuzes vast in gedeelde protocollen en richtlijnen en houd rekening met financiële prikkels en wees hier transparant over.

We hebben onze observaties aangaande gelijkgerichtheid in het kader van Juiste Zorg op de Juiste Plek ingedeeld naar het 7S model waarbij we de drie S-en *staff*, *skills* en *style* gezamenlijk bespreken. Net als ieder model, dwingt ook dit model tot versimpeling. De kern van het 7S model is dat alle 7S-en met elkaar samenhangen. Voor een ziekenhuis is dat lastig omdat er vaak meerdere strategieën nodig zijn; bijvoorbeeld voor acute zorg, electieve zorg, chronische zorg en zeer gespecialiseerde zorg. De bijbehorende structuur, systemen, en personele bezetting kunnen anders zijn. Een ziekenhuis bestaat uit vele verweven organisaties en is zeer heterogeen en bovendien zijn er veel stakeholders betrokken waarmee gelijkgerichtheid wordt betracht (zie Hoofdstuk 2).

Toch kunnen we aanbevelingen destilleren uit onze gesprekken met bijna vijftig mensen over gelijkgerichtheid in het kader van Juiste Zorg op de Juiste Plek. De volgende aanbevelingen werden door een ruime meerderheid van de geïnterviewden in steeds andere bewoordingen genoemd:

- Erken dat besturen een vak is en dat daarbij een duidelijk mandaat hoort (*structure*). Besturen is bovendien een waardevol onderdeel van de mogelijke loopbaan van een medisch specialist (*staff*, *skills*); het is een professie en geen corvee.
- Werk nauw samen als RvB en MSB+ (inclusief VMSD en VMS): organiseer gezamenlijke vergaderingen (*structure*).
- Hanteer een gedeeld aannamebeleid waarbij RvB en MSB elkaar zwaarwegende adviezen kunnen geven over personele invulling van kernrollen (*staff*, *skills*, *style*). Ook samenwerkende ziekenhuizen zouden samen de betrokken medisch specialisten in dienst kunnen nemen of toe kunnen laten treden als vrijgevestigde.
- Maak heldere en concrete keuzes die niet vrijblijvend zijn (*strategy*): spreek elkaar meer aan op het nakomen van afspraken in de zorg (*style*).

- Leg keuzes vast in gedeelde procedures, richtlijnen en protocollen (systems), en verschaft tijdige informatie om de voortgang van veranderingen te monitoren (systems).
- Houd rekening met de financiële prikkels (structure). Deze bepalen grotendeels het succes van initiatieven voor Juiste Zorg op de Juiste Plek. Wees transparant over de financiële verdeelmodellen zodat partijen meer gelijkgericht kunnen werken.

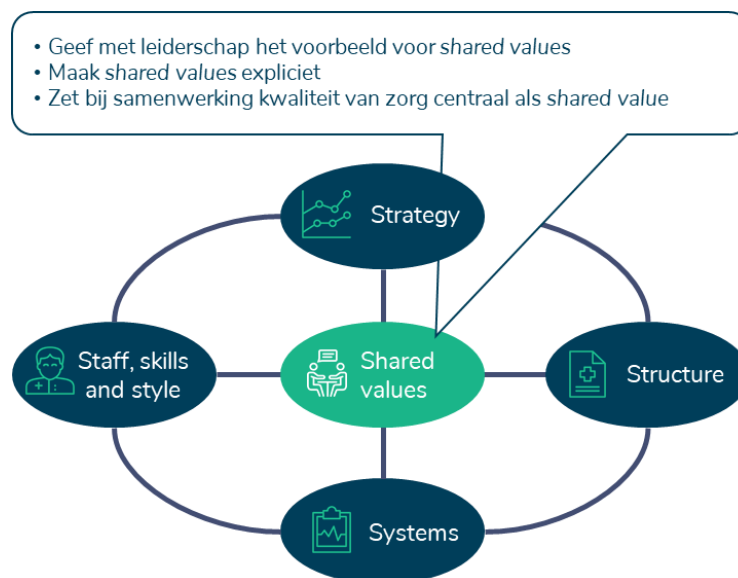
Twee belemmeringen voor Juiste Zorg op de Juiste Plek vallen enigszins buiten het onderwerp van gelijkgerichtheid. Toch worden ze vaak genoemd:

- Een gebrekkige uitwisseling van patiëntgegevens (systems) is één van de belangrijkste obstakels om Juiste Zorg op de Juiste Plek te bewerkstelligen.
- Het toezicht door de Autoriteit Consument en Markt (ACM) zou sommige afspraken over Juiste Zorg op de Juiste Plek moeilijk maken (*shared values*).

## 3.1 Shared values

Vaak zijn partijen in de ziekenhuiszorg het eens over gedeelde waarden. Visies van ziekenhuizen komen dan ook vaak overeen. Vrijwel altijd wordt gesteld dat de patiënt centraal staat en het ziekenhuis de best mogelijke zorg wil leveren.

Het blijkt echter lastig te zijn om deze gedeelde waarden te concretiseren en te vertalen in de cultuur van de organisatie. Er is leiderschap voor nodig om elkaar ook daadwerkelijk aan te spreken op het naleven van de gedeelde waarden (Figuur 7).



Figuur 7. Shared values – leiderschap op basis van gedeelde waarden met kwaliteit als anker.

### 3.1.1 Geef met leiderschap het voorbeeld voor shared values

Leiderschap zorgt voor een goed samenspel tussen partijen en draagt zo ook bij aan het realiseren van een gewenste cultuur op basis van de gedeelde waarden. Een mooi voorbeeld hiervan is een situatie waarin een RvB van een algemeen ziekenhuis proactief de patiëntenraad betrok in een samenspel tussen een RvB en de medisch specialisten bij een verandering omtrent verplaatsing van zorg naar de patiënt thuis. Een bestuur dat tijdig de patiëntenraad betreft en daarin verder gaat dan de formele relatie, creëert breed draagvlak en geeft zichtbaar invulling aan het patiëntperspectief. Hierbij kan de patiëntenraad ook bijdragen aan het versterken van de verbinding tussen partijen met haar inbreng vanuit het patiëntperspectief. Er zijn ook ziekenhuizen die de daadwerkelijke patiënt betrekken bij verbeteringen van het patiëntenpad in het ziekenhuis.

### 3.1.2 Maak shared values expliciet

Soms kunnen de gedeelde waarden explicieter gemaakt worden. Denk bijvoorbeeld aan de keuze tussen 'customer intimacy', 'product leadership' of 'operational excellence' (Treacy & Wiersema, 1996). Daarbij horen andere gedeelde waarden en een andere onderliggende visie;

- bij 'customer intimacy' is de waarde dat de patiënt centraal staat en mede bepaalt welke behandeling passend is. Dit is cruciaal bij het leveren van gepaste zorg in het kader van Juiste Zorg op de Juiste Plek.

- bij 'product leadership' zijn superieure technische vaardigheden en werken aan innovatieve typische gedeelde waarden. Dat sluit bijvoorbeeld meer aan bij concentratie van hoog complexe / laag volume zorg in het kader van Juiste Zorg op de Juiste Plek.
- bij 'operational excellence' is de gedeelde waarde het excelleren in het doelmatig vormgeven van het zorgverleningsproces, wat past bij een beweging naar concentratie van laag complexe / hoog volume zorg.

### **3.1.3 Zet bij samenwerking kwaliteit van zorg centraal als shared value**

Ziekenhuizen en medisch specialisten voelen zich belemmerd door de ACM. Die benadrukte de afgelopen jaren haar eigen kernwaarde - concurrentie - sterk. Dat is vaak uitgelegd alsof samenwerken, bijvoorbeeld bij uitwisselen van hoog complexe zorg, of het opzetten van een regionaal netwerk voor oncologische zorg, niet zou mogen. De ACM heeft aangegeven dat er meer ruimte is voor samenwerking dan men denkt, zolang kwaliteit van zorg voorop staat (NMa, 2010; ACM, 2016).

## 3.2 Strategy

Succesvolle voorbeelden van gelijkgerichtheid hebben gemeen dat ziekenhuis en medisch specialisten met samenwerkingspartners een duidelijke strategie hebben afgesproken. Ze bepalen samen wat ze wel en niet doen. Samenwerkingspartners delen die strategie. Geïnterviewden stellen dat dat cruciaal is voor het slagen van Juiste Zorg op de Juiste Plek. Een heldere strategie is bovendien behulpzaam bij het aannamebeleid. Het draagt ook bij om elkaar te kunnen aanspreken op het niet nakomen van lokale afspraken. Deze afspraken zijn volgens geïnterviewden nu vaak te vrijblijvend (Figuur 8).



Figuur 8. Strategy - Heldere strategische keuzes afgestemd met stakeholders.

### 3.2.1 Maak heldere strategische keuzes voor zorg die een ziekenhuis wel of niet levert

Voor het slagen van veranderingen in het kader van Juiste Zorg op de Juiste Plek is het essentieel dat partijen heldere keuzes maken over de zorg die een ziekenhuis wel of niet levert. Zo maakte een succesvol samenwerkingsverband van een UMC en een algemeen ziekenhuis bijvoorbeeld duidelijke afspraken voor concentratie van laag complexe / hoog volume chirurgische zorg. Zij spraken af welke operaties waar zouden worden uitgevoerd:

- colon operaties in het ziekenhuis;
- rectumoperaties in het UMC;
- carotis operaties in het ziekenhuis;
- operaties aan centrale vaten in het UMC.

Deze verdeling bracht duidelijkheid waardoor het samenwerkingsverband niet langer per casus hoefde te besluiten. De afspraken en criteria beschreven zo duidelijk mogelijk waardoor discussies over patiënten tot een minimum beperkt bleven. Ook maakten zij duidelijke afspraken over bij welke complicerende omstandigheden, zoals multi-morbiditeit, patiënten toch in het UMC behandeld worden. Het bleek cruciaal om hier heldere afspraken over te maken en deze vast te leggen.



Anderzijds zijn er voorbeelden van kleinere perifere ziekenhuizen die zich op basisziekenhuiszorg richten en niet langer hoog complexe / laag volume operaties meer uitvoeren. Deze operaties hebben ze enkele jaren geleden afgestoten. Hierin maakten zij duidelijke strategische keuzes in hun ziekenhuisprofielen.

Een heldere strategie blijkt ook goed te werken bij gepaste zorg. Zo is er bijvoorbeeld een ziekenhuis dat geen behandelingen van etalagebenen uitvoert als de patiënt niet een rapport van de gesuperviseerde looptraining kan overleggen. Zonder dergelijke harde afspraken blijken er toch nog veel patiënten te worden behandeld zonder de looptraining.

### **3.2.2 Zorg dat de strategie aansluit bij plannen van samenwerkingspartners waaronder zorgverzekeraars**

Voor het slagen van een verandering in het kader van de Juiste Zorg op de Juiste Plek is het essentieel dat de gekozen strategie aansluit bij plannen van samenwerkingspartners. In de praktijk blijkt dit echter niet altijd het geval te zijn. Zo gaf een geïnterviewde het voorbeeld waarbij zowel ziekenhuis als MSB het erover eens waren om dermatologische zorg naar de eerste lijn te verplaatsen. Slechts enkele voorlopende huisartsen waren hiermee akkoord, maar de meeste huisartsen niet. Hierdoor kon het project niet voldoende schaal krijgen. Ook bij andere voorbeelden van verplaatsing van zorg naar de eerste lijn was het cruciaal dat de strategie aansloot bij plannen van samenwerkingspartners, zoals bij:

- zorgverlening aan patiënten met diabetes door een huisarts en een diëtist ter vermindering van de doorverwijzingen naar een internist.
- het door ziekenhuizen beschikbaar maken van radiologische faciliteiten aan huisartsen, zodat zij patiënt die radiologische beeldvorming nodig hebben niet naar de spoedeisende hulp hoeven te verwijzen.

Voor verplaatsing van zorg naar de eerste lijn zijn er ook middelen nodig om bijvoorbeeld de faciliteiten in het ziekenhuis af te bouwen en afdoende capaciteit in de eerste lijn te organiseren. Hiervoor zijn meerjarenafspraken met zorgverzekeraars nodig in plaats van projectmatige financiering van pilots met eerstelijns zorgaanbieders. Meerjarenafspraken maken voor zowel het ziekenhuis als de eerste lijn een transitie realistischer. Zo zal de zorgverzekeraar bijvoorbeeld goede afspraken met VVT-instellingen moeten maken voor ELV-bedden als er een strategie naar minder of kortere ziekenhuisopnames voor kwetsbare ouderen is ingezet.

Ook voor met een strategie in het kader van concentratie van hoog complexe / laag volume zorg is het belangrijk dat, naast het ziekenhuis en de medisch specialisten, de zorgverzekeraar instemt. Zorgverzekeraars kunnen extra middelen beschikbaar maken die nodig kunnen zijn voor de uitvoering van deze strategie. Deze extra middelen kunnen nodig zijn aangezien een focus op hoog complexe zorg niet alleen kan resulteren in een hogere kwaliteit van zorg, maar ook in hogere kosten per patiënt vanwege een duurdere case-mix.

Tot slot leidt een gezamenlijk vastgestelde strategie vaak tot een duidelijkere communicatie over de strategie en zorgt het ervoor dat partijen elkaar op de afspraken kunnen aanspreken.

### 3.2.3 Vertaal strategische keuzes door in het aannamebeleid

Enkele geïnterviewden noemden ook het belang van een heldere strategie voor het aannamebeleid van medewerkers, waaronder medisch specialisten. Alleen met een heldere strategie kun je gericht zoeken naar medewerkers wiens visies aansluiten bij de strategie. Ook kan op basis van een heldere strategie met medewerkers met afwijkende visies gesproken worden over mogelijkheden om elders te gaan werken.

### 3.2.4 Maak afspraken rondom strategische keuzes niet vrijblijvend

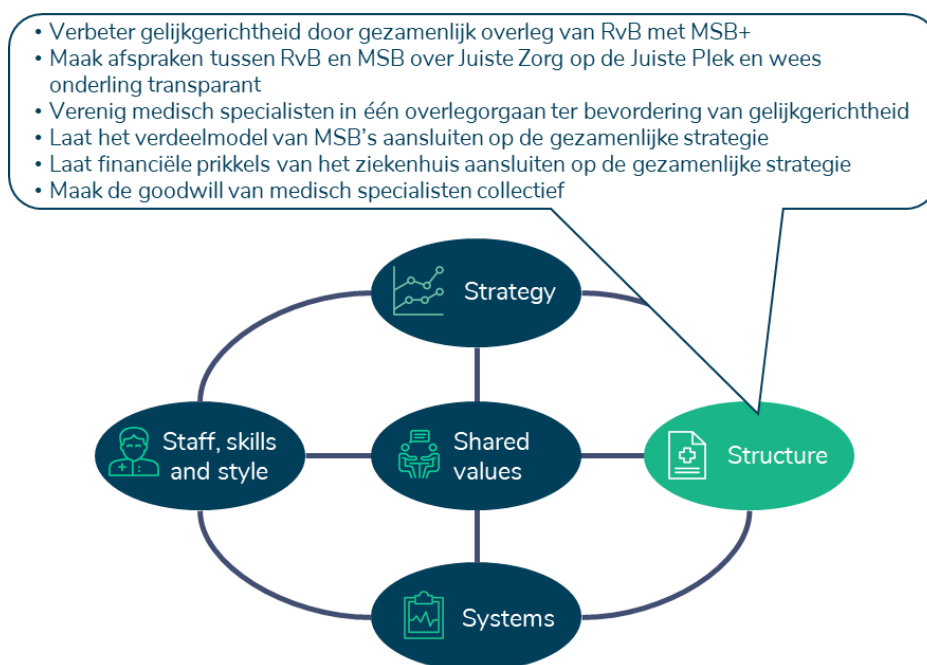
Meerdere geïnterviewden stellen dat afspraken in de ziekenhuiszorg, zowel binnen als buiten organisaties, niet vrijblijvend moeten zijn. Een heldere strategie helpt daarbij. Vrijblijvende afspraken kunnen ertoe leiden dat een gewenste verandering niet effectief van de grond komt. Zo werd in een van de grotere steden besloten om de traumazorg te concentreren bij een UMC, een verandering in het kader van concentratie van hoog complexe / laag volume zorg. Toch gaat nog altijd 35% van de ambulanceritten met multitrauma patiënten naar andere ziekenhuizen. Een algemeen ziekenhuis zette bijvoorbeeld in op gedeelde besluitvorming met de patiënt in het kader van gepaste zorg. Hierbij ging het ziekenhuis er vanuit dat alle medisch specialisten daar aan mee zouden doen, zonder dat hier heldere afspraken voor werden gemaakt. Bij het verplaatsen van zorg naar patiënten thuis, zoals COPD-zorg met een beeldverbinding thuis (NVZ, 2017), zijn ook heldere afspraken nodig om verwarring bij de patiënt te voorkomen.

Door de strategie helder te formuleren kunnen partijen elkaar daarop aanspreken. Bovendien kan dan tijd gealloceerd worden om keuzehulpen, protocollen en richtlijnen op te stellen en te implementeren.

### 3.3 Structure

Structuurelementen, waaronder we ook de governance scharen, blijken zeer belangrijk voor gelijkgerichtheid. We herkennen structuurelementen in de relatie tussen RvB en de medisch specialisten die zich op verschillende manieren organiseren, en tussen vakgroepen van medisch specialisten.

Bij enkele ziekenhuizen vergaderen RvB en MSB+ gezamenlijk. Er zijn uiteraard afspraken tussen RvB en MSB+, maar het valt op dat er geen transparantie is van de bedrijfsvoering van het MSB. In sommige ziekenhuizen zijn de overlegtafels van medisch specialisten geïntegreerd. Financiële prikkels blijken cruciaal voor Juiste Zorg op de Juiste Plek. Het blijkt moeilijk om hier goede afspraken over te maken; soms belemmeren prikkels van medisch specialisten Juiste Zorg op de Juiste Plek, soms juist de prikkels van ziekenhuizen. Hoe goodwill van medisch specialisten verrekend wordt, kan impact hebben op de mate van gelijkgerichtheid (Figuur 9).



Figuur 9. Structure – Veel manieren om gelijkgerichtheid te bevorderen

#### 3.3.1 Verbeter gelijkgerichtheid door gezamenlijk overleg van RvB met MSB+

Drie grote STZ-ziekenhuizen hebben de vergaderingen van RvB en van medisch specialisten verenigd in MSB+ geïntegreerd. Beide partijen vergaderen niet meer apart van elkaar, maar vergaderen gezamenlijk met een gezamenlijke agenda. Uiteraard nemen beide gremia formeel zelf de besluiten waar ze verantwoordelijk voor zijn. Maar ze zijn dan beiden volledig op de hoogte, en kunnen met elkaar van gedachten wisselen. Er zijn wel onderwerpen waarbij het ziekenhuis de wettelijke verantwoordelijkheid draagt of die besproken moeten worden in de Algemene Leden Vergadering (ALV) van het MSB+, maar ruim 80% van de besluiten kan door deze integratie snel en effectief genomen worden.

Bovendien is de integratie van deze overlegtafels ook vanuit een inhoudelijk perspectief logisch. Zo is het ziekenhuis vanuit de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) verantwoordelijk voor de

kwaliteit van zorg, terwijl de medisch specialisten een groot deel van deze zorg uitvoeren en ook hun medische verantwoordelijkheid dragen.

Daarnaast begrepen we uit interviews dat de RvB vaak sneller veranderingen wil doorvoeren dan de medisch specialisten. Hierbij speelt ook mee dat bijvoorbeeld het uitbreiden van een medisch specialistische vakgroep vaak een keuze voor een lange termijn is en dus niet past bij een RvB die op korte termijn veranderingen wil doorvoeren. Ook andersom komt het voor (§3.3.5). Als de plannen van ziekenhuis en medisch specialisten niet besproken worden, raken partijen elkaar kwijt. Waar voorheen een besluit in meerdere arena's besproken werd, kan dat nu in een keer gebeuren.

Net als bij de strategie stellen geïnterviewden die betrokken zijn bij de gezamenlijke vergaderingen dat de overleggen niet vrijblijvend moeten zijn (§3.5.4). Daarom moeten de vertegenwoordigers van de medisch specialisten voldoende mandaat hebben. Ze moeten zowel namens medisch specialisten in loondienst als vrijgevestigde medisch specialisten kunnen spreken. De afspraken die gemaakt worden moeten ook daadwerkelijk geïmplementeerd en nageleefd worden.

### **3.3.2 Maak afspraken tussen RvB en MSB over Juiste Zorg op de Juiste Plek en wees onderling transparant**

Er wordt vaak afgesproken dat de RvB niet meepraat over bepaalde financiële afspraken binnen het MSB. De RvB van een ziekenhuis weet uiteraard het totaalbedrag dat het MSB ontvangt, maar kent niet de verdeling, noch de neveninkomsten en kosten van het MSB. Hierover is vrijwel nooit transparantie. Dit heeft mogelijk repercussies op productieprijken van medisch specialisten (zie §3.3.4). Ziekenhuizen geven aan dat transparantie hierover gelijkgerichtheid zou bevorderen.

Zorgverzekeraars hebben vaak enig inzicht op de afspraken tussen RvB en MSB maar geen zicht op de afspraken binnen het MSB. Dit terwijl het wel belangrijk kan zijn om de strategie die onder de inkoopafspraken ligt, te realiseren. Sommige zorgverzekeraars willen deze transparantie dan ook gaan opnemen als inkoopvoorwaarde, anderen beschouwen de samenwerkingsovereenkomst als interne aangelegenheid tussen MSB's en ziekenhuizen (NZa, 2018).

Sommige afspraken tussen RvB en MSB kunnen ook Juiste Zorg op de Juiste Plek belemmeren. Zo kennen veel ziekenhuizen een concurrentiebeding waar strikt aan gehouden wordt. Dat kan als gevolg hebben dat bijvoorbeeld een nabijgelegen cardiologische kliniek wordt bemenst door cardiologen van een ander ziekenhuis. Als het toch onoverkomelijk is dat een dergelijke kliniek er komt, kan wellicht ook ontheffing gegeven worden aan de cardiologen. De totale keten van cardiologische zorg wordt dan beter georganiseerd. Transparantie door de cardiologen welk werk ze waar doen helpt het ziekenhuis bij het budgetteren, zodat niet alleen omzet, maar ook de bijbehorende kosten wegvallen.

RvB en MSB zouden elkaar moeten adviseren in elkaars aannamebeleid (zie ook §3.5.2). Het betreft enkel een advies, geen veto. De Belastingdienst eist namelijk vrije vervangbaarheid van medisch specialisten door het MSB. Zo niet, dan kan de status van vrijgevestigd ondernemerschap vervallen. Geïnterviewden geven aan dat als de relatie goed is, het advies zeer zwaar weegt.

### 3.3.3 Verenig medisch specialisten in één overlegorgaan ter bevordering van gelijkgerichtheid

In ziekenhuizen zijn er soms voor alleen al de medisch specialisten verschillende overlegorganen, bijvoorbeeld voor het MSB, de VMSD en de VMS. De situatie is al overzichtelijker geworden door de komst van het MSB. Daarmee is er bij de meeste ziekenhuizen één aanspreekpunt voor de vrijgevestigde medisch specialisten in plaats van allemaal losse maatschappen.

Er is een trend dat overlegorganen gecombineerd worden en dat vrijgevestigde medisch specialisten en medisch specialisten in loondienst in één overlegorgaan samenwerken. Deze werkwijze is nog niet overal ingevoerd waardoor het nog niet overal duidelijk is wat aan welke tafel besproken wordt. Daarnaast zit er door deze verschillende overlegorganen veel inefficiëntie in de processen.

Uit een FMS-enquête onder de besturen van MSB's, VMSD's en Medische Staven in april 2018 bleek dat 38% volledig gezamenlijk aan tafel zit, 36% deels gezamenlijk en 18% nog steeds per gremium (8% was 'anders') (FMS, 2019b). Van de groep die nog steeds per gremium aan tafel zit, wilde de helft op korte termijn naar volledig gezamenlijke overleggen.

Medisch specialisten hebben een aantal jaar geleden aangegeven dat zij behoefte hadden aan verduidelijking van de verschillende bevoegdheden en verantwoordelijkheden, maar ook aan het ontdebelen van taken en overleguren. Op een aantal plaatsen ontstond de wens om één juridische en organisatorische eenheid te ontwikkelen voor alle medisch specialisten, of zij nu vrijgevestigd zijn of in loondienst zijn. In reactie hierop heeft Van Doorne in 2015 de combi-coöperatie ontwikkeld (Van Doorne, 2015) en VvAA in 2016 de combi-maatschap. In de combi-coöperatie en combi-maatschap worden de functies en overlegstructuren van de VMS en VMSD geïntegreerd in het MSB. Vervolgens zijn er verschillende stemrechten binnen de vergaderingen of waar nodig verschillende vergaderingen zodat geborgd wordt dat medisch specialisten in loondienst niet meebeslissen in financiële aangelegenheden van vrijgevestigde medisch specialisten, en vrijgevestigde medisch specialisten geen inspraak hebben in het arbeidsvoorwaardenbeleid van de specialisten die in loondienst zijn. Door deze integratie is er sprake van één medisch aanspreekpunt. Hierdoor is de slagkracht groter en is er meer bestuurlijke efficiency.

Op een aantal plaatsen is deze integratie verder doorontwikkeld. In deze ziekenhuizen maken inmiddels ook klinisch chemici, ziekenhuisapothekers en klinisch psychologen deel uit van het overkoepelend samenwerkingsverband van medisch specialisten.

### 3.3.4 Laat het verdeelmodel van MSB's aansluiten op de gezamenlijke strategie

Een andere voorwaarde voor gelijkgerichtheid is dat de verdeelmodellen binnen het MSB aansluiten op de gezamenlijke strategie van het ziekenhuis en de medisch specialisten, en op de (meerjarige) afspraken met de zorgverzekeraars. Het MSB ontvangt een bedrag van het ziekenhuis. Dat wordt binnen het MSB verdeeld onder de aangesloten vrijgevestigde medisch specialisten met een verdeelmodel. Met een verdeelmodel dat minder sterke productieprikkel geeft, is Juiste Zorg op de Juiste Plek vaak beter te organiseren. Hoe de prikkels ook zijn, het is in ieder geval nuttig dat hier transparantie over komt (§3.3.2)

We constateren op basis van interviews dat het verdeelmodel van vrijgevestigden geen sterke productieprikkel hoeft te bevatten. Echter in de praktijk bevatten de door MSB's gebruikte verdeelmodel deze vaak wel. Dit werkt vaak belemmerend voor transitie in het kader van de Juiste Zorg op de Juiste Plek. We raden partijen (MSB, RvB, zorgverzekeraars) daarom aan om meer aandacht te besteden aan het laten aansluiten van het verdeelmodel van vrijgevestigde medisch specialisten op de strategie van het ziekenhuis.

### **Verdeelmodel van vrijgevestigden hoeft geen sterke productieprikkel te bevatten**

Het MSB van een groot STZ-ziekenhuis belooft de vrijgevestigde medisch specialisten voornamelijk op basis van werkzame dagdelen en disutility. Disutility hangt samen met de dienstbelasting van de medisch specialist. Hierbij wordt er gekeken naar de frequentie en de intensiteit van de avond-, nacht- en weekenddiensten. Zo heeft bijvoorbeeld een gynaecoloog met veel drukbezette diensten een hogere disutility dan een dermatoloog waarvan de werkzaamheden vrijwel geheel binnen reguliere bedrijfsuren vallen. Dit resultaat op de 'S' structuur, kon worden gerealiseerd door sterk leiderschap (*staff, skills, style*) en een heldere strategie (*strategy*).

Met een dergelijk verdeelmodel kan ook de discussie over loondienst of vrijgevestigden worden beëindigd. De verwachte hogere mate van gelijkgerichtheid van medisch specialisten in loondienst ten opzichte van vrijgevestigde medisch specialisten bestaat grotendeels uit een lagere productieprikkel die medisch specialisten in loondienst ervaren (SEO, 2010). Die productieprikkel kan dus ook met een andere invulling van het verdeelmodel worden verzwakt of weggenomen. Uiteraard worden wel afspraken gemaakt over verwachte productie en productiviteit, maar in mindere mate.

Soms sluit overigens een lage productieprikkel niet aan bij de strategie van een ziekenhuis. Medisch specialisten die in loondienst van het ziekenhuis zijn, hebben geen sterke productieprikkel. Zij hebben een vast inkomen wat wordt bepaald door jaren werkervaring, de grootte van hun dienstverband (parttime of fulltime) en de disutility. De productieprikkel die zij wel ervaren is richting het ziekenhuis, zichzelf en hun eigen collega's. Als zij te lage productie leveren, neemt de formatie van de vakgroep af. Dat leidt tot intensivering van de dienstbelasting per medisch specialist.

Het beeld bestaat dan ook dat medisch specialisten in loondienst een lagere productie draaien dan vrijgevestigde medisch specialisten (SEO, 2010). Of dit tot problemen leidt, hangt uiteraard af van de strategie. Bij een strategie van laag complexe / hoge volume zorg, zoals bijvoorbeeld plaatsen van heup- of knie-implantaat bij verder gezonde patiënten, wil je die productieprikkel juist wel hebben. Idealiter wordt deze productie op dit moment dus ook ingebouwd in de arbeidsovereenkomst die met de medisch specialisten in loondienst gesloten wordt.

### **Door MSB's gebruikte verdeelmodel kent vaak productieprikkel**

MSB's hanteren vaak een verdeelsysteem waarin de omzet van een vakgroep grotendeels gekoppeld is aan de productie, zoals aantallen unieke patiënten, polikliniekbezoeken en operatieve verrichtingen, en uren OK en aangevraagde ondersteunende specialismen (Dusseldorp & Corbey, 2018). Daarbij verdeelt het MSB de omzet vaak over de vakgroepen op basis van een benchmark. Als een vakgroep hoger scoort dan vakgroepen met hetzelfde medisch specialisme in een groep

van vergelijkbare ziekenhuizen, krijgt die vakgroep een groter aandeel van de opbrengsten van het MSB. Een dergelijk model kent sterke productieprikkel. Verdeelmodellen zouden zo moeten zijn ingericht dat de manier van verdelen van de opbrengsten goed aansluit bij de gezamenlijke strategische keuzes, door rekening te houden afspraken rondom het productieplafond, rondom kwaliteit en patiënttevredenheid.

Te sterke productieprikkel in het verdeelmodel kunnen leiden tot tegengesteld belangen van ziekenhuis en medisch specialisten. Stel: ziekenhuis A heeft met de zorgverzekeraar afgesproken dat het niet mag groeien op knieoperaties. Andere ziekenhuizen groeien gemiddeld 5%. Orthopeden in ziekenhuis A hebben dan een prikkel om meer dan 5% te groeien. Zo niet, dan krijgen zij een lager aandeel uit de omzet van het MSB. Dat aandeel wordt bepaald op basis van vergelijking met andere orthopeden. Zij hebben dus een prikkel om boven het afgesproken plafondvolume te produceren. Het ziekenhuis wordt daar niet voor betaald, terwijl er wel extra kosten worden gemaakt. Dit probleem wordt nu in veel MSB's aangepakt. De veel gebruikte verdeelmodellen zoals Logex en Performance bieden daar overigens ook de mogelijkheden toe.

### **Sterke productieprikkel belemmeren transitie in het kader van Juiste Zorg op de Juiste Plek**

Sterke productieprikkel staan Juiste Zorg op de Juiste Plek in de weg. Als bijvoorbeeld een vakgroep cardiologie voorloopt op verplaatsing van zorg naar de eerste lijn en huisartsen met consulten ondersteunt zodat die minder patiënten doorverwijzen, scoren ze lager op de benchmark. Dat gaat ten koste van hun inkomen. Dit blijkt een belemmering van substitutie te zijn. Ook afspraken over gepaste zorg komen daardoor moeilijk tot stand. Zo duren bijvoorbeeld consulten om samen met de patiënt te beslissen vaak langer waardoor ze ten koste gaan van de productiviteit. Die verlaagt nog verder als besloten wordt van een ingreep af te zien.

Afspraken over verdeling van zorg tussen twee ziekenhuizen bij concentratie van laag complexe / hoog volume zorg blijken beter te gaan zonder sterke productieprikkel. Zo zijn bijvoorbeeld de chirurgen van het ziekenhuis dat borstkankercare samen met een nabijgelegen UMC levert (§3.2.1) in loondienst, maar de plastisch chirurgen niet. Afspraken over verdeling van de inzet van plastisch chirurgen bij borstreconstructie na een operatie vanwege mammacarcinoom zijn moeilijk te maken. Naar men zegt mede vanwege de productieprikkel. Ook stelt het UMC dat vergelijkbare afspraken met andere nabijgelegen ziekenhuizen moeilijker tot stand komen vanwege de impact op de inkomsten uit het verdeelmodel van de betrokken vrijgevestigde medisch specialisten.

### **3.3.5 Laat financiële prikkel van het ziekenhuis aansluiten op de gezamenlijke strategie**

Naast dat financiële prikkel voor medisch specialisten transitie in het kader van de Juiste Zorg op de Juiste Plek kunnen belemmeren, kunnen ook financiële prikkel van ziekenhuizen belemmerend werken. Zo zijn er bijvoorbeeld medisch specialisten die samenwerken in een regiomaatschap met toelating tot meerdere ziekenhuizen die enkele ingrepen in een bepaald ziekenhuis willen concentreren. Dit kan ten koste gaan van de omzet van een ziekenhuis waardoor die eventuele afgesproken plafondbedragen niet haalt. Het belang van het ziekenhuis is dan niet gelijkgericht met de strategie van medisch specialisten.

Het ziekenhuis kan hierover afspraken maken met de zorgverzekeraar. Zo spraken bijvoorbeeld een streekziekenhuis en twee zorgverzekeraars af dat de omzet de komende jaren gestaag daalt, maar de productie nog sneller. Ziekenhuis en dokters krijgen de mogelijkheid om zorg in de eerste lijn te leveren, bijvoorbeeld door een dermatologisch spreekuur bij de huisarts. De zorg voor de patiënt verbetert tegen lagere kosten (Knoop, 2016).

Overigens kan het ook zo zijn dat productieprikkels aansluiten bij Juiste Zorg op de Juiste Plek. Bijvoorbeeld in het geval van concentratie van laag complexe / hoog volume zorg. Extra inkomsten die hoger zijn dan de marginale kosten van extra productie levert een prikkel om te groeien. Mits de indicatiestelling onafhankelijk is, stimuleert dat tot gewenste groei en concentratie van zorg.

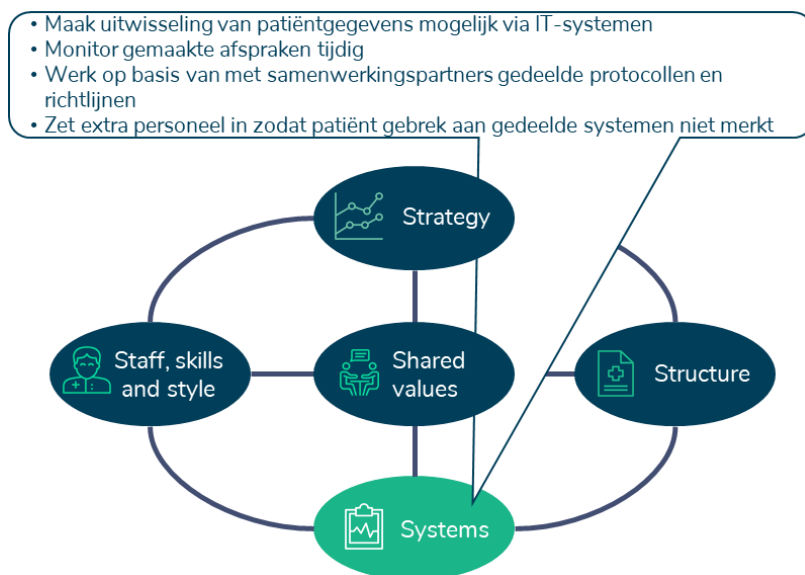
### **3.3.6 Maak de goodwill van medisch specialisten collectief**

Door goodwill collectief te maken, in plaats van per vakgroep, kan worden ingespeeld op veranderingen. Stel een orthopeed vertrekt. Die krijgt zijn goodwill uitbetaald. In het verleden werd dat betaald door een nieuwe orthopeed. Het kan nu ook zijn dat de staf wordt uitgebreid met een uroloog als groei in dat vakgebied beter in de strategie past. Het aantal orthopeden neemt dan af. Daardoor kan bijvoorbeeld een strategie van gepaste zorg met minder ingrepen, gerealiseerd worden. Ook kan ervoor worden gekozen om het aantal medisch specialisten niet uit te breiden en kan daarmee eventuele krimp worden opgevangen. Dergelijke pooling van goodwill wordt al bij veel MSB's gedaan, of men is bezig om dit te introduceren. Daarnaast wordt de betaling van de goodwill steeds vaker gefinancierd via een in- en uitverdienregeling: in zo'n regeling betaalt een medisch specialist de goodwill uit de inkomsten over meerdere jaren af zodat er geen of minder bankfinanciering nodig is.



## 3.4 Systems

Voor systems is het gebruik van een gedeeld systeem belangrijk; zowel voor IT-systemen voor gegevensuitwisseling, gedeelde richtlijnen en protocollen tussen samenwerkende ziekenhuizen of voor samenwerking met eerstelijns zorgverleners. Bij gebrek aan gedeelde systemen kan personele inzet de gevolgen hiervan voor patiënten verminderen (Figuur 10).



Figuur 10. Systems – Idealiter goede IT-systemen met 'work-arounds' als nodig. Gedeelde protocollen en richtlijnen.

### 3.4.1 Maak uitwisseling van patiëntgegevens mogelijk via IT-systemen

Tijdige toegang tot een volledig patiëntendossier werd vaak genoemd als cruciaal onderdeel voor alle vormen van Juiste Zorg op de Juiste Plek. Alhoewel dit strikt genomen geen onderdeel is van gelijkgerichtheid gaan we er hier wel summier op in, omdat gebrek aan goede informatie-uitwisseling stevast genoemd werd als een van de belangrijkste belemmeringen voor Juiste Zorg op de Juiste Plek. Er is een landelijke standaard voor medische informatie nodig. Daaraan wordt momenteel gewerkt.

In sommige gevallen heeft een medisch specialist een aanstelling (loondienst) of toelating (vrijgevestigd) bij samenwerkende ziekenhuizen (zie ook §3.5.2). Voordeel daarvan is dat de medisch specialist daarmee toegang heeft tot het patiëntdossier, ook als die patiënt in het andere ziekenhuis voor andere aandoeningen, of aanpalende zorg wordt behandeld. Nadeel is wel dat informatie niet geïntegreerd is, er twee schermen open moeten staan en de medisch specialist zich beide EPD-systemen eigen moet maken. Op het gebied van systemen is een dubbele aanstelling vaak een lapmiddel om toch concentratie van zorg, en leveren van netwerkwzorg mogelijk te maken.

### 3.4.2 Monitor gemaakte afspraken tijdig

Een belangrijk aspect van de gebruikte IT-systemen is tijdigheid. Idealiter is snel informatie beschikbaar over de mate waarin een strategische keuze wordt geïmplementeerd. Als bijvoorbeeld wordt ingezet op zorg naar de patiënt thuis met COPD InBeeld, is wekelijks informatie nodig over de patiënten die zich met een exacerbatie op de SEH aandienen. Als die informatie pas na een half

jaar beschikbaar is, kan er niet naar gehandeld worden. Dit geldt ook voor monitoring van productieafspraken met zorgverzekeraars en het verdeelmodel dat een MSB gebruikt. Ook al is er gelijkgerichtheid op *shared values, strategy, structure, staff, skills* en *style*, dan nog is tijdige informatie nodig om goed te kunnen reageren op veranderingen.

### **3.4.3 Werk met samenwerkingspartners op basis van gedeelde protocollen en richtlijnen**

Medisch specialisten geven aan dat werken met gelijke interpretatie van protocollen en richtlijnen naar de eigen situatie belangrijk is. Waar patiënten over en weer uitgewisseld worden, zoals bij concentratie van laag complexe / hoog volume zorg, is het belangrijk samen protocollen vast te leggen en daar mee te werken.

Ook voor samenwerking van ziekenhuis met eerstelijns zorg is dat belangrijk. Zo vertalen eerstelijns verloskundigen en gynaecologen samen bijvoorbeeld de Verloskundige IndicatieLijst (VIL) naar de lokale situatie gegeven specifieke afspraken in de regio. Zij worden hiertoe aangezet door de introductie van integrale geboortezorg organisaties (een verandering van structuur waarbij de zorgverzekeraar een integraal tarief voor eerste en tweedelijns geboortezorg betaalt aan één organisatie).

Ziekenhuizen waarin een aantal specifieke laag complexe / hoog volume ingrepen worden uitgevoerd, werken vaker volgens richtlijnen en protocollen. Idealiter zijn die gedeeld in het netwerk van voor- en nazorg zoals bij oncologische netwerken, of 'shared care' gebeurt.

Gelijkgerichtheid moet over meerdere lagen geborgd zijn. Zo worden bijvoorbeeld landelijke afspraken voor gepaste zorg vertaald in richtlijnen waar zorgverzekeraars, ziekenhuizen en medisch specialisten rekening mee houden. Een voorbeeld daarvan is het gebruik van echografie in plaats van röntgenfoto's bij vage buikklachten (SiRM, 2019).

### **3.4.4 Zet extra personeel in zodat patiënt gebrek aan gedeelde systemen niet merkt**

Een ziekenhuis dat specifieke ingrepen uitvoert voor eigen patiënten en patiënten uit een nabijgelegen ziekenhuis, stelde een zorgcoördinator aan voor die patiënten. Zij managet het hele proces en zorgt ervoor dat patiënten goed geïnformeerd zijn, informatie op beide locaties tijdig beschikbaar is en dat de patiënt niet merkt dat de ingreep in een ander ziekenhuis plaatsvindt. Dergelijke functies zijn belangrijk om Juiste Zorg op de Juiste Plek te kunnen leveren. Ondanks verschillende systemen, lijkt de zorg in beide ziekenhuizen voor de patiënt naadloos op elkaar aan te sluiten.

### 3.5 Staff, Skills, Style

De personen die de functies van bestuurder vervullen, hun vaardigheden en leiderschapsstijl bepalen in sterke mate de gelijkgerichtheid van ziekenhuis en medisch specialisten. Ook in situaties waar *shared values*, *strategy*, *structure* en *systems* samenwerking bevorderen, kan wisseling van enkele kernpersonen de gelijkgerichtheid veranderen. Idealiter kennen zowel MSB-bestuur als RvB daarom leden die het vak van besturen verstaan. Daarnaast moet uiteraard de bezetting van de zorgprofessionals aansluiten bij de strategie. RvB en MSB geven elkaar advies over de personele invulling van kernfuncties. Samenwerkende ziekenhuizen kunnen ervoor kiezen om beiden de betrokken medisch specialisten in dienst te nemen dan wel toe te laten als vrijgevestigde.

Onder *style* scharen we ook de mate van autonomie die een medisch specialist in haar dagelijks medisch handelen ervaart. De meningen over de impact van loondienst of vrijgevestigde praktijk hierover zijn verdeeld.

Onder *strategy* noemden we al een aspect dat ook onder het element *stijl* geschaard kan worden, namelijk minder vrijblijvend met afspraken omgaan, maar elkaar aanspreken op naleving van gemaakte afspraken.

Bij samenwerking met meerdere partijen om Juiste Zorg op de Juiste Plek te realiseren is het belangrijk dat leiderschap wordt vertrouwd (*staff, style*). Daar kan een externe projectleider aan bijdragen (Figuur 11)



Figuur 11. Staff, Skills, Style – Professioneel in zorg en leiderschap.

#### 3.5.1 Heb aandacht voor de professionaliteit van bestuurders

Een belangrijke voorwaarde voor gelijkgerichtheid, is dat goede besluiten worden genomen die ook worden geïmplementeerd. Daarvoor zijn vaak andere vaardigheden en gedragsstijlen nodig dan voor patiëntenzorg. Die vaardigheden en gedragsstijlen moeten wel vertegenwoordigd zijn in

het MSB-bestuur en de RvB. Bij goede samenwerking is er dus aandacht voor de professie van bestuurder zijn. Voor effectief bestuur is de samenhang van *staff, skills en style* met structuur heel belangrijk. Daar is nu meer aandacht voor dan in het verleden, al wordt het nog lang niet in alle ziekenhuizen expliciet gemanaged.

Het MSB dient aangestuurd te worden door een formeel, onafhankelijk en sterk bestuur dat werkt vanuit het collectief belang. Dit bestuur heeft mandaat, doorzettingsmacht, is professioneel georganiseerd en rouleert. Het bestuur van een MSB brengt grotere verantwoordelijkheden met zich mee dan het bestuur van een maatschap. Een MSB-bestuur neemt besluiten voor alle vakgroepen, en niet alleen voor de eigen vakgroep. Het MSB-bestuur moet onafhankelijke besluiten kunnen nemen voor het collectieve belang. Professioneel bestuurde MSB's werken met een jaarplan en budget waarbinnen de bestuurders mandaat hebben om hun taak vorm te geven. Zij hoeven niet voor ieder besluit terug naar de ALV. De doorzettingsmacht van het bestuur houdt ook in dat zij sancties kunnen opleggen aan leden / maten die zich niet aan de afspraken houden zoals het opleggen van een financiële korting. Op deze manier kan voorkomen worden dat één medisch specialist processen kan dwarsbomen. Ook de structuur moet hierop aansluiten; als voor bepaalde besluiten twee derde meerderheid vereist is, kan dat ten koste gaan van flexibiliteit. Uiteraard zijn bestuurders nodig die zorgvuldig omgaan met deze verantwoordelijkheid en op draagvlak onder de achterban kunnen rekenen.

Bestuurders worden door het MSB (deels) vrijgesteld van bepaalde zorgtaken om hun bestuurstaken te kunnen vervullen. Indien dit betekent dat een vakgroep hierdoor in de knel komt te zitten met bijvoorbeeld diensten of OK-uren, dan wordt hier gezamenlijk een oplossing voor gezocht. Zo kan ervoor gekozen worden om tijdelijk een chef de clinique aan te stellen om deze zorgtaken op te vangen.

Op het gebied van de bemensing is leiderschap belangrijk. Sommige MSB's zorgen ervoor dat hun bestuurders een goede opleiding krijgen. Idealiter worden medisch specialisten met interesse voor bestuurstaken vroegtijdig gesignaleerd. Zodoende kunnen ze gedurende hun carrière al relevante ervaring op doen en vaardigheden te verwerven. Een wens voor een bestuurlijke carrière wordt serieus meegenomen als ontwikkelpad van een medisch specialist.

Bestuurders van het MSB rouleren na een aantal jaar. Idealiter gebeurt dit 'dakpansgewijs' zodat een deel van het bestuur ververscht. Dat zorgt voor een balans tussen behoud van kennis van zaken en nieuwe inzichten en energie in het bestuur. Oud-bestuurders weten wat het is om in het MSB-bestuur te zitten. Zij kunnen in de ALV een goede rol spelen om het nieuwe MSB-bestuur de verantwoordelijkheid te geven die zij nodig hebben om besluiten te kunnen maken.

### **3.5.2 Pas een gedeeld aannamebeleid toe passend bij de gezamenlijke strategie**

Voor gelijkgerichtheid is het van belang dat de kennis en kunde van de (zorg)professionals en bestuurders aansluit bij de strategie van de zorginstelling. Dat geldt zowel voor bestuurders, medisch specialisten als verpleegkundig personeel. Samen beslissen over de personele invulling is volgens geïnterviewden belangrijk voor gelijkgerichtheid en om Juiste Zorg op de Juiste Plek succesvol te realiseren.

**Laat RvB en MSB elkaar adviseren in hun aannamebeleid**

Aangezien RvB en MSB samen verantwoordelijk zijn voor de zorgverlening en de uitvoering van de strategie, maken RvB en MSB idealiter samen een profielschets van de benodigde kennis en kunde. Dit geldt zowel voor medisch specialisten als voor ondersteunend personeel. Goed samenwerkende RvB's en MSB's vervullen een adviserende rol in elkaars aannamebeleid; zowel voor bestuurlijke functies als voor zorginhoudelijke professionals. De 'fit' is belangrijk voor goede samenwerking.

**Neem als samenwerkende ziekenhuizen samen mensen aan voor sleutelposities**

Een van de succesfactoren van samenwerking op het gebied van gezamenlijke zorg bleek een gedeelde aanstelling te zijn. Medisch specialisten hebben een aanstelling in twee ziekenhuizen. Dat houdt in dat ze het EPD kunnen raadplegen (zie ook §3.4.1). Maar het belangrijkste is wel dat het ook inhoudt dat beide ziekenhuizen bij de selectie betrokken zijn. Ze kunnen dus meewegen of het iemand is met een fit in beide huizen zodat goed kan worden samengewerkt.

**Zorg dat de personele bezetting past bij de gezamenlijke strategie**

Een bepaalde strategie vraagt om specifieke kennis en kunde van zorgprofessionals. Een ziekenhuis met focus op hoog complexe / laag volume zorg heeft medisch specialisten nodig die zich vergaand willen specialiseren. Zij ontwikkelen kennis door middel van onderzoek en delen deze kennis in publicaties en op congressen. Medisch specialisten die een meer generalistische blik hebben, passen beter in een ziekenhuis met focus op basiszorg, als verbindende schakel tussen specialismen, of met de eerstelijns zorg.

Er moet dus goed bekeken worden welke medisch specialisten waar nodig zijn, en of medisch specialisten die het MSB verlaten ook vervangen moeten worden. De keuze kan ook gemaakt worden om een heel ander soort specialist aan te stellen of om de specialist helemaal niet te vervangen. In één van de ziekenhuizen die wij gesproken hebben, stelt de RvB vast hoeveel medisch specialisten er nodig zijn in het ziekenhuis. Voor deze medisch specialisten wordt buiten het verdienmodel een vaste vergoeding betaald. Indien het MSB van mening is dat er meer medisch specialisten nodig zijn dan de RvB vindt, kunnen zij deze aanstellen maar zij ontvangen voor deze medisch specialisten geen vaste vergoeding. Dezelfde inkomsten moeten dan met één medisch specialist meer gedeeld worden, waardoor de inkomsten per medisch specialist dalen.

**Overweeg mogelijkheden voor inzet van andere zorgprofessionals**

RvB en MSB kunnen ook samen besluiten over de inzet van verpleegkundig en paramedisch personeel. Zo kunnen verpleegkundig specialisten of physician assistants een deel van de zorg van medisch specialisten overnemen waardoor er minder medisch specialisten nodig zijn of de werklast per medisch specialist verlaagd. Sommige MSB's nemen zelf verpleegkundig specialisten of physician assistants in dienst. Dat helpt hen ook om aan voorwaarden aangaande risicodragend ondernemerschap die de Belastingdienst stelt, te voldoen. Bovendien kan hiermee de verdien capaciteit van medisch specialisten in stand blijven, ook als het MSB minder leden heeft. Doelmatige(re) inzet van mensen was overigens een subdoel van de invoering van integrale bekostiging.

### 3.5.3 Realiseer dat professionele autonomie van specialisten mogelijk is zowel in vrije vestiging als loondienst

Als het onderwerp gelijkgerichtheid ter sprake komt, wordt al snel gesproken over loondienst of vrije vestiging. In sommige situaties is Juiste Zorg op de Juiste Plek beter te organiseren bij medisch specialisten in loondienst. Dat lijkt vooral te maken te hebben met de financiële prikkels. Die zijn ook voor vrijgevestigde medisch specialisten te harmoniseren met het strategische doel (§3.3.4).

Veel vrijgevestigden stellen dat hun professionele autonomie gewaarborgd is in vrije vestiging en in het gedrang zou komen als zij over zouden stappen naar loondienst. Medisch specialisten in loondienst herkennen zich hier echter niet in. Zij geven aan zich niet beperkt te voelen in hun professionele autonomie. Ook de FMS stelt dat in beide situaties de medicus autonoom kan handelen (Orde van Medisch Specialisten, 2015).

### 3.5.4 Geef prioriteit aan het nakomen van afspraken

Meerdere geïnterviewden stellen dat afspraken, bijvoorbeeld over strategy, structure en systems, in de ziekenhuiszorg minder vrijblijvend moeten zijn zowel binnen als buiten organisaties (zie ook §3.2.4). De mate waarin dit nodig is, verschilt per organisatie en omgeving.

De stijl van leiderschap kan meer worden gericht op naleven van gemaakte afspraken. Partijen kunnen elkaar er bijvoorbeeld eerder op aanspreken als afspraken niet worden nagekomen. Naast style zijn ook skills belangrijk, bijvoorbeeld hoe besluiten eenduidig te formuleren, afspraken vast te leggen en implementatie aan en bij te sturen. Professionalisering van hoe je samen een complexe organisatie bestuurt, kan hierbij helpen.

### 3.5.5 Werk gericht aan vertrouwen bij samenwerking

Juist omdat het zeer moeilijk is om elkaars financiële prikkels goed te zien en begrijpen, kan er wantrouwen zijn als een project voor Juiste Zorg op de Juiste Plek wordt geleid door iemand uit een van de deelnemende organisaties. Zo blijken bijvoorbeeld initiatieven voor verplaatsen van zorg naar de eerste lijn soms moeilijk te realiseren doordat huisartsen, ziekenhuis en medisch specialisten elkaar niet voldoende vertrouwen. Ze vrezen dat één partij erop vooruitgaat ten koste van de anderen. Een externe, onafhankelijke projectleider die bovendien de feiten boven tafel krijgt, kan helpen om vertrouwen te bouwen.

## 4 Mogelijke acties van VWS om samen met het veld gelijkgerichtheid te bevorderen

VWS zou, samen met het veld, de sector kunnen ondersteunen bij het realiseren van gelijkgerichtheid in het kader van de Juiste Zorg op de Juiste Plek. Zij zouden bestuurders in de zorg kunnen faciliteren door het opstellen van handreikingen en middel projectondersteuning voor Juiste Zorg op de Juiste Plek. Daarnaast zouden zij de professionele ontwikkeling van bestuurders in de zorg kunnen stimuleren middels opleiding en training.

In Hoofdstuk 3 beschreven we de belangrijkste aanbevelingen aan het veld voor gelijkgerichtheid in het kader van de Juiste Zorg op de Juiste Plek. Verreweg de meeste aanbevelingen zullen door het veld zelf opgepakt moeten worden en dat gebeurt ook al in veel gevallen. VWS kan hierin een faciliterende rol spelen.

In een parallel onderzoek concludeerden we dat VWS de subsidie voor medisch specialisten die hun vrijgevestigde status opgeven en in loondienst gaan, waarschijnlijk effectiever kan besteden. Op verzoek van VWS doen we daarvoor suggesties die samenhangen met de bovenstaande analyse. We zien drie mogelijke acties voor VWS om samen met het veld gelijkgerichtheid te bevorderen:

- Faciliteer bestuurders in de zorg met het opstellen van handreikingen
- Faciliteer bestuurders met projectondersteuning voor Juiste Zorg op de Juiste Plek
- Stimuleer de professionele ontwikkeling van bestuurders in de zorg

### 4.1 Faciliteer bestuurders in de zorg met het opstellen van handreikingen

Bij het inzetten van gelijkgerichtheid om de Juiste Zorg op de Juiste Plek te bewerkstelligen, lopen veel bestuurders in de zorg tegen problemen aan die elders al opgelost zijn. VWS zou een faciliterende rol kunnen spelen door concrete handreikingen op te laten stellen die bestuurders handvatten bieden. Bijvoorbeeld handvatten op het gebied van afspraken over structuur (structure, zie §3.3). Enkele mogelijkheden daarvoor zijn:

- Een handreiking opstellen waarin organisatorische en juridische uitgangspunten om samen besturen te organiseren zijn uitgewerkt voor bijvoorbeeld vier verschillende manieren van samenwerking. Hierin kan opgenomen worden:
  - hoe de samenwerkingsovereenkomst moet worden aangepast.

- wat in welk gremium wanneer op de agenda staat.
- hoe het governancemodel van de MSB wordt vormgegeven (denk aan mandaat voor bestuur) en hoe dat kan worden verwerkt in de statuten.
- Een lijst aanleggen met concrete voorbeelden van afspraken voor regionale ketensamenwerking zoals daadwerkelijk gebruikte convenanten en protocollen.
- Het uitwerken van verschillende manieren voor het inrichten van verdeelmodellen voor MSB's waarin de financiële prikkels gelijkgericht komen te staan met de strategie van het ziekenhuis.
- Beschrijven van selectiecriteria en procedures om samen personeel aan te nemen.

Door handreikingen beschikbaar te stellen, kunnen regio's profiteren van elkaars kennis en ervaringen.

## 4.2 Faciliteer bestuurders met projectondersteuning voor Juiste Zorg op de Juiste Plek

Vaak moet er 'gewoon' werk verzet worden in de regio voor projecten om Juiste Zorg op de Juiste Plek te organiseren. VWS zou deze werkzaamheden kunnen faciliteren financiële middelen voor projectondersteuning te bieden. Mogelijkheden daarvoor zijn:

- Bij het maken van afspraken is gelijkgerichtheid en gedeeld vertrouwen erg belangrijk. Dat kan gerealiseerd worden met externe begeleiding. Die kan bewaken dat de belangen van alle deelnemende zorgverleners voldoende worden geborgd. VWS zou middelen kunnen vrijmaken om deze inzet te faciliteren. Het eindproduct van deze inzet kan een samenwerkingsconvenant zijn.
- Het concreet uitwerken van afspraken die zijn gemaakt in een samenwerkingsconvenant kost vaak veel tijd. VWS zou middelen beschikbaar kunnen maken voor projectondersteuning om protocollen en richtlijnen voor een specifieke regionale samenwerking voor Juiste Zorg op de Juiste Plek aan te passen of op te stellen (*staff, skills, style*, zie §3.4.3).

Door projectcapaciteit te faciliteren, kunnen organisaties in de regio samen aan het werk voor de Juiste Zorg op de Juiste Plek. De inzet daarvoor hoeft dan niet van één van de partijen te komen.

Dergelijke projecten zouden kunnen worden gefinancierd met vouchers zoals de subsidies voor Juiste Zorg op de Juiste Plek projecten; de Startimpuls, Regio-impuls, Uitvoeringsimpuls en het maken van een gedeeld regionaal beeld. Hiervoor kunnen al vouchers bij ZonMW aangevraagd worden. Er is in totaal €7 miljoen beschikbaar voor deze vouchers (VWS, 2019). VWS zou kunnen overwegen om de middelen voor deze vouchers uit te breiden met (een deel van) de voor gelijkgerichtheid gereserveerde middelen.

Andere voorbeelden waarin vanuit de overheid projectmatige ondersteuning geboden wordt zijn bijvoorbeeld de subsidies voor projecten in het kader van het Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional (VIPP) (VIPP, 2019) en het Versnellingsprogramma gegevensuitwisseling Langdurige Zorg (InZicht) (VWS, 2019). Ook in deze programma's wordt werk gesubsidieerd om daadwerkelijk de zorglevering in de regio te verbeteren.



## 4.3 Stimuleer de professionele ontwikkeling van bestuurders in de zorg

Bestuurders in de zorg spelen een cruciale rol in het bereiken van meer gelijkgerichtheid in het kader van de Juiste Zorg op de Juiste Plek. Hiervoor dienen zij de juiste kwaliteiten te hebben en zich voldoende professioneel ontwikkeld te hebben.

De professionele ontwikkeling kan in het algemeen gestimuleerd worden door training en opleiding (*staff, skills, style*, zie §3.5). Mogelijkheden daarvoor zijn bijvoorbeeld door aandacht te besteden aan:

- bestuurlijke vaardigheden tijdens de opleiding tot basisarts.
- training van medisch specialisten om zich voor te bereiden op een rol in een MSB- of ziekenhuisbestuur.
- bewustzijn onder Raden van Toezicht van zorgorganisaties voor gelijkgerichtheid en Zorg op de Juiste Plek

Investering in persoonlijke competenties en vaardigheden is in principe de verantwoordelijkheid van een professional, of dat nu een zorgverlener, bestuurder of toezichthouder is. Wel zou VWS kunnen overwegen om aanscherping van de basisopleiding en de professionele ontwikkeling van bestuurders in de zorg te stimuleren.

### 4.3.1 Overweeg afspraken te maken over ontwikkeling van bestuurlijke en samenwerkingsvaardigheden in de opleiding tot basisarts

Door bestuurlijke en samenwerkingsvaardigheden, die relevant zijn voor gelijkgerichtheid en Juiste Zorg op de Juiste Plek, op te nemen in de opleiding tot basisarts, kan de opleiding een basis leggen voor professioneel besturen en samenwerken. De artsen die interesse tonen om naast hun klinische werk bestuurlijk werk te doen, kunnen verder bouwen op deze basis. En voor de anderen helpt het om het vak besturen beter te appreciëren.

De verantwoordelijkheid voor de opleiding ligt bij de medische beroepsgroepen en de UMC's die het Raamplan Artsenopleiding vertalen in het curriculum. VWS zou wel kunnen overwegen om met het veld in overleg te gaan en aandacht te vragen voor de competentie besturen in de opleiding. Uiteraard dienen de veldpartijen dat af te wegen tegen andere behoeften in de opleiding.

Dit kan mogelijk gecombineerd worden met het inzetten van extra middelen om de benodigde opleidingsmodules inhoudelijk te ontwikkelen. Daarmee kan de invulling van de rol 'organisator' in de artsenopleiding worden geüpdatet en aangevuld.

Deze actie leidt niet op korte termijn tot meer gelijkgerichtheid, maar draagt bij aan een breder begrip onder medici voor de organisatie van zorg. Dit kan zeer nuttig zijn in een tijd waarin medici steeds vaker met elkaar, het management en zorgverleners buiten de zorg moeten samenwerken.

#### **4.3.2 Stimuleer training van medisch specialisten in bestuurlijke vaardigheden**

Training van medisch specialisten die een rol in MSB- of ziekenhuisbestuur invullen helpt hen om die rol beter te vervullen. Hiervoor worden al diverse programma's aangeboden, bijvoorbeeld door FMS, VvAA, Erasmus Centrum voor Zorgbestuur en Tias (Universiteit Tilburg). De aanbieders passen hun trainingen regelmatig aan de actuele thema's, waaronder Juiste Zorg op de Juiste Plek, aan.

Hier lijkt sprake te zijn van een goed functionerende markt waar inzet van extra middelen van VWS minder voor de hand liggend is. Mogelijk kan wel extra aandacht worden gecreëerd, bijvoorbeeld in het programma Juiste Zorg op de Juiste Plek.

#### **4.3.3 Creëer bewustzijn voor gelijkgerichtheid en Juiste Zorg op de Juiste Plek bij Raden van Toezicht.**

VWS kan gelijkgerichtheid en Juiste Zorg op de Juiste Plek stimuleren door opleidingen te bieden aan en bewustzijn te creëren bij leden van Raden van Toezicht van zorgorganisaties, zoals ziekenhuizen, zorggroepen, GGZ- en VVT-instellingen. De Raden van Toezicht zijn uiteraard niet operationeel verantwoordelijk, maar zij selecteren wel de leden van de Raad van Bestuur en kunnen de organisatie aanspreken op de strategische keuzes en op de manier van samenwerken.

Veel leden van de Raden van Toezicht staan op grotere afstand van de veranderingen die in de zorg plaats vinden. Wellicht kan VWS inzetten op extra communicatie naar de Raden van Toezicht om hen te stimuleren om aandacht te besteden aan gelijkgerichtheid en Juiste Zorg op de Juiste Plek. Er is overigens ook voor de leden van Raden van Toezicht een goed functionerende markt van opleidingen en trainingen, onder anderen onder de vlag van de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorg & Welzijn (NVTZ). VWS kan overwegen om vanuit het programma Juiste Zorg op de Juiste Plek ook met Raden van Toezicht te communiceren om hier aandacht voor te vragen.

# Bijlage 1: Methode

## Analyse en conclusies voornamelijk op basis van gesprekken

De aanbevelingen in dit rapport zijn gebaseerd op gesprekken met bijna vijftig mensen. Deze gesprekken waren semigestructureerde interviews. Dat houdt in dat we niet met een standaard vragenlijst werkten, maar er wel voor gezorgd hebben dat alle relevante thema's aan bod kwamen.

Groep	Aantal	Opmerkingen
Verzekeraars	3	Incl. ZN
RvB ziekenhuis	8	Waaronder enkelen die eerder medisch specialist waren
Medisch Specialisten	10	
Idem en bestuurder MSB	6	
Bureau NVZ en FMS	4	
Overig	15	Waaronder cliëntenraad, adviseurs, paramedici, huisartsen, verpleegkundigen, managers, beleidsmedewerkers
<b>Totaal</b>	<b>46</b>	

De geïnterviewden kregen een week voor het gesprek de thema's waarover we wilden spreken toegestuurd. Sommige gesprekken waren groeps gesprekken.

Gedurende de onderzoeksperiode, december 2019 tot en met maart 2019 hebben we ook veel anderen kort bevraagd op gelijkgerichtheid. Daarmee hebben we in totaal bijna vijftig mensen hierover gesproken. Omdat we op zoek waren naar aanbevelingen om gelijkgerichtheid en de Juiste Zorg op de Juiste Plek te realiseren, hebben we gericht gezocht naar te interviewen mensen waarvan bekend was dat ze hieraan hebben gewerkt.

We hebben de belangrijkste bevindingen per interview vastgelegd in een naar de 7S-en en vijf thema's voor Zorg op de Juiste Plek gestructureerd Excel model. Onze analyses en conclusies zijn gebaseerd op de gesprekken.

De opzet van het onderzoek en een eerste concept is besproken met de bureaus van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Federatie Medisch Specialisten (FMS). De stuurgroep van het project, bestaande uit medewerkers van de Ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Financiën, kwam vier keer bij elkaar.

## Bijna vijftig mensen vanuit meerdere invalshoeken geïnterviewd

Naam geïnterviewde (* groepsinterview, ** reactie op concept)	Functie	Organisatie
Wout Adema	Directeur Zorg	Zorgverzekeraars Nederland
Piet Batenburg	Voorzitter Raad van Bestuur	Catharina Ziekenhuis Eindhoven
Claar Bijleveld	Anesthesioloog	Medisch Spectrum Twente
Inge Blokzijl*	Kinderarts, medisch manager poliklinieken	Bernhoven Ziekenhuis

<b>Naam geïnterviewde (* groepsinterview, ** reactie op concept)</b>	<b>Functie</b>	<b>Organisatie</b>
<b>Wink de Boer*</b>	MDL-arts, voormalig stafvoorzitter	Bernhoven Ziekenhuis
<b>Martien Bouwmans*</b>	Vicevoorzitter Cliëntenraad	Diakonessenziekenhuis Utrecht
<b>Sietske Broekstra</b>	Verpleegkundig specialist	Goudenhart
<b>Hans van der Deure*</b>	Voorzitter MSB	Deventer Ziekenhuis
<b>Remco Djamin</b>	Longarts, voorzitter MSB	Amphia Ziekenhuis
<b>Jaap Doets</b>	Adviseur	Doets en Wartena Consultants in de Gezondheidszorg
<b>Joris van Eijck</b>	Directeur Zorg	Menzis
<b>Katja van Essen</b>	Thema-coördinator Juiste Zorg op de Juiste Plek	Verpleging & Verzorging Nederland
<b>Anja Everts*</b>	Directeur	Nederlandse Diëtisten Vereniging
<b>Gita Gallé*</b>	Voorzitter Raad van Bestuur	Deventer Ziekenhuis
<b>Simone Gielen*</b>	Intensivist, medisch manager acute zorg	Bernhoven Ziekenhuis
<b>Leen Goemans</b>	Senior manager inkoop Zuid-West Nederland	Zilveren Kruis
<b>Fenna Heyning</b>	Directeur	Stichting Topklinische Ziekenhuizen
<b>Katrien Hendriks</b>	Senior adviseur organisatie en financiering	Federatie Medisch Specialisten
<b>Lennard Hiltermann</b>	Huisarts	Delden
<b>Ernst Hoette</b>	Voorzitter Raad van Bestuur	Rivierduinen (daarvoor lid RvB Amphia)
<b>Eline Huisman</b>	Beleidsmedewerker	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
<b>Guus Jaspas</b>	Medisch Directeur en huisarts	Huisartsenorganisatie Cohesie
<b>Perry Jaspers*</b>	Orthopeed, lid bestuur Goodwillfonds	Bernhoven Ziekenhuis
<b>Janko de Jonge</b>	Neuroloog	Catharina Ziekenhuis
<b>Edwin Knops</b>	Kinderarts	Catharina Ziekenhuis
<b>Kristel Koeijvoets</b>	Internist-nefroloog	Jeroen Bosch Ziekenhuis
<b>Mark Kramer</b>	Lid Raad van Bestuur	Amsterdam UMC
<b>Edwin van der Meer</b>	Voorzitter Raad van Bestuur	BovenIJ Ziekenhuis
<b>Suzanne van der Meij*</b>	Chirurg	Flevoziekenhuis
<b>Fieke Molster*</b>	Secretaris MSB	Deventer Ziekenhuis
<b>Kor Noorlag**</b>	Manager besturing en bekostiging	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
<b>Liekele Oostenbrug</b>	Gastroenteroloog, MSB-bestuurder	Zuyderland
<b>Vincent Pelgröm</b>	Beleidsmedewerker	Nederlandse Zorgautoriteit
<b>Paul van Rooij</b>	Directeur	Landelijke Huisartsen Vereniging
<b>Michiel van Roozendaal</b>	Voorzitter Raad van Bestuur	Rivas Zorggroep
<b>Stefan Roskam**</b>	Senior beleidsadviseur Besturing en Bekostiging	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
<b>Herman Sixma*</b>	Lid Cliëntenraad	Diakonessenziekenhuis Utrecht
<b>Frank Timmermans</b>	Voormalig huisarts	Eigen huisartsenpraktijk

<b>Naam geïnterviewde (* groepsinterview, ** reactie op concept)</b>	<b>Functie</b>	<b>Organisatie</b>
<b>Wouter Vles</b>	Chirurg	Ikazia Ziekenhuis Rotterdam
<b>Alexander de Vries</b>	Vaatchirurg en MSB- Bestuurder	Medisch Centrum Haaglanden
<b>Wietske Vrijland</b>	Chirurg, Lid Raad van Bestuur	Maasstad Ziekenhuis
<b>Marjan Vroonland*</b>	Programmamanager Salland United	Deventer Ziekenhuis
<b>Eveline van der Waarde*</b>	Manager Alliantie	Flevoziekenhuis
<b>Gijs Welten</b>	Chirurg	SFG-Vlietland Ziekenhuis
<b>Frank Willems</b>	Cardioloog, voorzitter MSB	Rijnstate Ziekenhuis
<b>Ernst Ziere**</b>	Directeur Organisatie en Financiering	Federatie Medisch Specialististen

## Bijlage 2: Ook in het buitenland is aandacht voor gelijkgerichtheid

Ook in landen om ons heen is discussie over (financiële) prikkels en gelijkgerichtheid van belangen van medisch specialisten en ziekenhuizen. Vanwege verschillen tussen de zorgstelsels van de landen om ons heen is op basis van deze quickscan geen algemene conclusie te trekken over hoe gelijkgerichtheid effectief te bevorderen is.

Om de manier waarop gelijkgerichtheid wordt gerealiseerd in perspectief te plaatsen, hebben we een quick scan gedaan van andere landen. Het betreft geen uitputtend onderzoek naar gelijkgerichtheid in het buitenland. Gepubliceerd onderzoek gaat vooral in op de financiële relatie en de impact daarvan op gelijkgerichtheid ('alignment') van medisch specialisten en ziekenhuizen.

De vertaling van dit onderzoek naar de Nederlandse situatie is lastig omdat ook andere aspecten van het zorgstelsel meespelen. In het algemeen geldt dat de manier waarop medisch specialisten betaald worden, impact heeft op de geleverde zorg. In meerdere landen speelt de discussie hoe de manier van betalen beter aan kan sluiten op netwerkzorg, integrale zorg of Zorg op de Juiste Plek.



In **België** zijn medisch specialisten binnen de algemene ziekenhuizen werkzaam als zelfstandige. Ze declareren per verrichting en consult en krijgen soms extra vergoedingen voor services waar het ziekenhuis aan verdient. Het huidige systeem lijkt te leiden tot een productieniveau dat niet altijd nodig zou zijn (Vervaeke, 2017). Men werkt aan een herijking (Trybou & Annemans, 2016). Recent werd een oproep gedaan om over te gaan naar een andere inrichting van het zorgstelsel (Annemans, et al., 2019).



In **Duitsland** zijn medisch specialisten werkzaam in ziekenhuizen, in loondienst van deze ziekenhuizen. Zij leveren voornamelijk klinische zorg. Er zijn collectieve arbeidsovereenkomsten voor publieke en universitaire ziekenhuizen en eigen arbeidsovereenkomsten voor private ketens (PraktischArzt, 2019). Poliklinische zorg wordt geleverd door vrijgevestigde medisch specialisten die per behandeling of consult worden betaald (fee-for-service). Ziekenfondsen kunnen afspraken maken over integrale zorg en samenwerking met de eerste lijn, maar dat blijkt weinig te gebeuren (The Commonwealth Fund, 2019).



In **Frankrijk** hangt de betaling af van waar een behandeling geleverd wordt. De meeste medisch specialisten die in een ziekenhuis werken (bijna 50%), doen dat in loondienst. Vrijgevestigde artsen (ongeveer 40%) leveren poliklinische zorg, of klinische zorg in een kliniek. Zij worden betaald met fee-for-service (paiement à l'acte) tegen vastgestelde tarieven (MédicalRH, 2019) (Paris & Devaux, 2013). Er komen ook combinaties voor van loondienst en vrije vestiging (10%) (The Commonwealth Fund, 2019). Sinds 2016 worden

enkele vrijgevestigde specialismen deels (enkele procenten van het inkomen) betaald met een bonus als bepaalde doelen behaald worden; de *Rémunération sur objectifs de santé publique* (Rosp) (l'Assurance Maladie, 2018).



In het **Verenigd Koninkrijk** zijn de artsen in loondienst bij de National Health Service (NHS). Er zijn ook artsen die daarnaast voor een private zorgaanbieder werken. Veel van de verzekeringsmaatschappijen waarbij artsen hun praktijkrisico verzekeren, eisen dat de artsen ook werkzaam zijn als medisch specialist bij de NHS (British Medical Association, 2014). De arbeidsrelatie van artsen bij de NHS is een klassieke loondienst relatie met groei op basis van een persoonlijk ontwikkelplan. Een groot deel van de artsen ontvangt extra beloning vanwege 'clinical excellence'. De National Audit Office had in 2013 verbeterpunten om de effectiviteit en efficiëntie van dit systeem te verbeteren (National Audit Office, 2013).



In de **Verenigde Staten** deed Deloitte onderzoek onder 'health systems'. Deloitte concludeerde dat *"Strategic considerations, including local market characteristics, can help health systems evaluate the merits of physician employment, affiliation with independent physicians, or a multipronged approach that combines elements of each."* (Deloitte, 2018). Verder verwacht men dat grote ziekenhuisorganisaties vooral zullen groeien met medici in loondienst, maar dat het goed is om ook andere opties te bieden.

Onderzoek van de Amerikaanse organisatie van financieel management in de gezondheidszorg geeft een soortgelijk beeld (HFMA, 2015). *"For hospitals and health systems, the trend is clearly toward employment of physicians, but this is not always appropriate for, or desired by, every specialty. [...] large, independent medical groups offer an alternative to alignment with a hospital or health system. CINs and ACOs offer opportunities for alignment and collaboration among hospitals and health systems, independent medical groups and physician practices, and other provider organizations."* Ook zij benadrukken dat de specifieke afspraken tussen ziekenhuis en medisch specialist afhangen van de strategie, systemen en cultuur. De beloning van medisch specialisten moet aansluiten bij de doelen: *"As public and private payers introduce new payment models designed to reward improved quality and cost efficiency, physician compensation agreements will need to change accordingly"*.

# Verwijzingen

- ACM. (2016). *Informele zienswijze samenwerking complexe oncologie UMCU, St. Antonius Ziekenhuis en Meander Medisch Centrum.*
- Annemans, L., Callens, S., De Ploey, W., De Rycke, R., Devriendt, E., Dierickx, N., & et al. (2019). *Helping people live the healthiest lives possible.*
- British Medical Association. (2014). *Setting up private practice.*
- Christensen, C., & Grossman, J. (2016). *The innovator's prescription: A disruptive solution for health care.* McGraw-Hill Education.
- Deloitte. (2018). *Six physician alignment strategies health systems can consider.*
- Dusseldorp, M. v., & Corbey, M. (2018). Eerlijk zullen we alles delen ... een evaluatie van het Logex Prestatiemodel bij medisch specialistische bedrijven in STZ-ziekenhuizen in Nederland. *Maandblad voor accountancy en bedrijfseconomie*, 243-254.
- EY. (2017). *Onderzoek mogelijkheden tot bevorderen participatiemodel.*
- FMS. (2019, februari). *Concentratie en spreiding van zorg.* Opgehaald van De medisch specialist: <https://www.demedischspecialist.nl/onderwerp/concentratie-en-spreiding-van-zorg>
- FMS. (2019b). *Uitkomsten enquête.*
- Goossens-Laan, C., Visser, O., Wouters, M., Jansen-Landheer, M., Coebergh, J., van de Velde, C., . . . Kil, P. (2011). Variations in treatment policies and outcome for bladder cancer in the Netherlands. *Urologie*, 15-23.
- HFMA. (2015). *Strategies for physician engagement and alignment.*
- Knoop, B. (2016, juni 30). *Ziekenhuis Bernhoven doet meer met minder.* *Medisch Contact*, pp. 14-17.
- l'Assurance Maladie. (2018). *La rémunération sur objectifs de santé publique en 2018.*
- McKinsey. (2008, mei). *McKinsey & Company.* Opgehaald van *Enduring Ideas: The 7-S Framework*: <https://www.mckinsey.com/business-functions/strategy-and-corporate-finance/our-insights/enduring-ideas-the-7-s-framework>
- MédicalRH. (2019, april). *Les modèles de rémunération des médecins en France.* Opgehaald van MédicalRH: <http://medical-rh.com/les-modeles-de-remuneration-des-medecins-en-france/>
- National Audit Office. (2013). *Managing NHS hospital consultants.*
- NMa. (2010). *Samenwerken en concurreren in de zorgsector.*
- NVZ. (2017). *Brancherapport algemene ziekenhuizen.*



- NZa. (2016). *Monitor integrale bekostiging medisch specialistische zorg.*
- NZa. (2018). *Monitor integrale bekostiging medisch-specialistische zorg 2018.*
- Orde van Medisch Specialisten. (2015). *De overstap van vrij beroep naar dienstverband.*
- Pallas. (2015). *Begrippenkader Gepaste Zorg en Praktijkvariatie, in opdracht van ZINL, ZonMW, FMS en NFU.*
- Paris, V., & Devaux, M. (2013). *Les modes de rémunération des médecins des pays de l'OCDE. Les tribunes de la santé, 45-52.*
- Peters, T., & Waterman, R. H. (1982). *In search of excellence.* HarperCollins.
- PraktischArzt. (2019, april). *All Arzt Tarifverträge 2019 auf einen Blick.* Opgehaald van Pratisch Arzt: <https://www.praktischarzt.de/arzt/tv-aerzte-tarifvertraege/>
- Schepens, M., Ziedses des Plantes, M., Somford, D., van Erkelens, J., Cremers, R., de Vries, S., . . . van Limbeek, J. (2018). *Hoe vaak incontinentie na radicale prostatectomie? Ned. Tijdschr. Geneesk., 162: D2294.*
- SEO. (2010). *De relatie tussen medisch specialisten en het ziekenhuis.*
- SiRM. (2019). *Versnellingsagenda Geen röntgenfoto bij acute buikklachten.*
- Taskforce Juiste Zorg op de Juiste Plek. (2018). *De juiste zorg op de juiste plek, wie durft?*
- The Commonwealth Fund. (2019, april). *Country Profiles.* Opgehaald van International Health Care System Profiles: <https://international.commonwealthfund.org/countries/>
- Treacy, M., & Wiersema, F. (1996). *The discipline of market leaders.* Ingram Publishers.
- Trybou, J., & Annemans, L. (2016). *Herijking van de medische nomenclatuur in België. Voorstel van principes en methodiek.* Universiteit Gent.
- van Aartsen, C. (2017, mei). *Bernhoven op de schop.* Zorgvisie Magazine, pp. 22-24.
- Van Doorne. (2015, oktober). *vandoorne.com.* Opgehaald van Mogelijkheden voor integratie van VMS, (V)MSD en MSB: *Mogelijkheden voor integratie van VMS, (V)MSD en MSB*
- Verstegen, F., & Kreule, A. (2016, juli 4). *Zorgvisie.* Opgehaald van Aan de MSB overlegtafel: van fiscaliteit naar eenheid: <https://www.zorgvisie.nl/blog/aan-de-msb-overlegtafel-van-fiscaliteit-naar-eenheid/>
- Vervaeke, L. (2017, februari 8). *Belgische specialisten willen nieuw betalingssysteem.* de Volkskrant.
- VIPP. (2019, april). *VIPP Centraal.* Opgehaald van VIPP: <https://www.vipp-programma.nl/>
- VVD, CDA, D66 en ChristenUnie. (2017). *Vertrouwen in de Toekomst - Regeerakkoord 2017-2021.*
- VWS. (2013). *Onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017.*

- VWS. (2015b). *Overheid.nl Wettenbank*. Opgehaald van *Subsidieregeling overgang integrale tarieven medisch specialistische zorg*: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0035565/2016-04-01>
- VWS. (2017, januari 11). *Regeling van de Minister van VWS, kenmerk 1075967-159777-CZ, houdende wijziging van de Subsidieregeling overgang integrale tarieven voor medisch-specialistische zorg, 2016 in verband met de. Staatscourant*.
- VWS. (2018). *Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019-2022*.
- VWS. (2018). *Tweede Kamer 2018-2019, 29 248, nr 314*.
- VWS. (2019, april). *InZicht*. Opgehaald van *Dienst uitvoering subsidies aan instellingen*: <https://www.dus-i.nl/subsidies/inzicht>
- VWS. (2019, april). *Vouchers*. Opgehaald van *De Juiste Zorg op de Juiste Plek*: <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/vouchers>
- Zorginstituut Nederland. (2018). *Plan van aanpak 1e fase programma 'Zorgevaluatie en Gepast Gebruik'*.