

Ziekenhuisverplaatste zorg: iedereen beter?

Jef Mol

Ziekenhuisverplaatste zorg: iedereen beter?

Masterthesis in het kader van de opleiding Executive Master (of Science) in Health Administration (MHA) van TiasNimbas Businesschool - Tilburg University (in association with Eindhoven University of Technology).

Leergang 2011 – 2012: MHA-20.

Breda, november 2012

Auteur:	Jef Mol MSc Lachappellestraat 29 4816 AH Breda T: 0614886655 E: mailjef@casema.nl
Afstudeerbegeleider:	Adj. Prof. Dr. Jo Caris
Beoordeelaars:	Prof. Dr. Inge Bongers Prof. Dr. Theo Poiesz
Studentmeelezers:	Adrie de Laat Evert Sprenger
Versie:	Definitief
Status:	Vertrouwelijk

Dit is een vertrouwelijk document, om die reden mag dit document niet zonder voorafgaande toestemming worden verspreid, vermenigvuldigd of in welke vorm dan ook worden kenbaar gemaakt aan anderen zonder voorafgaande toestemming van de auteur.

VOORWOORD

“Wanneer je een schip wilt bouwen, breng dan mensen bij elkaar om hout te slepen, het werk voor te bereiden en de taken te verdelen, maar leer vooral de mensen te verlangen naar de eindeloze zee.” *Uit: Le petit prince - Antoine de Saint-Exupéry*

Het is de mooiste metafoor voor zowel de inhoud van de thesis die voor u ligt, als voor het traject wat binnen de opleiding MHA is doorlopen. Top hoogleraren daagden ons continu uit om goed na te denken over de eindeloze zee, om los te komen van bestaande systemen en kaders, uit te gaan van een visie en beweging te veroorzaken. Je bent onderdeel van het systeem en hebt invloed. Altijd.

In het bijzonder dank ik Theo Poiesz en Jo Caris als *academic directors* van MHA-20 en Engelina van Koolwijk voor de goede ondersteuning in haar rol als *programme manager*.

Zonder de flexibiliteit van mijn werkgever Thuiszorg Rotterdam en mijn collega's had ik deze opleiding nooit kunnen voltooien. Ik bedank in het bijzonder Eric Hisgen (bestuurder) en Eline v.d. Enden (directieadviseur). Jullie hebben soms echt gemerkt dat ik minder kon investeren in mijn werk. Idske Breurken (directieassistente) en Toos Copier (managementassistente) wil ik heel erg bedanken voor alle ondersteuning die ik heb gekregen in de randvoorwaardelijke zin om mijn werk zo goed als mogelijk te kunnen blijven uitvoeren.

Met de studiegenoten is in een waarachtig korte tijd een intensief contact opgebouwd. Van pittige discussies, informele momenten, Capita Selecta en autoritjes met Melanie Ann Anderson. Het was een geweldige tijd waarvoor veel dank. Ik weet zeker dat het contact tussen een groot deel van ons zal blijven bestaan.

Verder wil ik mijn vriendin Renée Roosdorp bedanken. Zelf ook bezig aan haar derde studie, was het erg motiverend om samen in de weekenden flink te studeren. Tegen jouw onvoorwaardelijke steun kan geen zorgkubus of businessmodel op.

Deze thesis gaat over de eindeloze zee. Ik ben er inmiddels heilig van overtuigd dat we door los te komen van onze huidige mentale modellen over ziekenhuizen en thuiszorg, heel veel mensen gewoon thuis kunnen behandelen in plaats van in een ziekenhuis. Als je oppervlakkig kijkt, dan borrelt de vraag op of ziekenhuisverplaatste zorg voor iedereen beter is. Is het ziekenhuis een verliezer? Als we kijken vanuit het perspectief van patiënten en de houdbaarheid van ons huidige gezondheidszorgsysteem dan kun je niet anders concluderen dan dat het inderdaad voor iedereen beter is.

Laat deze thesis een bijdrage zijn aan meer inzicht in het dossier MSVT. Maar ook aan de route hoe we als grootste thuiszorgorganisatie in Rotterdam hiermee verder kunnen. Want invloed heb je immers altijd.

Breda, november 2012

Jef Mol

INHOUDSOPGAVE

	Managementsamenvatting	6
	Executive summary	7
1	Thuiszorg Rotterdam	8
1.1	Geschiedenis	8
1.2	Thuiszorg Rotterdam in het heden	9
2	Probleemstelling en onderzoeksvragen	12
2.1	Probleemstelling	12
2.2	Onderzoeksvragen	12
3	Organisaties en businessmodellen	13
3.1	Organisaties en stakeholders	13
3.2	Businessmodellen	15
3.3	The performance prism & businessmodel canvas	18
4	Methodische benadering	20
4.1	Documentenanalyse	20
4.2	Semigestructureerde interviews	20
4.3	Werkconferentie MSVT & 1,5 lijnszorg	21
4.4	Betrouwbaarheid en validiteit	21
5	Resultaten	22
5.1	Beleidsmatige ontwikkeling en tendensen	22
5.2	Businessmodellen in relatie tot MSVT	29
5.3	Analyse	34
6	Conclusies	37
6.1	Deelvraag 1	37
6.2	Deelvraag 2	37
7	Aanbevelingen & uitvoerbaarheid aanbevelingen	39
7.1	Aanbevelingen	39
7.2	Uitvoerbaarheid	41
8	Discussie	42
	Referenties	43
	Bronnen	45
	Bijlagen	47

MANAGEMENTSAMENVATTING

In dit onderzoek wordt aangetoond welke beleidsmatige ontwikkelingen er plaatsvinden rondom ziekenhuisverplaatste zorg, ook wel Medisch Specialistische Verpleging Thuis (MSVT) genoemd. Verder is onderzocht op welke wijze Thuiszorg Rotterdam een impuls kan geven aan de organisatie en ontwikkeling van MSVT. Er is gebruik gemaakt van verschillende methoden van onderzoek. Relevante beleidsstukken van VWS, NZa, CVZ, Brancheverenigingen en Zorgkantoor Achmea zijn geanalyseerd. Daarnaast zijn 19 semigestructureerde interviews gehouden en geanalyseerd volgens kwalitatieve onderzoeksmethoden. Tevens heeft een werkconferentie over ziekenhuisverplaatste zorg als databron gefungeerd. Deze verschillende methoden hebben geleid tot beantwoording van de onderzoeksvragen en aanbevelingen rondom de organisatie en ontwikkeling van MSVT.

Beleidsmatige ontwikkelingen

De overheid zet sterk in op het zo dicht mogelijk bij huis en zo goedkoop mogelijk organiseren van zorg. MSVT past goed in deze beweging. Thuiszorg Rotterdam, ziekenhuizen en zorgverzekeraars zijn belangrijke partijen bij de organisatie van MSVT. Hun belangen verschillen op sommige vlakken, maar kunnen elkaar ook versterken. Dit onderzoek vergroot het inzicht op dit vlak. Op korte termijn zal de inkoop van hoogcomplexiteit MSVT door de zorgverzekeraar hoogstwaarschijnlijk niet meer bij thuiszorgorganisaties, maar bij ziekenhuizen komen te liggen. Thuiszorg Rotterdam dient daarom op zeer korte termijn de relaties op dit vlak met ziekenhuizen te intensiveren.

Organisatie en ontwikkeling van MSVT

Bevraagde respondenten van Thuiszorg Rotterdam zijn in navolging van branchevereniging Actiz van mening dat het tarief voor MSVT op dit moment niet kostendekkend is, echter inzicht in de werkelijke kostprijs ontbreekt. Dit inzicht is wel noodzakelijk. De huidige organisatie en inrichting van MSVT bij Thuiszorg Rotterdam en de verwijzende ziekenhuizen gaat gepaard met veel bottlenecks. Ziekenhuizen hebben hun eigen processen en zo ook Thuiszorg Rotterdam. De sleutelprocessen zijn niet rond de klant ontworpen, daardoor wordt geen optimale klantwaarde geleverd. Transmurale inhoudelijke samenwerkingsafspraken tussen ziekenhuizen en Thuiszorg Rotterdam ontbreken. Deze thesis geeft inzicht waar verbeterpotentieel ligt. Dit verbeterpotentieel kan de huidige businesscase positief beïnvloeden. Om daadwerkelijke verbeteringen te kunnen bereiken dient stafcapaciteit te worden vrijgemaakt om een voortrekkende rol te nemen. Echter, om daadwerkelijk een stap verder te komen met MSVT is het van belang dat er een experiment wordt gestart met een ziekenhuis, verzekeraar en Thuiszorg Rotterdam waarin een nieuw gezamenlijk businessmodel wordt ontwikkeld rondom een patiëntengroep. In deze thesis wordt hiervoor een concept businessmodel met de benodigde randvoorwaarden beschreven. Een duurzame samenwerking tussen ziekenhuizen en Thuiszorg Rotterdam maakt dat er verder geïnvesteerd kan worden in MSVT en dat onzekerheden tussen partijen verder kunnen afnemen. Het is dan ook aan te bevelen om op de middellange termijn naar een hogere mate van formalisatie van samenwerking te streven in de vorm van bijvoorbeeld een *joint venture*.

EXECUTIVE SUMMARY

In this thesis research has been done into the policy development which is taking place around the shift of hospitalcare to homecare, also called MSVT (medical specialistic nursing treatment at home). Furthermore, research has taken place into the way Thuiszorg Rotterdam is able to stimulate the way MSVT is organized. Several research methods were used. Policy documents from the Dutch Ministry of Healthcare, Well-fare and Sports, the Dutch Healthcare Authority, the College of Health Insurers and associations of healthcare organizations were analyzed. Also 19 semi-structured interviews have taken place and were analyzed by using qualitative research methods. Also a conference around the subject of MSVT was used as a data source. These different methods have led to answering the research questions and recommendations about the organization and development of MSVT.

Policy developments

The government is strongly committed to organizing care as close to home as possible and as cost effectively as possible. MSVT fits well in this movement. Thuiszorg Rotterdam, hospitals and health insurance companies are major stakeholders in the organization of MSVT. This study provides insight into how the interests of these stakeholders differ, but also where they can complete each other. In the short term, the purchase of highly complex MSVT by the health insurer will no longer take place from home care organizations, but most likely from the hospitals. Hence it is important that on the short term Thuiszorg Rotterdam intensifies the relationship with hospitals.

Organization and development of MSVT

Surveyed respondents from Thuiszorg Rotterdam and also from the association of care entrepreneurs Actiz, believe that current the rate for MSVT does not cover cost, however, understanding of the true cost of MSVT is lacking. This insight however is needed. The current organization and structure of MSVT is associated with many difficulties. Hospitals and Thuiszorg Rotterdam each have their own process. The main process is not designed around the customer, which means there is no optimal customer value delivered. Transmural cooperation agreements between hospitals and Thuiszorg Rotterdam are lacking. This thesis provides insight into where improvements are possible. The potential improvements can positively influence the current business case. To make these improvements, staff capacity should be organized. However, to go one step further with MSVT it is important that an experiment is started with a hospital, health insurer and Thuiszorg Rotterdam. A business model must be created with a value proposition that is designed from a patient's perspective. This thesis contains a concept businessmodel with preconditions that are required. Sustainable cooperation between hospitals en Thuiszorg Rotterdam enables all parties to decrease uncertainties so further investments could be made. It is therefore recommended that on the mid-term a higher degree of formalization of the cooperation is pursued by example of a joint venture.

1 Thuiszorg Rotterdam

1.1 Geschiedenis

De basis voor Stichting Thuiszorg Rotterdam (TR) is gelegd in 1901. Destijds het Groene Kruis genoemd. Na fusies met onder andere de Rotterdamsche Vereeniging tot Bescherming van Zuigelingen (1913), het Oranje Kruis (vanaf 1949) en de verschillende instellingen voor gezinszorg, ontstond Stichting Thuiszorg Rotterdam (hierna TR). Kern is dat sinds 1901 het werk in de wijk achter de voordeuren van een grote stad, het belangrijkste onderdeel vormt van de organisatie.

1.2 Thuiszorg Rotterdam in het heden

1.2.1 Feiten en cijfers

In 2011 had TR een omzet van 89,6 miljoen euro en werden ruim 2,5 miljoen uren extramurale zorg (AWBZ, WMO en ZVW) geleverd door 2.224 medewerkers (in loondienst). In totaal werden er 14.500 unieke cliënten geholpen in de regio Rotterdam. TR is een van de grootste op zichzelf staande extramurale organisaties van Nederland. Dit in tegenstelling tot veel thuiszorgorganisaties die de afgelopen jaren gefuseerd zijn met (veelal) intramurale instellingen en/of overgenomen zijn door meer commerciële partijen.

1.2.2 Hiërarchische structuur

TR kent een eenhoofdige Raad van Bestuur met daaronder één directeur. In bijlage 1 is een beknopt organogram weergegeven.

1.2.3 Een lastige periode

TR verloor in 2006 de aanbesteding van de huishoudelijke verzorging en zit sindsdien in financieel zwaar weer. Na diverse ingrepen is de huishoudelijke verzorging toch bij TR gebleven. Echter door factoren als druk op de tarieven (met name WMO), een te hoge overhead en inefficiënte processen blijkt dat - ondanks diverse reorganisaties - er binnen TR geen rendement is behaald de afgelopen jaren. Het eigen vermogen bedraagt per 1 januari 2012 nog 0,5 miljoen. De bestuurder heeft besloten dat een strategische verbinding met een krachtige partij (die de benodigde investeringen kan doen in TR om overhead terug te dringen en processen te optimaliseren), de weg is waarlangs de continuïteit van de zorginfrastructuur kan worden gewaarborgd. Tevens is het van belang weerstandsvermogen te organiseren. In het proces van verbinding bevindt TR zich op dit moment.

In de aanloop naar deze verbinding zijn diverse maatregelen getroffen om enerzijds de financiële performance te verbeteren en anderzijds de risico's op een eventueel faillissement te voorkomen. Zo is met ingang van 1 januari 2012 de productie van het bedrijfsonderdeel Huishoudelijke Verzorging (HV) uitbesteed aan een onderaannemer. TR is nog steeds (economisch) eigenaar van het contract, maar de medewerkers zijn voor rekening en risico overgedragen naar een andere organisatie. Hierdoor kon in de ondersteunende diensten verder worden gereorganiseerd. Dit past tevens binnen de strategie die TR kiest; TR kiest er namelijk voor om marktkansen te analyseren op het gebied van 'thuiszorg'. Wanneer er een behoefte lijkt te zijn aan diensten, dan wordt de afweging gemaakt in navolging van de inzichten van Williamson (1985) om het:

- 1) product zelf te maken (*make*)

- 2) product in te kopen onder het eigen merk en vervolgens toe te zien op de kwaliteit en performance (*buy*) of
- 3) het product te leveren door samenwerking (*ally*).

Ook zijn er in 2011 stappen gezet in procesoptimalisatie. In 2011 hebben ongeveer 70 medewerkers uit ondersteunende diensten TR gedwongen verlaten. Het zwaartepunt van TR is daarmee, nog meer dan voorheen, komen te liggen op de Verpleging en Verzorging (V&V).

1.2.4 Het bedrijfsonderdeel Verpleging & Verzorging (V&V)

Het bedrijfsonderdeel V&V wordt aangestuurd door drie managers welke rapporteren aan de directeur. Eén manager die verantwoordelijk is voor de noordoever ten opzichte van de Maas, één manager die verantwoordelijk is voor de zuidoever en één manager die verantwoordelijk is voor de specialistische producten en ketenzorg. De drie managers sturen op hun beurt wijkmanagers aan. Sinds 2010 is een nieuw kleinschalig organisatieconcept ingevoerd binnen de V&V getiteld 'Thuis in de Buurt'. In totaal zijn er 71 'Thuis in de Buurt teams' gevormd. Er werken 63 teams (10-16 medewerkers) daadwerkelijk in de buurten waar cliënten wonen (wijk- en vertreklocaties in de buurten). Iedere 4-6 teams worden aangestuurd door één wijkmanager. De overige 8 teams werken stedelijk, omdat zij gespecialiseerd zijn in bepaalde cliëntgroepen of diensten. Zij vallen onder de manager specialistische producten en ketenzorg. Zij worden tevens aangestuurd door twee wijkmanagers die rapporteren aan de manager specialistische producten en ketenzorg.

1.2.5 Specialistische producten en ketenzorg

De functie van de manager specialistische producten en ketenzorg is relatief nieuw. In 2011 is deze positie ontworpen en sinds februari 2012 is deze positie daadwerkelijk bezet. De teams die nu onder de manager vallen, werkten voorheen onder verantwoordelijkheid van de managers Verpleging en Verzorging Noord en Zuid. Het betreft stedelijk werkende teams met specifieke expertise waaronder: diabeteszorg, wondzorg, oncologische zorg, technisch team (infusietherapie), specialistische kinderezorg, palliatieve zorg, CVA-zorg, Astma/COPD zorg, schoolteam, dementie en thuisbegeleiding (jeugd en gezin, volwassenen).

De specialistische teams leveren ongeveer 86.000 uren zorg (AWBZ, WMO en Zvw) per jaar, ongeveer 9% van de totale productie van TR (bron: afdeling control TR). Daarnaast zijn zij te consulteren door reguliere teams. Mede door de financiële druk was de *managementattention* de afgelopen jaren met name gericht op de reguliere teams. De inhoudelijke ontwikkeling en verdere positionering van TR in de keten bleef als gevolg hiervan achter. Tot de expliciete opdracht van de manager specialistische producten en ketenzorg behoort het signaleren en benutten van kansen om TR in de keten verder te positioneren. Het ontwikkelen van samenwerkingsverbanden en nieuwe concepten is daarin een belangrijk onderdeel. Om goede proposities te kunnen ontwikkelen richting andere stakeholders in de keten, zoals huisartsen en ziekenhuizen, is het van belang om goed inzicht te hebben in de ontwikkelingen die vanuit het beleid spelen. Anderzijds is het van belang aan te sluiten bij de beeldvorming en ontwikkelingen die er zijn bij relevante stakeholders (o.a. zorgverzekeraars, zorgkantoren, ziekenhuizen en huisartsen) waarbij vooral gefocust wordt op wat een organisatie als TR voor waarde kan toevoegen voor cliënten/patiënten en deze stakeholders.

1.2.6 Het hartfalenproject en ziekenhuisverplaatste zorg (MSVT)

In 2011 is TR gestart met het aanstellen van een 'verpleegkundig specialist hartfalen' in opleiding (hierna VS i.o.) binnen het specialistisch team (het technisch team voor infusietherapie). Daarvoor

kende TR deze functie niet en werkten in het technische team alleen verpleegkundigen (al dan niet met een specialisatie zoals een intensive care opleiding). In het kader van het opleidingstraject werkt TR samen met het Havenziekenhuis in Rotterdam. De VS i.o. werkt onder verantwoordelijkheid (leermeesterschap) van de cardiologen in het Havenziekenhuis. TR heeft geïnvesteerd in een opleidingstraject voor een VS, maar heeft geen langere termijn visie op de inzet van dit type functionaris. Mede om die reden is in 2012 een project gestart om te bezien op welke wijze cliënten met hartfalen, zoveel mogelijk thuis kunnen worden geholpen¹. Op dit moment dragen ziekenhuizen via de transferbureaus al diverse patiënten met een infuus of drain over naar het technisch team van TR. Wanneer de medisch specialist eindverantwoordelijk blijft voor de behandeling van deze patiënt is er sprake van ziekenhuisverplaatste zorg, ook wel Medisch Specialistische Verpleging Thuis (MSVT) genaamd². Het betreft hier “verpleegkundige handelingen, noodzakelijk in verband met medisch-specialistische zorg, met het oog op herstel van gezondheid, of voorkomen van verergering van ziekte of aandoening zonder dat die handelingen geleverd worden aan een patiënt die verblijft in een zorginstelling (...)” (NZA 2012d, p. 1).

Voordat TR kan starten met het leveren van MSVT dient er een indicatie aanwezig te zijn. Deze indicatie wordt afgegeven door de medisch specialist. Op basis van landelijk vastgestelde normtijden schrijft de medisch specialist een uitvoeringsverzoek uit. Hierop staan specifieke aanwijzingen voor de zorgverlener (zoals bijvoorbeeld dosering van de medicatie, duur enzovoorts). Daarnaast wordt een MSVT formulier ingevuld met meer algemene gegevens. De eindverantwoordelijkheid voor de behandeling berust in het geval van MSVT bij de medisch specialist. De behandeling kan wel worden overgedragen aan de huisarts, echter zodra dit gebeurt wordt MSVT omgezet in de functie ‘verpleging’ onder het AWBZ regime. MSVT wordt gedeclareerd binnen de Zorgverzekeringswet. Sinds 2012 wordt door zorgverzekeraars, onder regie van het CVZ, onderscheid gemaakt tussen laag- en hoogcomplex MSVT. Het onderscheid hangt samen met de complexiteit van de handeling die dient te worden verricht bij de cliënt. In bijlage 3 is een overzicht gegeven van de handelingen en ook de normtijden die de medisch specialist dient te hanteren bij het afgeven van de indicatie. Tot en met periode 7 in 2012 was 90% van de MSVT uren die TR leverde te classificeren als laagcomplex MSVT (veelal uitgevoerd door de reguliere wijkteams, omdat de handelingen niet zo complex zijn dat er gespecialiseerde verpleegkundigen ingezet moeten worden) en 10% van de uren was hoogcomplex (overwegend geleverd door het technisch team). Het aantal MSVT uren beslaat ongeveer 3,5% van de totale productie van TR (WMO, AWBZ en ZVW).

1.2.7 Relevantie

Ondanks dat er al MSVT geleverd wordt door TR, liggen er vele uitdagingen en uitwerkingsvraagstukken. Dit is mede duidelijk geworden binnen het hartfalenproject wat loopt. Zo dient er na te worden gedacht over de inhoud van de dienstverlening, de medische en/of zorginhoudelijke verantwoordelijkheid, de verschillende vormen van bekostiging, het delen van relevante (cliënt)gegevens en daarnaast is vaak niet goed bekend wie welke rol zou kunnen spelen omdat het erop lijkt dat de ziekenhuissector niet goed op de hoogte is van de mogelijkheden binnen de thuiszorg en andersom.

Binnen TR bestaat de indruk dat er veel meer mogelijk is met het verplaatsen van ziekenhuiszorg naar de thuissituatie. Echter, het ontbreekt aan gedegen inzicht in het dossier. De actuele landelijke (beleids-)ontwikkelingen zijn niet scherp in beeld. De belangen van de ziekenhuizen zijn onvoldoende helder. Verder is niet goed inzichtelijk welke processen en activiteiten moeten worden geborgd. Daarnaast wordt gesteld dat het tarief dat TR ontvangt voor MSVT niet

¹ In bijlage 2 is algemene informatie opgenomen over hartfalen. De verwachting is dat de patiëntengroep zeer sterk zal groeien de komende jaren.

² In deze thesis wordt consequent MSVT gebruikt om de leesbaarheid te verhogen. Daar waar MSVT staat, kan ook ziekenhuisverplaatste zorg worden gelezen.

kostendekkend is. Het bestuur van TR vindt het van belang de ontwikkeling rondom MSVT een impuls te geven, maar wil daartoe meer zicht op en een brede verkenning van het dossier. Het is daarom relevant om nader onderzoek te doen. In hoofdstuk 2 worden hiertoe de probleemstelling en de onderzoeksvragen uitgewerkt.

2 Probleemstelling en onderzoeksvragen

2.1 Probleemstelling

TR ontbeert inzicht in het dossier MSVT. Zij kent de belangen en wensen van de ziekenhuizen en andere relevante partijen onvoldoende om hier vervolgens op in te spelen. Daarnaast is er geen helder beeld van de landelijke beleidsontwikkelingen rondom de MSVT en is niet duidelijk welke uitvoeringsproblemen en -vraagstukken er liggen, maar zijn er wel signalen dat deze er zijn.

Om te komen tot een goede onderzoeksvraag is het van belang om een wetenschappelijke invalshoek te kiezen. In deze thesis wordt gekeken vanuit het perspectief van bedrijfswetenschappen en meer specifiek vanuit theorieën over businessmodellen. De theorieën over businessmodellen kunnen helpen om met een bepaalde bril naar het MSVT dossier te kijken en op deze wijze de relevante aspecten voor de organisatie goed uit te diepen.

2.2 Onderzoeksvragen

Vanuit bronnenonderzoek en vanuit de empirie wordt de volgende vraag beantwoord:

1. Welke beleidsmatige ontwikkelingen en tendensen zijn er te duiden ten aanzien van MSVT?

Vanuit de empirie wordt de volgende vraag beantwoord:

2. Hoe kan TR vanuit het perspectief van businessmodellen een impuls geven aan de organisatie van hoogcomplexen MSVT?

Er wordt vertrokken vanuit de assumptie dat het relevant is de ontwikkeling van hoogcomplexen MSVT een impuls te geven. Deze vraag wordt echter nog wel kritisch beschouwd in de conclusie/discussie.

2.3 Afbakening

Met name blijvende uit deelvraag 2 wordt hier gekozen voor een brede verkenning van de (on)mogelijkheden op het gebied van hoogcomplexen MSVT. De afbakening tot hoogcomplexen MSVT is gemaakt na het bronnenonderzoek, omdat er belangrijke signalen zijn dat MSVT in de toekomst zal worden beperkt tot hoogcomplexen MSVT. Door verzekeraars worden daar nu al prikkels voor gegeven door de tarieven van laagcomplexen MSVT onder het AWBZ tarief te brengen. Zo wordt gestimuleerd de laagcomplexen MSVT over te dragen naar de huisarts en binnen de AWBZ te bekostigen³.

Dit onderzoek behandelt niet de concurrentieverhouding met andere partijen die MSVT aanbieden in de regio Rotterdam. Dit is vooral gelegen in het feit dat TR nog zeer beperkte concurrentie ondervindt met betrekking tot hoogcomplexen MSVT (er is één aanbieder met een beperkt aanbod in de regio en één landelijke speler die zich vooral richt op infusie van zeer dure geneesmiddelen). Dit neemt niet weg dat het vanuit strategisch oogpunt van belang is om zicht te houden op de activiteiten van deze partijen.

Zoals gesteld wordt vanuit het perspectief van businessmodellen naar het onderwerp MSVT gekeken. Daarom wordt in het volgende hoofdstuk ingegaan op literatuur rondom businessmodellen.

³ Op dit moment is 90% van de geleverde MSVT door TR te classificeren als laagcomplex. TR ontvangt hiervoor bij Achmea verzekeren (grootste verzekeraar) een MSVT tarief dat tien euro per uur lager is dan het AWBZ tarief. Er vindt geen sturing plaats vanuit TR om patiënten over te hevelen naar de huisarts. Deze ontwikkeling is financieel erg nadelig voor TR, maar vormde niet het primaire onderwerp van onderzoek. Er is een separaat advies uitgedaan naar de directie om hier maatregelen voor te treffen.

3 Organisaties en businessmodellen

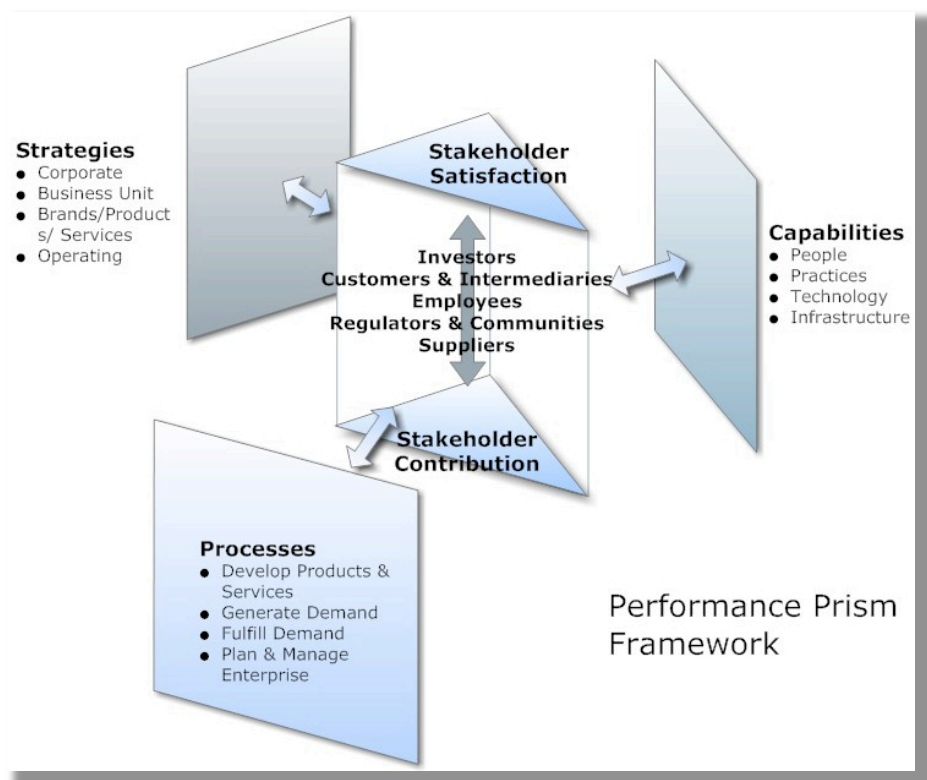
3.1 Organisaties en stakeholders

3.1.1 The performance prism

Organisaties kunnen vanuit de algemene systeemtheorie worden beschouwd als open systemen welke voortdurend in transactie staan met hun omgeving. Er zijn diverse modellen voorhanden die gebruikt kunnen worden om de positie van een organisatie binnen dit systeem te begrijpen en/of aangrijpingspunten te vinden om de prestaties van een organisatie te verbeteren. Elk instrument kent daarin haar eigen fundamentele dimensies.

Veelal dient te worden bereikt dat de *businessperformance* van een organisatie op het gewenste niveau komt of blijft. “*Business performance management* gaat over het sturen van de organisatie, zodat zij haar strategische ambities kan realiseren met het oog op verbetering van haar resultaten” (Wentink 2008, p. 20). Wentink stelt in dit verband dat *business performance* een functie is van de factoren: productiviteit, kwaliteit, flexibiliteit en innovatie. Uiteindelijk gaat het erom dat het samenspel van dit alles, optimale klantwaarde genereert. Waarbij klantwaarde kan worden gedefinieerd als “de som van de kwaliteit, het comfort en de positieve emotie, minus de prijs, overige kosten en de negatieve emotie” (Poiesz en Caris 2010).

Zoals gesteld zijn er diverse modellen voorhanden om de prestaties van een organisatie te begrijpen en te verbeteren. In deze thesis wordt de *performance prism* van Neely & Adams (2001) gebruikt. Reden hiervoor is dat dit model specifiek aandacht heeft voor de transacties met de omgeving: ofwel de *stakeholder contribution* en *stakeholder satisfaction*. Een overzicht van het model is weergegeven in figuur 1.



Figuur 1: The performance prism (afbeelding naar: Neely & Adams 2010, p. 10)

De *performanceprism* bestaat uit vijf onderdelen: *tevredenheid* van stakeholders, strategieën, processen, vaardigheden en de *bijdrage* van stakeholders. Neely & Adams (2001) stellen dat organisaties die op de langere termijn succesvol willen zijn een zeer helder beeld dienen te hebben van wie hun belangrijkste stakeholders zijn en wat deze stakeholders precies willen van de organisatie (waardepropositie). Organisaties die dit helder hebben begrepen welke processen nodig zijn om de waarde voor de stakeholder te bereiken, welke strategieën er nodig zijn om dit te doen en ze hebben gedefinieerd wat de benodigde vaardigheden zijn om de processen daadwerkelijk uit te voeren. In essentie hebben deze organisaties dus een helder businessmodel en een expliciet begrip van de bouwstenen van hoe de prestaties van een organisatie worden opgebouwd en versterkt. Verder is de bijdrage die een stakeholder kan leveren een vitaal onderdeel van het model, omdat het een helder beeld geeft van hoe de stakeholder bijdraagt aan de organisatie. Dat is een andere insteek dan wat de stakeholder van de organisatie verwacht. In bijlage 4 wordt een overzicht gegeven van de verschillende stakeholders die Neely & Adams (2001) onderscheiden, de componenten van de bijdrage die ze leveren en componenten van de tevredenheid die zij (willen) ervaren. Samenwerking met stakeholders kan op verschillende manieren worden vormgegeven, daarover gaat de volgende paragraaf.

3.1.2 Vormen van samenwerking

Organisaties kunnen om verschillende redenen kiezen voor samenwerking. Camps (2004) geeft een overzicht van de volgende motieven:

- Wet- en regelgeving
- Asymmetrie in macht
- Wederzijds belang
- Efficiëntievoordelen
- Onzekerheidsreductie en stabiliteit
- Reputatieverbetering

Wanneer er een motief is voor de samenwerking kan dit leiden tot verschillende vormen. Caris (2007, p. 78) onderscheidt diverse vormen, waarin de mate van formalisering en de mate waarin organisaties hun zelfstandigheid behouden bij de indeling respectievelijk toe- en afnemen:

- Informeel overleg
- Samenwerkingsverband
- Overeenkomst
- Alliantie
- Ketenvorming (verticaal en horizontaal)
- Joint venture
- Fusie (besturenfusie, juridische fusie)
- Integratie

Het voert te ver voor het doel van deze thesis om de vormen hier separaat nader uit te diepen.

De *performanceprism* en de samenwerkingsvormen zijn een perspectief om de relatie met de omgeving te begrijpen, analyseren en voor wat betreft de samenwerkingsvormen in zekere zin ook te wijzigen/borgen. Het is echter interessant om op een meer concreet niveau te beschouwen hoe waarde kan worden gecreëerd, geleverd en behouden voor klanten. Literatuur rondom businessmodellen is in deze context daarom relevant. Dit komt in het volgende deel aan de orde.

3.2 Businessmodellen

3.2.1 Het academische concept businessmodel

In de periode 1995 tot 2010 zijn er volgens Amit et al. (2011) ten minste 1177 artikelen gepubliceerd over businessmodellen in academische *peer-reviewed* tijdschriften. Opvallend in de literatuur is dat er zeer veel definities in omloop zijn. Amit et al. (2011) kwamen tot het overzicht in tabel 1, waarbij niet de definities van Osterwalder (2005 en 2010) worden meegenomen. Dit terwijl deze wetenschapper een van de meest gebruikte tools heeft ontwikkeld voor het beschrijven van een businessmodel: het *business model canvas*. Vanuit deze gedachte is de definitie van Osterwalder toegevoegd.

Auteur(s)	Definitie
Timmers (1998)	The businessmodel is 'an architecture of the product, service and information flows, including a description of the various business actors and their roles; a description of the potential benefits for the various business actors; a description of the sources of revenues' (p. 2)
Amit & Zott (2001 & 2010)	The businessmodel depicts 'the content, structure, and governance of transactions designed so as to create value through the exploitation of business opportunities (2001, p. 511). De auteurs hebben later hun definitie aangescherpt, omdat transacties activiteiten met elkaar verbinden. Ze kwamen in 2010 (p. 216) tot de volgende definitie: 'A system of interdependent activities that transcends the local firm and spans its boundaries'.
Chesbrough & Rosenbloom (2002)	The businessmodel is 'the heuristic logic that connects technical potential with the realization of economic value' (p. 529).
Magretta (2002)	Businessmodels are 'stories that explain how enterprises work'. A good businessmodel answers Peter Drucker's age old questions: Who is the customer? And: What does the customer value? It also answers the fundamental questions every manager must ask: How do we make money in this business? What is the underlying economic logic that explains how we can deliver value to customers at an appropriate cost? (p.4)
Morrist et al. (2005)	A businessmodel is a 'concise representation of how an interrelated set of decision variables in the areas of venture strategy, architecture, and economics are addressed to create sustainable competitive advantage in defined markets' (p. 727). It has six fundamental components: Value proposition, customer, internal processes/competencies, external positioning, economic model, and personal/investor factors.
Osterwalder (2005 & 2010)	'A businessmodel is a conceptual tool that contains a set of elements and their relationships and allows expressing the business logic of a specific firm. It is a description of the value a company offers to one or several segments of customers and of the architecture of the form and its network of partners for creating, marketing, and delivering this value and relationship in capital, to generate profitable and sustainable revenue streams. In 2010 heeft Osterwalder gekozen voor een meer generieke definiëring: 'A businessmodel describes the rationale of how an organization creates, delivers and captures value'.
Johnson et al. (2008)	Businessmodels 'consist of four interlocking elements, that, taken together create and deliver value' (p. 52). These are customer value proposition, profit formula, key resources and key processes.
Casadesus-Masanell & Ricart (2010)	'A businessmodel is a reflection of the firm's realized strategy' (p. 195).
Teece (2010)	'A businessmodel articulates the logic, the data and other evidence that support a value proposition for the customer, and a viable structure of revenues and costs for the enterprise delivering that value' (p. 179).

Tabel 1 (mede gebaseerd op Amit et al. 2011, p. 1024)

Het overzicht laat zien dat de definities op een continuüm variëren van zeer algemeen (waaronder Margretta, 2002; en Casadesus et al., 2010) tot meer specifiek (waaronder Osterwalder, 2005; en Teece, 2010).

Amit et al. (2011) concluderen in hun omvangrijke literatuurstudie dat de kennis rondom businessmodellen zich langs drie lijnen ontwikkelt, te weten: (1) businessmodellen in relatie tot E-business en het gebruik van informatietechnologie in organisaties, (2) businessmodellen in relatie tot strategische issues zoals waardecreatie, competitief voordeel en de prestaties van organisaties en (3) business modellen in relatie tot technologische innovatie en het managen van deze innovaties. Voor het doel van deze thesis zal nader worden ingegaan op businessmodellen in relatie tot strategische issues. Immers is het doel van deze thesis het vinden van antwoorden op het strategische issue hoe er een impuls kan worden gegeven aan de ontwikkeling en organisatie van MSVT. Het accent ligt daarmee niet op technologische innovaties, E-business modellen en informatietechnologie.

3.2.2 Business modellen en strategische issues

Er is sterke overeenstemming in de literatuur dat het bij businessmodellen vooral draait om klantgerichte waardecreatie (Chesbrough & Rosenbloom 2002; Mansfield & Fourie 2004). Casadesus-Masanell & Ricart (2011) stellen dat het bij deze waardecreatie niet alleen gaat om de afnemer van de onderneming, maar ook over toeleveranciers en/of andere stakeholders. Door deverticalisatie heeft een toenemend aantal ondernemingen te maken met zogeheten *double sided markets* (Osterwalder 2010), waarin de onderneming als het ware de spil is tussen partijen. In die gevallen moet de klantwaardepropositie aantrekkelijk zijn voor verschillende belanghebbenden, maar wel zo dat deze partijen van de betreffende onderneming afhankelijk zijn (Evans & Schmalensee 2007). Binnen de gezondheidszorg zien we deze complexiteit ook, aangezien de betalende partij (zorgverzekeraar of zorgkantoor) veelal niet dezelfde is als de afnemende partij (cliënt/patiënt). Inkoopcriteria van verzekeraars kunnen andere criteria zijn dan die cliënten belangrijk vinden. Er moeten dus meerdere belangen worden gediend.

Een businessmodel omvat ook het patroon van de economische uitwisseling met externe partijen (Amit & Zott 2009); het brengt de essenties van de waardepropositie in beeld voor de verschillende stakeholders en ook de activiteiten die de onderneming verricht om de waarde te creëren en te bezorgen bij hun cliënten (Seddon et al. 2004). Het zegt ook iets over *hoe* de waarde wordt verkregen en *wie* hem (in welke vorm) ontvangt.

Een businessmodel dient volgens Amit et al. (2011) niet te worden gezien als een lineair mechanisme om waarde te creëren van leveranciers richting de onderneming en uiteindelijk richting de klant. Waardecreatie door businessmodellen omvat een complexe set van transacties en activiteiten rondom verschillende partijen. Een businessmodel is ook niet hetzelfde als een product-markt strategie of de strategie van een organisatie. Richardson (2008) stelt dat een businessmodel verklaart hoe de activiteiten van een onderneming samen ervoor zorgen dat de strategie wordt uitgevoerd en dat daarmee de brug tussen strategieformulering en implementatie wordt geslagen. Osterwalder (2010) stelt dat het businessmodel een *blueprint* is voor de strategie die geïmplementeerd moet worden. In aanvulling op Richardson en Osterwalder & Pigneur stellen Casadesus-Masanell et al. (2011) dat strategie verwijst naar het contingente plan over de businessmodellen die kunnen worden ingezet. Het woord contingent is hierbij cruciaal; een strategie bevat voorzorgen tegen diverse mogelijke ontwikkelingen waarvan men niet weet of ze zich werkelijk zullen voordoen. Denk aan initiatieven van concurrenten of gebeurtenissen in de omgeving met grote gevolgen. Iedere organisatie heeft een businessmodel, maar niet iedere organisatie heeft een strategie, ofwel: een actieplan gericht op omstandigheden die zich wellicht kunnen voordoen.

Een businessmodel kan echter ook niet worden gereduceerd tot issues die met name over alleen de interne organisatie gaan. Het gaat verder dan de grenzen van de organisatie omdat het ook

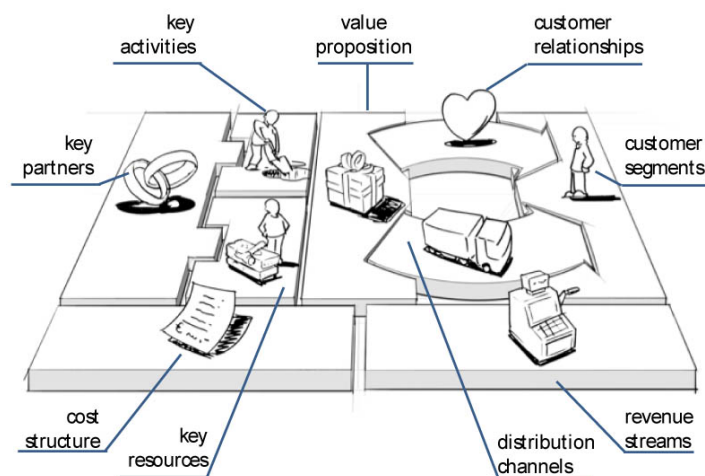
de relaties, verhoudingen en transacties met stakeholders omvat en zoals eerder aangegeven ook de economische verhoudingen.

Een businessmodel kan een *vehikel* zijn voor innovatie, maar ook het *onderwerp* zijn van innovatie (Amit 2011). Chesbrough (2003) introduceerde in dit licht de term 'open innovatie' als een type van innovatie waarbij organisaties, in plaats van te steunen op interne ideeën om te innoveren, over hun grenzen heen kijken om zowel in- als externe bronnen te hebben voor nieuwe ideeën. Een concept dat hier mee samenhangt is *collaborative entrepreneurship*. Dat is het creëren van iets van economische waarde wat is gebaseerd op nieuwe samen gegenereerde ideeën die ontstaan door het delen van informatie en kennis (Miles et al. 2006, p. 2).

3.2.3 De elementen van een business model

Wetenschappers variëren sterk in de mate waarin zij na definiëring van het concept business model, daadwerkelijk gestalte geven aan een concrete (modelmatige) uitwerking hiervan. Een korte bespiegeling van verschillende auteurs is opgenomen in bijlage 5.

In deze thesis wordt het business model canvas van Osterwalder & Pigneur (2010) gehanteerd, met als belangrijkste reden dat zij de meest uitgebreide en concrete uitwerking geven. Daarnaast is het model in co-creatie ontstaan in de praktijk – meer dan 470 betrokkenen hebben meegewerkt aan het gedachtegoed – waardoor het een hoge toepasbaarheid kent. Het *business model canvas* is weergegeven in figuur 2.



Figuur 2: Osterwalder & Pigneur, 2010 (p. 18 en 19)

De elementen van het *business model canvas* worden in tabel 2 kort toegelicht.

<i>Klantsegment</i> Welke specifieke klant(groepen) worden bediend? Welke klant(groepen) zijn de meest belangrijke?	<i>Waardepropositie</i> Welke onderscheidende waarde wordt geboden? Welke problemen worden opgelost voor de klant(groep)?
<i>Distributiekkanalen</i> Op welke manier kunnen klanten het aanbod kopen en verkrijgen? Hoe willen ze bereikt worden?	<i>Klantrelaties/relatiemanagement</i> Op welke manier verwacht de klant dat contact met hen wordt onderhouden? Welke manier is voor elk segment het meest bruikbaar en rendabel?
<i>Inkomstenstromen</i> Voor welke waarde willen klanten betalen? Waar betalen ze nu voor? Hoe zouden ze willen betalen? Hoeveel draagt iedere inkomstenstroom bij aan de totale inkomsten?	<i>Belangrijkste bronnen om waarde te kunnen creëren</i> Welke fysieke, intellectuele, menselijke en financiële bronnen zijn nodig om de waardepropositie te kunnen leveren? Wat is nodig om de distributiekkanalen, klantrelaties en opbrengstenstromen succesvol te kunnen laten werken?
<i>Sleutelprocessen</i> Welke sleutelactiviteiten en -processen zijn nodig om de waardepropositie uit te voeren? Hoe worden de processen georganiseerd m.b.t. de distributiekkanalen, klantrelaties en opbrengstenstromen succesvol te laten werken?	<i>Sleutelpartners</i> Wie zijn de belangrijkste partners? Wie zijn de belangrijkste leveranciers? Welke sleutelactiviteiten worden door partners uitgevoerd? Welke bronnen ontvangen we van partners?
<i>Kostenstructuur</i> Wat zijn de belangrijkste kosten? Welke bronnen zijn het meest kostbaar? Welke sleutelactiviteiten kosten het meeste geld?	

Tabel 2: elementen business model canvas

Osterwalder & Pigneur (2010) stellen dat met het invullen van de genoemde elementen van het canvas het mogelijk is om een nieuw businessmodel te ontwikkelen, ofwel een bestaand businessmodel te innoveren.

Het *business model canvas* is met name bedoeld om de discussie te structureren over hoe organisaties een werkende propositie kunnen hebben. Het businessmodel is daarmee een blauwdruk voor een strategie die volgens Osterwalder en Pigneur (2010) geïmplementeerd kan worden via structuren, processen en systemen van organisaties. Hier wordt ook duidelijk dat het *businessmodel canvas* en de *performance prism* deels overlappende concepten zijn. Zij zijn echter ook aanvullend. In de volgende paragraaf wordt hier bij stil gestaan.

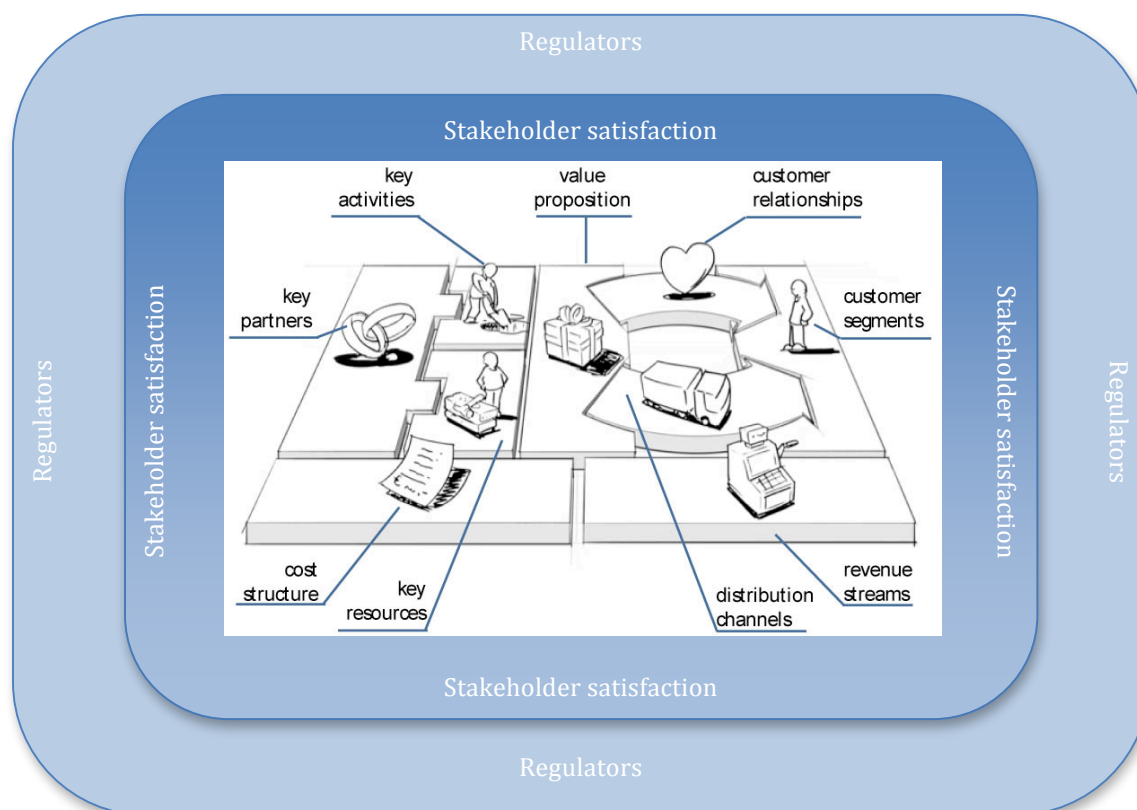
3.3 The performance prism en businessmodel canvas

De perspectieven van de *performance prism* en het *businessmodel canvas* worden in deze paragraaf gecombineerd. De *performance prism* brengt een dieper inzicht in de relevante stakeholders die van invloed zijn op een organisatie. De stakeholders krijgen een beperkte plaats in het *businessmodel canvas*. Allereerst staat de klant centraal als belangrijkste stakeholder. De overige stakeholders komen aan bod, maar alleen vanuit het perspectief wat zij bijdragen aan het verwerkelijken van de *value proposition* voor de klant. Niet voor wat betreft hun belangen, welke leiden tot hun (individuele) tevredenheid zoals in de *performance prism* wel aan de orde komt.

Naast de betrokken stakeholders zijn in de gezondheidszorg ook regelgevende instanties (*regulators*) en de bekostigende instanties van zeer grote invloed. Dit kwam reeds aan de orde over de discussie met betrekking tot *double sided* markets. De kritische lezer zou kunnen stellen dat de meeste stakeholders die Neely & Adams (2001) noemen een plaats zouden kunnen krijgen in het *canvas*. Maar voor *regulators* biedt het model van Osterwalder & Pigneur geen ruimte. Dit is enerzijds logisch omdat het businessmodel in interactie met het strategisch proces tot stand komt waarin de belangen en externe ontwikkelingen bij of van dergelijke partijen wel worden meegenomen. De elementen *investors*, *employees* en *suppliers* hebben wel een plaats in het *businessmodel canvas*, maar niet vanuit de dimensie *stakeholder satisfaction*. Voor *customers & intermediaries* staat wel de tevredenheid in de vorm van het creëren van klantwaarde centraal.

Vanwege voorgaande wordt ervoor gekozen om beide perspectieven ten dele te combineren. Het model van Osterwalder wordt omsloten door de dimensie *regulators* en de stakeholder *satisfaction* dimensie wordt eveneens toegevoegd. De zijvlakken van de *performance prism* worden verlaten; de *capabilities*, *processes* vloeien voort uit het *businessmodel canvas* en zoals Osterwalder (2010) stelt is het businessmodel een *blueprint* van de strategie (rondom de klant).

De combinatie van beide modellen is weergegeven in figuur 3.



Figuur 3: Businessmodel canvas gecombineerd met aspecten van performance prism

Het businessmodel is binnen de bedrijfswetenschappen verworpen tot een nieuwe *unit of analysis*. Het geeft een systeemperspectief op hoe een organisatie zaken doet waarbij buiten de gebaande organisatiegrenzen wordt gekeken en waarin niet alleen wordt beschouwd hoe waarde kan worden gecreëerd, maar ook hoe dit kan worden behouden/verkreken (Zott et al. 2011).

Nu de theoretische basis is gelegd wordt in het volgende hoofdstuk de methode toegelicht waarmee getracht wordt de vragen uit deze thesis te beantwoorden.

4 Methodische benadering

Voor de beantwoording van de deelvragen wordt gekozen voor een kwalitatief onderzoek in de vorm van een casestudy. Er wordt gekozen voor een kwalitatieve insteek omdat er gezocht wordt naar achterliggende factoren die bevorderend of juist belemmerend werken in relatie tot de organisatie/opzet van MSVT, zowel inhoudelijk als op beleidsmatig niveau. Van deze factoren is geen goed beeld en dit dient te worden verkregen. Het gaat dus met name om het achterhalen van het 'hoe' en 'waarom'. Explorerend onderzoek leent zich hier het beste voor.

Binnen de casestudy wordt gekozen voor een methodische triangulatieaanpak (Baarda et al. 2005). Er worden namelijk gegevens verzameld op verschillende manieren te weten:

1. Documentenanalyse;
2. Semigestructureerde interviews;
3. Een werkconferentie met een ziekenhuis rondom MSVT.

De verschillende methoden worden hierna kort uitgewerkt.

4.1 Documentenanalyse

De documentenanalyse wordt met name ingezet om te achterhalen hoe de landelijke stakeholders tegenover de ontwikkelingen staan rondom MSVT (deelvraag één). Vertaald vanuit het model van Neely & Adams (2001) is het doel hier om zicht te krijgen op de perspectieven van de *regulators* (beleidsbepalende organen) en *investors* (verzekeraars). Voor het documentenonderzoek zijn 21 bronnen geraadpleegd (zie bronnenlijst) en geanalyseerd. Het betreft hier vanzelfsprekend de relevante informatie voor zover deze betrekking heeft op MSVT of substitutie van tweede naar eerstelijnszorg. Er werd gewerkt vanuit de landelijke beleidsbepalende organen (VWS, NZa) naar het lokale niveau (Inkoopdocument Achmea Zorgverzekeraar), dit wordt nader toegelicht in paragraaf 5.1. Op basis van alle bronnen wordt geanalyseerd welke beleidsmatige ontwikkelingen en tendensen er te duiden zijn ten aanzien van de specialistische verpleging in de thuissituatie. Hierbij wordt ook op hoofdlijnen in beeld gebracht hoe het landelijke stakeholdersveld zich op dit moment tot het dossier specialistische verpleging in de thuissituatie verhoudt. Er is binnen het bronnenonderzoek tevens gebruik gemaakt van een verslag van een landelijke werkconferentie rondom MSVT welke in juni 2012 plaatsvond. Dit verslag is in een interview toegelicht en bevatte belangrijke informatie over de houding van diverse stakeholders ten aanzien van MSVT. Let wel, dit document staat los van de data die is verzameld tijdens de werkconferentie in een ziekenhuis (paragraaf 4.3).

4.2 Semigestructureerde interviews

Interviews zijn gehouden met verschillende doeleinden. Een deel van de interviews was aanvullend op het documentenonderzoek en dienden met name ter beantwoording van deelvraag één. Daarnaast zijn interviews gehouden om deelvraag twee te kunnen beantwoorden. Er werden in totaal 19 interviews gehouden met een gemiddelde duur van 60 minuten. Er is gekozen voor *convenience sampling* en gezocht naar respondenten vanuit drie invalshoeken (totaaloverzicht is opgenomen in bijlage 6). De eerste groep respondenten is te classificeren als direct betrokkenen bij het hartfalenproject vanuit het Havenziekenhuis en TR (6 respondenten). Zij kennen de gang van zaken rondom MSVT goed. De tweede groep respondenten hebben relevante kennis/expertise vanuit het perspectief van businessmodellen (bijvoorbeeld verstand van de kostenstructuur/inkomenstromen) en zijn werkzaam in de betrokken organisaties (in totaal 7 respondenten). De derde groep bestaat uit 3 mensen die geheel los staan van het project en de

betrokken organisaties maar soortgelijke functies hebben als die van de eerste twee groepen. Dit laatste is met name gedaan om eventuele tactisch georiënteerde antwoorden in het licht van de te bereiken voordelen voor de individuele betrokken organisaties te kunnen toetsen aan de reactie van respondenten die geen enkel belang kennen. De vierde groep bestaat uit *regulators* (3 respondenten hebben deelgenomen van de 5 die benaderd waren). Op deze manier wordt verdere diepgang bereikt en kunnen de laatste ontwikkelingen worden meegenomen in dit onderzoek. Op basis van het theoretisch kader en documentenonderzoek zijn gerichte topiclijsten per functionaris gemaakt. Dit verhoogt de betrouwbaarheid van het onderzoek. Altijd vormden de, volgens figuur 3, samengevoegde elementen van Osterwalder (2010) en Neely & Adams (2001) de basis van de topiclijst, maar werden afhankelijk van het type functionaris ook meer gerichte vragen gesteld. Een voorbeeld topiclijst is opgenomen in bijlage 7. De interviews hadden door het gebruik van de topiclijst een semigestructureerd karakter.

Omdat er verschillende typen respondenten werden geïnterviewd is er sprake van data-triangulatie. Na toestemming van de respondent werden van de interviews geluidsopnames gemaakt en na het gesprek schriftelijk uitgewerkt. Op deze wijze was het altijd mogelijk om terug te gaan naar de primaire data. Voor de analyse is in eerste instantie gebruikt gemaakt van *constructed codes* (Boeije 2008). De categorieën van de topiclijsten vormden de codes waaronder de reacties van respondenten zijn geschaard. Zaken die wel werden genoemd, maar niet onder deze codes konden worden gebracht zijn apart behandeld en door *open coding* gecodeerd, zodat deze data niet verloren gaat omdat zij relevant kan zijn voor het onderzoek. Om de intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid te vergroten is het coderingsproces doorlopen met een tweede persoon. De onderzoeker stelde per respondent de code vast en liet dit proces tevens uitvoeren door een tweede persoon. Bij afwijkingen is gediscussieerd over de code en vervolgens in alle gevallen overeenstemming bereikt.

4.3 Werkconferentie MSVT en 1,5 lijnszorg

De laatste manier van gegevensverzameling was de deelname (en bijdrage) aan een drie uur durende werkconferentie 'MSVT en 1,5 lijnszorg' in het Sint Franciscus Gasthuis (SFG) in Rotterdam. Tijdens deze conferentie waren 23 personen aanwezig vanuit het SFG, TR en Vierstroom (zie bijlage 6) en zijn er aantekeningen gemaakt door de onderzoeker. Tijdens de werkconferentie werden presentaties gegeven door twee medewerkers van TR over de mogelijkheden van MSVT en door twee medewerkers van Vierstroom. De vragen, reacties en discussies die ontstonden met de zaal waren rijk aan informatie over de opvattingen, zorgen en kansen die er liggen rondom MSVT en 1,5 lijnszorg.

4.4 Betrouwbaarheid en validiteit

Naast de opmerkingen die reeds zijn gemaakt in paragraaf 4.2 over de betrouwbaarheid en validiteit kan nog gesteld worden dat zowel gebruik is gemaakt van methodetriangulatie (bronnen, interviews en deelname werkconferentie) als datatriangulatie (verschillende oorsprong van respondenten binnen de interviews).

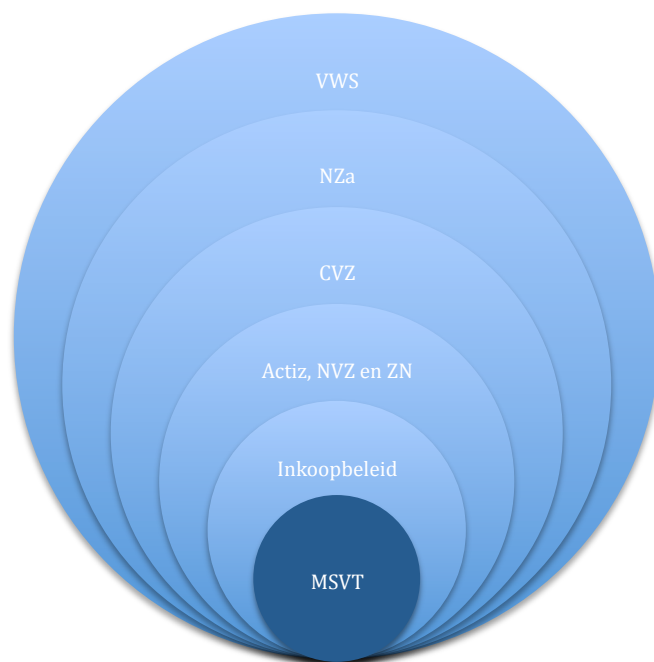
5 Resultaten

In dit hoofdstuk staan de resultaten centraal. Dit hoofdstuk is geclusterd rondom de deelvragen.

5.1 Beleidsmatige ontwikkelingen en tendensen

In deze paragraaf wordt het antwoord gegeven op de vraag: Welke beleidsmatige ontwikkelingen en tendensen zijn er te duiden ten aanzien van MSVT? In figuur 3 (uit paragraaf 2.3) begeven we ons in de buitenste schil.

Zoals aangegeven wordt hier geput uit de relevante beleidsdocumenten van *regulators*, daarnaast worden ook de meest recente inzichten uit interviews met *regulators* en *investors* gebruikt. De ontwikkelingen worden in beeld gebracht van landelijk naar meer lokaal niveau, zoals is weergegeven in figuur 4. Er is voor gekozen om de documentenanalyse separaat weer te geven. Vervolgens wordt dit aangevuld met de inzichten vanuit de interviews (par. 5.1.2) zodat er een compleet beeld is van de in figuur 4 aangegeven partijen.



Figuur 4

5.1.1 Documentenanalyse

5.1.1.1 Landelijke ontwikkelingen

Ministerie van Volksgezondheid, welzijn en sport (VWS)

De beleidsdoelstellingen van de minister van VWS en de staatssecretaris bij aanvang van de kabinetsperiode in oktober 2010 zetten grofweg in op: preventie, decentralisatie van zorg, het versterken van nulde en eerste lijn en het intensiveren van de samenwerking tussen en binnen verschillende domeinen van zorg (VWS 2011a; VWS 2011b).

Uit de kamerbrief 'Zorg en ondersteuning in de buurt' (VWS 2011c) wordt duidelijk dat de overheid mensen eerst zelf aan zet acht wanneer het gaat om de verantwoordelijkheid voor hun

gezondheid. In dit verband wordt een piramide geschetst (figuur 5) waarbij samenwerking en samenhang tussen de verschillende lagen van de zorgpiramide van essentieel belang wordt gevonden. Dit omdat er veelal geen sprake is van volgtijdelijkheid en mensen uit verschillende lagen tegelijkertijd zorg krijgen geleverd. Daarnaast is het van belang dat mensen niet onnodig lang zorg en ondersteuning uit de top van de piramide ontvangen, maar weer teruggeleid worden naar de eerste- of nuldelijn.



Figuur 5 (VWS 2011c, p. 2)

Onder druk van met name de beheersbaarheid van de zorgkosten is het uitgangspunt dat de gezondheidszorg dichtbij wordt georganiseerd waar mogelijk, gespecialiseerd waar dat moet en geconcentreerd waar het niet anders kan (VWS 2011a). In dit licht wordt ook gesproken over taakherschikking. Er moet worden voorkomen dat zorg onnodig lang door een te dure professional wordt geleverd. Door de wettelijke verankering van de rol van verpleegkundig specialisten zijn er randvoorwaarden gecreëerd om hier in toenemende mate gestalte aan te geven.

De minister zet ook in op 'meer dynamiek' (VWS 2011a) tussen patiënten, verzekeraars en aanbieders. Voorbeelden die in dit verband worden genoemd zijn de overgang van de uitvoering van de AWBZ naar de zorgverzekeraars. Deze ontwikkeling is op dit moment echter controversieel verklaard blijkende uit de tweede 'voortgangsrapportage hervorming langdurige zorg' (VWS 2012a). Onder druk van deze beweging verwacht de minister dat er scherper wordt ingekocht voor de eigen verzekerden op zowel kwaliteit als prijs.

Van zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij in samenhang zorg contracteren en dat daarmee wordt voorkomen dat verrichtingen dubbel plaatsvinden en dubbel bekostigd worden. Verzekeraars worden risicodragend voor zowel de eerste als de tweedelijnszorg. Hierdoor krijgen zij een prikkel om de zorg zoveel mogelijk daar te laten plaatsvinden waar dat het meest doelmatig is. Het kabinet verwacht dat dit ook een prikkel vormt voor verzekeraars om steviger dan voorheen in te zetten op een sterkere eerstelijns.

Een laatste relevante ontwikkeling vanuit het ministerie van VWS is het voornemen om zorg nog meer te belonen op basis van prestatie. Door het uitbreiden van prestatiebekostiging wordt dit gestimuleerd (VWS 2011a). Er komt tevens een onderzoek naar resultaatfinanciering voor de extramurale zorg. Dit is een belangrijke ontwikkeling, omdat tot op heden geïndiceerde uren worden afgegeven en bekostigd; het resultaat speelt een ondergeschikte rol.

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en College voor Zorgverzekeringen (CVZ)

De NZa heeft tot haar taak het maken van goed werkende zorgmarkten en vervolgens het bewaken ervan. De NZa houdt toezicht op het gedrag van alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars op zowel de curatieve als langdurige zorgmarkt en kijkt of zij de wet naleven. In juni 2012 bracht de NZa een advies uit over de bekostiging van de huisartsenzorg en geïntegreerde zorg (NZa 2012b). In juli 2012

adviseerde de NZa de minister over substitutie van zorg (NZa 2012c) en eind 2011 volgde een advies rondom taakherschikking (NZa 2011a). Hier wordt kort stilgestaan bij enkele kernpunten uit deze documenten.

- Advies taakherschikking

Kern van het advies is dat er nog verdere taakherschikking mogelijk is binnen de algemene ziekenhuizen (NZa 2011c). Men stelt voor regelgeving aan te passen zodat onder andere verpleegkundig specialisten en physician assistants meer mogelijkheden krijgen om activiteiten te verrichten in het kader van (de registratie rondom) DBC's en DOT's. Op dit moment zijn er barrières die deze vormen van taakherschikking in de weg staan.

- Advies substitutie

In het advies (NZa 2012c) staat centraal hoe de substitutie tussen de medisch specialist en huisarts verder gestalte kan krijgen. De NZa stelt dat er al vele mogelijkheden zijn voor substitutie, waaronder het gebruik maken van de prestaties: geïntegreerde eerstelijns zorgproducten (GEZ), integrale bekostiging van multidisciplinaire chronische aandoeningen, overige zorgproducten (O(V)P's) en de beleidsregel innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties. Bij de zorginkoop kan gestuurd worden op substitutie door bijvoorbeeld te sturen op selectieve inkoop, prijs en volume. Daarnaast kunnen kwaliteitsafspraken gemaakt worden met aanbieders. De NZa constateert dat er een tweetal knelpunten zijn voor substitutie in de huidige bekostiging. Ten eerste ontbreekt een declaratietitel voor de consultatie van de medisch specialist door de huisarts (wat zou kunnen voorkomen dat een patiënt te vroeg wordt doorverwezen). Ten tweede kunnen de verschillende bekostigingssystemen binnen de huisartsenzorg en ziekenhuiszorg een belemmering vormen. De systemen zijn moeilijk vergelijkbaar en onvoldoende transparant, aldus de NZa.

- Advies bekostiging huisartsenzorg en geïntegreerde zorg

In het advies (NZa 2012b) wordt door de NZa vier mogelijke modellen voor de bekostiging geschetst. Te weten: de zorgvraag centraal, het resultaat centraal, de keuzevrijheid centraal en kostenbeheersing centraal. De huisarts neemt een centrale plaats in en de bekostiging is hier dan ook omheen georganiseerd. Dit bijt met de principes van geïntegreerde zorg waardoor dit niet goed van de grond zou komen, aldus de NZa. Het model 'zorgvraag centraal' gaat uit van de bekostiging van modules voor alle geïntegreerde zorg voor chronisch zieken, ongeacht de aandoening. Het model 'resultaat centraal' gaat uit van beperkte regulering door de NZa en stimuleert lokale partijen maatwerkafspraken te laten maken en daarbij resultaten centraal te stellen die passen bij een lokale zorgbehoefte en gezondheidsdoelen. In het derde model staat de keuzevrijheid centraal, waardoor de toegankelijkheid wordt vergroot. De kern van de bekostigingsoptie is dat zorgactiviteiten functioneel worden beschreven. De vierde optie is 'kostenbeheersing centraal'. Hier wordt in het systeem kostenbeheersing vooraf mogelijk gemaakt. Echter, het bevat zeer beperkte prikkels voor samenwerking en geïntegreerde zorg.

- Regelgeving rondom medisch specialistische verpleging thuis (MSVT)

De NZa is tevens verantwoordelijk voor de ontwikkeling van regelgeving rondom medisch specialistische verpleging thuis. Daar dit reeds behandeld is in de inleiding wordt hier verder niet op ingegaan.

Het CVZ (2012) heeft een uitspraak gedaan over de bekostiging van ZVw versus AWBZ zorg bij instellingen zonder verblijf. Met deze brief is duidelijk geworden wanneer er sprake is van MSVT en wanneer er sprake is van AWBZ zorg. Als een medisch specialist eindverantwoordelijk blijft in de thuissituatie voor de cliënt is er sprake van MSVT, in alle andere gevallen dient er een AWBZ indicatie

te worden aangevraagd. Het CVZ heeft ook de regie genomen in het onderscheid tussen hoogcomplex en laagcomplex MSVT en de normtijden, dit kwam al eerder aan de orde in de inleiding.

5.1.1.2 Brancheverenigingen

- Actiz

Actiz (de brancheorganisatie van onder andere thuiszorgorganisaties) communiceert in haar algemene visiedocumenten geen standpunt ten aanzien van MSVT. Wel doet zij in enkele documenten verslag van relevante ontwikkelingen en nemen zij standpunten in. Zo kwam, in de algemene ledenvergadering van Actiz op 11 november 2011 (Actiz 2011a), aan de orde dat verzekeraars graag zouden zien dat ziekenhuizen MSVT gaan inkopen bij thuiszorgorganisaties in plaats van de zorgverzekeraars. Actiz verzet zich in de landelijke lobby hier tegen.

Omwille van de beperkte hoeveelheid beschikbare informatie vanuit Actiz is er een senior beleidsmedewerker geïnterviewd. Dit heeft het inzicht in het landelijke speelveld aanzienlijk vergroot. In paragraaf 5.1.2 wordt dit verder toegelicht.

- Nederlandse vereniging van ziekenhuizen (NVZ)

De NVZ (NVZ 2009) verwacht dat patiënten meer partner worden in het zorgproces. Zorg zal in toenemende mate thuis plaatsvinden en bij chronische aandoeningen zal telemonitoring een vlucht nemen. Men gelooft in meer focus en specialisatie voor ziekenhuizen. Er zullen volgens de NVZ meer allianties komen tussen allerlei partijen, waarbij kennisdeling en het gebruik van ieders expertise als belangrijkste *drivers* worden gezien. Ketenzorg en samenwerkingsverbanden tussen de eerste en tweede lijn zorgen voor een toename in kwaliteit en doelmatigheid. Volgens de NVZ zullen er meer zorgaanbieders ontstaan die tussen de eerste en tweede lijn in opereren.

De NVZ en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra zijn verder van mening dat, uit het oogpunt van patiëntgerichtheid, de ontwikkeling van ziekenhuisverplaatste zorg met kracht voortgezet moet worden (NVZ 2012). Er wordt geen standpunt ingenomen ten aanzien van de wijze van inkoop van MSVT en de rol van ziekenhuizen in relatie tot thuiszorgorganisaties.

- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

De visie van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is afgeleid uit een verslag van een landelijke werkconferentie rondom MSVT, welke is verkregen en toegelicht tijdens een interview met de beleidsfunctionaris van Actiz. Om die reden is e.e.a. verder opgenomen in paragraaf 5.1.2.

5.1.1.3 Inkoopbeleid Achmea⁴ Zorgkantoor/Zorgverzekeraar

De inkoop van MSVT is landelijk gezien een punt van veel discussie. De prestatiebeschrijving MSVT vanuit de NZa bestaat formeel vanaf 2010. Daarvoor werden de complexe handelingen op verzoek van de medisch specialist in de thuissituatie onder de AWBZ gedeclareerd (functie verpleging). In 2009 gold een overgangsregeling en vanaf 2010 vindt declaratie plaats binnen de Zorgverzekeringswet (NZa 2010). Eind 2010 meldden een deel van de zorgverzekeraars deze zorg voortaan in te willen kopen bij de ziekenhuizen (Actiz 2011b). Met het idee dat de ziekenhuizen op hun beurt weer MSVT inkopen bij de thuiszorgorganisaties. Belangrijk argument hiervoor is dat de verantwoordelijkheid bij de behandelaar in het ziekenhuis ligt en daarmee de kwaliteitsborging in één hand komt te liggen. Tot op heden is echter de zorginkoop nog rechtstreeks via de thuiszorgaanbieders verlopen. Binnen het AWBZ inkoopbeleid van Achmea Zorgkantoor (2012a)

⁴ Achmea is uitvoerder voor de zorgkantoorfunctie en de grootste zorgverzekeraar in de regio Rotterdam.

worden geen criteria opgenomen ten aanzien van MSVT, in de inkoopgesprekken komt de MSVT wel aan de orde. Er wordt een individuele overeenkomst tussen verzekeraar en thuiszorgaanbieder gesloten voor de levering van MSVT. Er is geen inkoopbeleid beschikbaar vanuit de zorgverzekeraarszijde op het gebied van MSVT.

In een nieuwsbericht (Achmea 2012) laat Achmea weten vanaf 2013 voor de laagcomplex MSVT te willen inkopen bij alle thuiszorgaanbieders met een contract voor AWBZ verpleging in de thuissituatie. Voor hoogcomplex MSVT willen zij selectief contracteren met één of twee aanbieders die hoogspecialistische verpleegkundige teams hebben en kunnen voldoen aan alle eisen (zoals 24-uurs beschikbaarheid en binnen 30 minuten ter plaatse kunnen zijn bij de cliënt). Andere verzekeraars hebben hier nog geen stelling in genomen. Dit wordt in paragraaf 5.1.2 nader toegelicht.

Samenvatting

Vanuit het landelijke beleid (regulators) wordt duidelijk dat er sterk ingezet wordt op zorg in de eerste lijn. Met name om de zorg terug te brengen naar de buurten om zo duurdere zorg te voorkomen. Nieuwe beroepsbeoefenaren zoals verpleegkundig specialisten zullen een belangrijke rol gaan spelen bij verdere taakherschikking. Daarnaast wordt de rol van de wijkverpleegkundige verder versterkt. Men wil de financieringsstromen beter op elkaar afstemmen en zorgen voor extra prikkels voor verzekeraars om zorg zo geïntegreerd als mogelijk en goedkoop als mogelijk te organiseren. Er wordt onderzocht of er meer gewerkt kan worden naar een model van resultaatfinanciering. Het belang van het verder ontwikkelen van MSVT wordt door de NVZ onderschreven. Er zijn nog discussies gaande over wie MSVT idealiter zou moeten inkopen (ziekenhuizen bij thuiszorgorganisaties of zorgverzekeraars bij thuiszorgorganisaties).

5.1.2 Interviews

In deze paragraaf worden de inzichten uit documentbronnen aangevuld met de meest recente ontwikkelingen vanuit interviews. Op hoofdlijnen blijken dit discussies/problemen in relatie tot: het tarief, de wijze van inkoop en bij wie de uitvoering ligt. Deze zaken worden hier nader uitgediept.

5.1.2.1 Tariefdiscussie

Landelijk is er een discussie gaande over de tarifiering van MSVT. Thuiszorgorganisaties stellen samen met Actiz dat het tarief voor hoogcomplex MSVT, wat dus op dit moment vanuit de Zvw wordt betaald, niet kostendekkend is. Door de flinke reisafstand i.v.m. regionale functie (alleen tijd 'achter de voordeur' wordt vergoed), het ingezette deskundigheidsniveau (veelal gespecialiseerd verpleegkundigen) en de scholing die nodig is, is een tarief van 125 euro per uur noodzakelijk. Dit terwijl er op dit moment een tarief van 75,48 euro kan worden gedeclareerd. Actiz is tot dit bedrag gekomen na een doorrekening in overleg met de thuiszorgaanbieders. In gesprekken tussen Actiz en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is gepoogd te komen tot een nieuw tariefvoorstel bij de NZa. Echter door verdeeldheid bij de achterban van ZN rondom het MSVT dossier is er geen draagvlak voor het gezamenlijk indienen van een tariefvoorstel. Sinds 8 november 2011 ligt er dan ook een eenzijdig verzoek vanuit Actiz om te komen tot een kostendekkend tarief. Anderzijds heeft ZN een eenzijdig tariefverzoek ingediend waarin wordt voorgesteld het tarief voor hoogcomplex MSVT op 75,48 euro te handhaven en voor laagcomplex MSVT het tarief voor reguliere verpleging binnen de AWBZ te handhaven. Er is nog geen voortgang op dit dossier. Ook al wordt er een hoger tarief vastgesteld door de NZa, dan betreft dit nog steeds een maximumtarief. Het staat verzekeraars altijd vrij om tegen een lager tarief in te kopen en zorgaanbieders staat vrij om hier al dan niet mee akkoord te gaan. De NZa heeft reeds vooruitlopend op formele landelijke publicatie laten weten dat er voor 2013 geen hoger

tarief zal worden vastgesteld. Verder geven zij aan nog geen acties te hebben ingepland op dit dossier (zoals bijvoorbeeld een nader kostprijsonderzoek).

Voor thuiszorgorganisaties is het vanuit financiële optiek niet interessant om flinke impulsen te geven aan de ontwikkeling van MSVT (ofwel substitutie). Ondanks beperkt inzicht in de kostprijs, zijn respondenten van mening dat het een verlieslatend product is. Wel wordt genoemd, ook door managers en verpleegkundigen, dat het aanbod veel goodwill kweekt bij ziekenhuizen en daarmee een effect zou hebben op de toeleiding van reguliere patiënten. Hier is echter geen onderzoek naar gedaan.

Achmea heeft in 2012 ervoor gekozen het tarief voor laagcomplex MSVT ruim 10 euro onder het AWBZ tarief voor verpleging te brengen. Dit was niet onderhandelbaar voor TR. Hierdoor ontstaat een prikkel om laagcomplex MSVT om te zetten naar reguliere AWBZ zorg onder verantwoordelijkheid van de huisarts. Voor hoogcomplex MSVT hanteert Achmea het NZa maximumtarief van 75,48 euro. Opvallend is dat alle andere zorgverzekeraars waarmee TR een contract heeft gesloten wel in beide gevallen hetzelfde maximumtarief hanteren. Door deze ontwikkeling komt de houdbaarheid van het specialistisch team verder onder druk te staan, aldus de respondenten.

Er zijn respondenten die zich afvragen of MSVT niet een vorm is van dubbele bekostiging. Wanneer een behandeling thuis wordt voortgezet op verzoek van de medisch specialist worden de kosten separaat gedeclareerd binnen de Zvw terwijl de DOT de behandelcomponent lijkt te bevatten die vervolgens thuis wordt uitgevoerd en daarvoor – zeker wanneer de systematiek van functiegerichte budgettering geheel verlaten wordt – inkomsten ontvangt. Dit roept de vraag bij respondenten op of ziekenhuizen inderdaad niet onderaannemers moeten selecteren om de DOT zo efficiënt mogelijk te organiseren⁵. Achmea geeft aan zeer positief te zijn over de mogelijkheden van MSVT. Echter stellen zij in deze context dat het substitueren van zorg meer is dan alleen het verplaatsen van zorg van tweede naar eerste lijn. Vanuit het perspectief van de verzekeraar is het pas interessant wanneer met constructies als MSVT er uiteindelijk minder geld per verzekerde wordt uitgegeven. Wanneer ziekenhuizen vol inzetten op MSVT, maar vervolgens nieuwe activiteiten/vraag creëren binnen het ziekenhuis, schiet substitutie haar doel voorbij aldus Achmea. Een en ander hangt samen met de inkoopdiscussie.

5.1.2.2 Inkoopdiscussie

Verzekeraars zijn verdeeld over de vraag wie MSVT moet inkopen. In een vertrouwelijk verslag van een werkconferentie MSVT⁶ in juni 2012 tussen Actiz, ZN, V&VN en NFU komt naar voren dat er over drie modellen wordt gesproken: een landelijk inkoopmodel waarin ZN de MSVT inkoopt bij Actiz. Een regionaal model waarin de grootste verzekeraar inkoopt namens alle anderen bij een (samenwerkende groep van) thuiszorginstelling(en) en als laatste het model waarin de zorgverzekeraar inkoopt bij het ziekenhuis (en deze vervolgens bij de thuiszorginstellingen). In de regio Rotterdam heeft Achmea in augustus 2012 aangegeven de intentie te hebben de hoogcomplex MSVT via de ziekenhuizen te willen gaan inkopen voor het jaar 2013. De overige verzekeraars kiezen in 2013 nog voor inkoop via thuiszorgorganisaties. Dit zal leiden tot verschillende werkprocessen per verzekerde. Immers, TR zal voor de ene cliënt de rekening moeten sturen naar het ziekenhuis en voor de andere cliënt rechtstreeks bij de verzekeraar moeten declareren.

Zorgverzekeraars geven aan in het huidige inkoopmodel (via de thuiszorgorganisaties) lastig te kunnen sturen op volumes. Op dit moment spreken sommige verzekeraars (zoals CZ, Menzis)

⁵ Deze discussie hangt samen met de overheveling van de bekostiging van (bepaalde) hulpmiddelen en dure geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget die reeds heeft plaatsgevonden. Het voert voor het doel van deze thesis te ver om hier nader op in te gaan.

⁶ De onderzoeker was niet aanwezig bij de (besloten) werkconferentie maar kreeg tijdens het interview een toelichting van de uitkomst en een knelpuntenanalyse uitgereikt.

productieplafonds af met thuiszorgaanbieders. Achmea heeft geen volumebeperking opgelegd. De verzekeraars willen de volumebeheersing vergroten door de rol van de ziekenhuizen te vergroten, bijvoorbeeld door hen prikkels te geven in de indicatiestelling in het ziekenhuis. Verzekeraars zien meer sturingsmogelijkheden wanneer zij MSVT inkopen bij de ziekenhuizen. Zoals een respondent zegt:

“(...) als ik deze MSVT inkoop als onderdeel van de totale medisch specialistische zorg van het ziekenhuis dan is het beter geborgd dat het financieel niet uit de klauwen kan lopen, bovendien heb ik ook een veel eenduidiger verantwoordelijkheidspunt namelijk het ziekenhuis.”

Uit de interviews met ziekenhuismanagers en -controllers blijkt dat er nauwelijks bekendheid is over het feit dat de inkoop van MSVT binnen afzienbare tijd mogelijkwerijs zal worden ingekocht via de ziekenhuizen. De respondenten van de ziekenhuizen staan volgens eigen zeggen ‘niet te springen’ om de MSVT in te kopen. Zij worden verantwoordelijk voor de inkoop en kwaliteit wat extra werkzaamheden met zich mee brengt. Verder blijkt dat de betrokken ziekenhuizen geen interesse hebben om zelf teams op te zetten die voorzien in dit type zorg. Zij zien meer in samenwerking met partijen op dit vlak.

De inkoop binnen ziekenhuizen gebeurt nog grotendeels op parameters van de functiegerichte budgettering (zoals ligdagen, eerste polikliniekbezoeken). Er wordt op dit moment een dubbele administratie gevoerd. De ziekenhuismanagers en -controllers hebben de handen vol aan transitie naar DOT bekostiging en zijn dus niet actief bezig met voorbereidingen rondom MSVT inkoop. De impact van DOT bekostiging in relatie tot kansen op het gebied van ziekenhuisverplaatste zorg is binnen ziekenhuizen geen punt van onderzoek, met uitzondering van het hartfalenproject. MSVT vormt een zeer klein en niet materieel onderdeel van de productie binnen een ziekenhuis waardoor de aandacht hier niet sterk op is gericht.

5.1.2.3 Uitvoering van MSVT

Actiz stelt zich op het standpunt dat er gewerkt moet worden naar een model waarin alleen hoogcomplexiteit MSVT nog als MSVT wordt beschouwd en wordt uitgevoerd door thuiszorgaanbieders. Actiz vindt dat de laagcomplexiteit MSVT door de medisch specialist moet worden overgedragen aan de huisarts en onder de AWBZ moet komen te vallen. Binnen de respondenten van TR is hier geen expliciete mening over. Uit de inkoopdiscussie lijkt Achmea deze mening ook toegedaan; zij leggen immers een sterke prikkel neer om de laagcomplexiteit MSVT zo snel als mogelijk over te dragen naar de huisarts door onder het AWBZ tarief te offeren.

Zowel in de werkconferentie MSVT in het Sint Franciscus Gasthuis als in het verslag van de landelijke werkconferentie met landelijke stakeholders kwam naar voren dat partijen het van belang vinden om één aanbieder voor MSVT te selecteren per regio. Dit vanwege zowel kwaliteits- als efficiencyoverwegingen. Dit is opvallend en lijkt te bijten met de inkoopdiscussie; immers als verzekeraars de inkoop via de ziekenhuizen organiseren is het voor hen lastiger om hier op te sturen.

De geïnterviewde respondenten van ziekenhuizen zien niet voor zichzelf een zelfstandige rol weggelegd op het gebied van het organiseren van de extramurale ziekenhuisverplaatste zorg. Zij stellen meer te zien in een model van samenwerking met extramurale aanbieders. Respondenten vanuit TR en de managers van ziekenhuizen stellen dat er veel meer ziekenhuispatiënten in aanmerking zouden komen voor MSVT. De trajecten die nu lopen zouden slechts het ‘topje van de ijsberg’ zijn. Om MSVT door te ontwikkelen zouden er volgens respondenten wel betere randvoorwaarden dienen te worden gecreëerd (zie hiervoor paragraaf 5.2).

Het tarief voor MSVT leidt landelijk gezien tot discussie. Aanbieders geven aan dat het tarief voor hoogcomplexere MSVT niet kostendekkend is. Dit remt de ontwikkelingen op dit gebied. Achmea is positief over het product MSVT, maar uiteindelijk dient MSVT niet alleen te leiden tot verschuiving van de plaats van de zorg, maar ook tot beperkingen van de uitgaven aan de zorg. Achmea ontmoedigt het leveren van productie van laagcomplexere MSVT door een lager tarief te hanteren. Het is onduidelijk of MSVT (deels) moet worden gezien als een vorm van dubbele bekostiging van Zvw zorg. Duidelijk is dat oplossingen vooral worden gezocht binnen bestaande (financierings)kaders: ofwel het ziekenhuisregime, ofwel het AWBZ regime. Voor wat betreft de inkoop zijn de meningen van verzekeraars verdeeld. De dominante verzekeraar in het werkgebied van TR, zal het model van inkoop via ziekenhuizen gaan volgen. Verzekeraars zeggen te willen aansturen op selectieve inkoop door één aanbieder per regio te selecteren, echter hoe zich dit verhoudt tot de inkoop via ziekenhuizen is nog onduidelijk.

5.2 Businessmodel in relatie tot MSVT

In deze paragraaf wordt ingegaan op de vraag: Hoe kan TR vanuit het perspectief van businessmodellen een impuls geven aan de organisatie van hoogcomplexere MSVT? Het antwoord op deze onderzoeksvraag is niet verwerkt in deze paragraaf, maar in hoofdstuk 5 en 6 (conclusies en aanbevelingen). Wel zijn hier de resultaten geschetst uit de interviews welke leiden tot deze conclusies en aanbevelingen. We begeven ons aan de binnenste rand van figuur 3 (paragraaf 2.3).

Zoals toegelicht is er gebruik gemaakt van *constructed codes*. Deze paragraaf is opgebouwd rondom deze codes en geeft een zeer beknopte beschrijving van de huidige stand van zaken van ieder element van het *business model canvas*, maar ook van de problemen, kansen en mogelijkheden die er liggen op het behandelde element. Let wel: het betreft hier dus *niet* de beschrijving van 'het businessmodel' voor MSVT, maar louter de analytische clustering van de reacties van respondenten (met verschillende achtergronden) over de *elementen* van het businessmodel. Voor de volledigheid: bij de beschrijving van dit hoofdstuk worden resultaten niet geclusterd naar niveaus (bijvoorbeeld het micro-, meso- en macroniveau), omdat dit tot een grote onoverzichtelijke hoeveelheid van categorieën leidt. Deze keuze maakt dat per element de bevindingen kunnen variëren van meer operationeel tot strategisch.

5.2.1 Waardepropositie

Respondenten geven aan dat de waarde die MSVT oplevert met name ligt op het gebied van 'kwaliteit van leven' voor de patiënt. Het deels uitvoeren van behandelingen die normaal in het ziekenhuis zouden plaatsvinden scheelt opnamedagen. Patiënten vinden het volgens de respondenten veelal prettiger om in hun eigen omgeving te zijn en bijvoorbeeld niet afhankelijk te zijn van bezoektijden en een kamer te moeten delen. Zeker bij chronische patiënten is de regelmatige gang naar het ziekenhuis belastend (reistijd, maar soms ook afhankelijk van het ziektebeeld specifieke symptomen als moeheid). Voor patiënten is het belangrijk dat ze het gevoel hebben dat het thuis net zo veilig/goed is als in het ziekenhuis. De wetenschap dat er niet altijd direct iemand ter plaatse kan zijn en het feit dat bijvoorbeeld andere infuuspompen of technieken gebruikt worden, maakt dat het vertrouwen in het begin soms wankel is volgens respondenten. Dit verdwijnt echter met enkele dagen naar de achtergrond. Patiënten geven volgens geïnterviewde verpleegkundigen bijna allemaal aan blij te zijn in de thuissituatie te kunnen worden geholpen. Patiënten betalen geen eigen bijdrage voor MSVT, dit in tegenstelling tot bij AWBZ-verpleging. Vanuit de verzekeraar wordt aangegeven dat

MSVT uiteindelijk tot waarde kan hebben dat eventuele voordelen van substitutie van zorg, wanneer daadwerkelijk gekapitaliseerd, ervoor zorgen dat de premie niet verder oploopt of zelfs daalt voor patiënten.

5.2.2 Klantsegment

Op dit moment wordt hoogcomplex MSVT met name geleverd aan patiënten die behandeld worden met intraveneuze medicatie (vaak een antibioticum, maar bijvoorbeeld ook pijnstillers voor palliatieve cliënten of vochtafdrijvende middelen bij patiënten met hartfalen). Het segment zal in beginsel niet veranderen. Wel zien de respondenten kansen om veel meer patiënten thuis te helpen. Daar dit een kwalitatief onderzoek is, is niet gemeten wat de exacte verwachting is maar schattingen van respondenten gaan ervan uit dat 30 – 40 % van de ziekenhuispatiënten thuis geholpen zouden kunnen worden.

Verpleegkundigen, medisch specialisten en afdelingsartsen zijn gewend te redeneren vanuit de ziekenhuiscontext en hebben vaak geen idee over de mogelijkheden voor zorg thuis. Er liggen in die zin volgens respondenten (waaronder ook de ziekenhuismanagers) vele patiënten in het ziekenhuis die thuis behandeld zouden kunnen worden. Aangezien de specialisten medisch eindverantwoordelijk blijven voor de behandeling, geven zij aan wel een goed vertrouwen te moeten hebben in de thuiszorg voordat zij meer patiënten naar huis kunnen laten gaan. De verpleegkundig specialist i.o. noemt nog specifiek dat het hartfalenproject zich nu vooral richt op de tijd ná een ziekenhuisopname, maar dat er ook veel mogelijkheden zijn aan de voorkant van trajecten. Door vroege betrokkenheid kan de extramurale zorg een rol spelen in bijvoorbeeld leefstijladviezen, therapietrouw en instructie en voorlichting over ziekte/aandoeningen.

Ook voor patiënten met: drains, die een bloedtransfusie dienen te krijgen en voor ontwikkelingen op het gebied van telemonitoring zien respondenten uit zowel de ziekenhuizen als de thuiszorg mogelijkheden voor samenwerking met thuiszorgorganisaties.

5.2.3 Distributiekkanalen

De potentiële patiënten worden op dit moment bereikt via de transferbureaus in de ziekenhuizen. De bekendheid van het MSVT product van TR binnen transferbureaus is van belang om de brug te slaan tussen de patiënten die hier mogelijk gebruik van willen maken. Patiënten zelf kennen het aanbod veelal niet en zijn daarin afhankelijk van betrokkenen in het zorgproces (verpleegkundige, afdelingsarts, medisch specialist, transferbureau) die de mogelijkheden kennen van de thuiszorg. Respondenten denken dat er - zoals reeds gesteld - daarom nog veel meer patiënten in aanmerking zouden komen als het product beter bekend zou zijn.

Een ander kanaal is dat de verpleegkundig specialist in het betrokken project de patiënten zelf ziet op de poli en klinische afdeling, waardoor de patiënt direct wordt bereikt. De uiteindelijke levering van de MSVT vindt plaats in de thuissituatie en komt dus naar de patiënt toe (dit is onderdeel van de waardepropositie).

5.2.4 Klantrelaties/relatiemanagement

Respondenten geven aan dat wanneer de patiënt is overgenomen van het ziekenhuis, de patiënt rechtstreeks kan bellen met de betrokken verpleegkundigen van het specialistisch team bij vragen of problemen. De patiënt heeft een vaste contactpersoon vanuit TR. Vanuit het ziekenhuis blijft de medisch specialist verantwoordelijk voor de behandeling van de patiënt en kan worden geraadpleegd via de poliklinieken.

5.2.5 Inkomstenstromen

De zorgverzekeraar bekostigt de activiteiten. Er is sprake van gescheiden financiering. De thuiszorgaanbieder ontvangt een tarief van de verzekeraar voor de verrichtingen in het kader van MSVT. De ziekenhuizen ontvangen een eigen tarief (DOT, maar nu nog veelal functiegericht budget) voor de behandeling van de patiënt. Zoals reeds aan de orde kwam zal de bekostigingssystematiek gaan wijzigen en integraal worden ingekocht bij ziekenhuizen. Dat betekent voor ziekenhuizen dat zij de zorg zelf moeten organiseren of inkopen bij de thuiszorgorganisatie(s). DOT deskundigen geven aan dat het interessant is om goed te kijken wat de gemiddelde ligduur is van een zorgproduct. Hierop is namelijk het tarief gebaseerd voor het ziekenhuis. Wanneer de ligduur kan worden verkort, scheelt dit kosten voor het ziekenhuis. Er dient dan wel op gelet te worden dat de ligduur niet zo wordt verkort dat de patiënt in de DOT uitvalt naar een (zeer) goedkoop zorgproduct⁷. Vanuit die optiek vinden vooral respondenten met een financiële achtergrond het van belang dat er wordt samengewerkt met verzekeraars om projecten rondom MSVT een impuls te geven, want: “het systeem van bekostiging is niet perfect en kent prikkels die een negatieve invloed kunnen hebben”. De verzekeraar geeft aan dat substitutie van zorg pas goedkoper is, als er daadwerkelijk (poli)klinische capaciteit voor wordt ingeleverd. Dat is een zeer belangrijk uitgangspunt voor verzekeraars. Verzekeraars willen investeren in dergelijke trajecten, maar dan dient dit uitgangspunt door alle partijen onderschreven te worden.

Respondenten van de ziekenhuizen geven in deze context aan dat het eerder naar huis laten gaan van patiënten inderdaad ook financiële nadelen kan hebben als dit tot gevolg heeft dat de bedden te weinig gevuld zijn. Dit is met name van toepassing in de functiegerichte budgettering zoals nu overwegend van kracht is. Verder hebben ziekenhuismanagers het idee dat een verdere impuls aan MSVT alleen kan werken als de medisch specialisten niet in hun inkomen worden aangetast omdat zij hier “zeer gevoelig” voor zijn. Medisch specialisten geven aan dat het “uiteindelijk voor iedereen interessant moet zijn” om binnen dergelijke constructies te werken. De thuiszorgaanbieders stellen dat er ruimte in een DOT zit, maar vragen zich af of het ziekenhuis genegen is deze deels af te staan aan de thuiszorg door daar zorg in te kopen. Ziekenhuizen geven aan dat de belangen van ziekenhuizen en medisch specialisten op de korte termijn niet groot zijn om omzet af te staan naar de thuiszorg of zelfs in te leveren bij de verzekeraar. Wanneer de DOT systematiek geheel is geïmplementeerd is dit belang groter. Respondenten uit ziekenhuizen stellen dan ook dat het hartfalenproject “mooi op tijd is om ervaring mee op te doen”.

Al met al is de inkomstenstroom een van de meest zorgelijke thema's volgens de respondenten voor de verdere ontwikkeling van MSVT/ziekenhuisverplaatste zorg.

5.2.6 Benodigde bronnen voor waardecreatie

Menselijke

Binnen het huidige model wordt gewerkt met BIG geregistreerde verpleegkundigen die de zorg thuis vormgeven, medisch specialisten als behandelverantwoordelijke en medewerkers van het bureau nazorg van ziekenhuizen. Binnen het hartfalenproject is er een nieuwe functionaris aanwezig: de verpleegkundig specialist (VS). Medisch specialisten zijn hier positief over. Het geeft het vertrouwen dat complexe patiënten op een verantwoorde wijze thuis geholpen kunnen worden en delen van de behandeling onder coördinatie van de VS kunnen plaatsvinden.

⁷ De DOT systematiek kent een financiering op basis van beslisbomen. In deze beslisbomen maakt de ligduur van de patiënt ook een onderdeel uit voor welke route de patiënt loopt in de beslisboom. Zo kan het voor ziekenhuizen financieel voordeliger zijn om een patiënt die vijf dagen is opgenomen een dag langer op het bed te houden, omdat in de nieuwe systematiek het ziekenhuis bij een patiënt die zes dagen verblijft een (fors) hoger tarief ontvangt. De DOT systematiek kent daarmee ook een perverse prikkel

Tevens werd duidelijk dat het ziekenhuis is georganiseerd rondom specialismen en de extramurale zorg rondom handelingen (bijvoorbeeld clustering van verpleegkundigen die de technische infuushandelingen doen). Respondenten geven unaniem aan dat er in beginsel geen verdere specialisatie nodig is van de verpleegkundigen die de extramurale zorg leveren wanneer gericht wordt bijgeschoold en er wordt gewerkt met protocollen/zorgpaden. Dit in tegenstelling tot in de ziekenhuizen waar verpleegkundigen vaak gericht in één specialisme worden doorgeschoold. Wel stellen respondenten dat de opzet en ontwikkeling van verdere (transmurale) zorgpaden gestalte zou moeten krijgen rondom ziektebeelden en in intensieve samenwerking met maatschappen van medisch specialisten. Een generieke formule zou volgens respondenten niet zomaar werken, omdat er sprake moet zijn van vertrouwen tussen de verwijzend specialist en de thuiszorg.

Fysiek

De juiste infuuslijnen, infuuspompen, accu's en andere infusiehulpmiddelen dienen bij de start thuis aanwezig te zijn. Op dit moment verloopt dit verre van vlekkeloos. Standaardprocedures en uniforme afspraken met ziekenhuizen en verzekeraars ontbreken. Verder dient een MSVT formulier en een uitvoeringsverzoek vanuit de medisch specialist beschikbaar te zijn. De logistiek rondom dit proces verloopt verre van optimaal en is "een doorn in het oog" volgens zowel ziekenhuisrespondenten als thuiszorgrespondenten. Daarnaast dienen de vloeistoffen en medicamenten aanwezig te zijn. Er wordt samengewerkt met de huisapotheek van de patiënt, dit zorgt ervoor dat deze vaak niet goed op de hoogte zijn van de (on)mogelijkheden in de thuissituatie en het veel tijd en energie kost om snel over de goede materialen te beschikken. De teams die thuis werken dienen over een auto te kunnen beschikken (met carkit) en een mobiele telefoon. Er dient te worden voorzien in een goede oplossing voor dubbele controle voor toediening van medicatie (eis van de Inspectie voor de Gezondheidszorg). Respondenten geven aan dat de dubbele controle op afstand die nu plaatsvindt via foto's niet afdoende is. De ideale situatie volgens respondenten is de situatie waarin de activiteiten kunnen worden vastgelegd in een (transmuraal) EPD waardoor in het ziekenhuis de informatie direct geraadpleegd kan worden en vice versa.

Intellectueel

Respondenten geven aan dat de ziekenhuizen veelal hun eigen protocollen meegeven en eisen dat deze worden opgevolgd. Er zit daarnaast ook veel kennis "in de hoofden van verpleegkundigen" aldus een respondent. De uitvoerende verpleegkundigen van TR vinden dat er te weinig is geïnvesteerd in bijscholing. Zij zien dit als een essentiële voorwaarde om kwalitatief verantwoorde zorg te kunnen leveren. Respondenten missen transmurale samenwerkingsafspraken. Respondenten vinden dat er meer gestandaardiseerd moet en kan worden. Bijvoorbeeld door standaardbenodigdheden en werkwijze bij een bepaalde indicatie te beschrijven. Een transmuraal zorgpad zou ook bijdragen aan de verdere ontwikkeling van MSVT. Respondenten zien dit vooral rondom ziektebeelden geclusterd. Verder zouden de respondenten graag zien dat deze zaken online te benaderen en eenvoudig in te vullen zijn voor de transferbureaus, zodat zij gefaciliteerd worden in het ontslagproces, dat is nu een grote *hick-up* in het proces.

Financieel

Respondenten geven aan dat, om een slag te maken in de organisatie van MSVT, additionele investeringen nodig zijn. Bijvoorbeeld voor scholing en de ontwikkeling van afspraken en tools om het ontslagproces te vereenvoudigen. Verder is er binnen de huidige bekostigingsregels van de AWBZ geen ruimte voor bekostiging van een verpleegkundig specialist (VS). TR heeft deze functionaris in dienst, maar kan slechts het verpleegkundig uurtarief declareren terwijl een VS aanzienlijk hoger is ingeschaald gezien de grotere verantwoordelijkheden. In de ideaalsituatie zouden investeringen

nodig zijn in een EPD waarmee zoals gezegd ziekenhuis en thuiszorgorganisatie met elkaar kunnen communiceren.

5.2.7 Sleutelprocessen

Respondenten zijn zeer uitgebreid ingegaan op de sleutelprocessen die georganiseerd zijn. Er komen talloze operationele bottlenecks aan bod.

MSVT komt pas in beeld wanneer een patiënt met ontslag gaat. Wanneer een patiënt met infuuspomp naar huis wil, is het noodzakelijk om de MSVT documenten in te vullen. Dit is zeer arbeidsintensief, omdat er continu geschakeld moet worden met de medisch specialist maar ook met de verpleegkundigen van TR omdat zij weten wat wel/niet thuis mogelijk is in de zin van: welke medicatie wel/niet vergoed wordt in de thuissituatie, welke infuuspompen en -lijnen het beste werken bij welk type indicatie, of omdat de patiënt in het ziekenhuis bijvoorbeeld zes giften per 24 uur kreeg van het middel, maar dit in de thuissituatie niet haalbaar is. Het ontslagproces vereenvoudigen zou enorme winst opleveren:

“Ik [verpleegkundig specialist i.o.] heb nu eens meegelopen bij dat transferbureau. Het kostte ons zes uur tijd om een patiënt ontslagen te krijgen voordat alles geregeld was. Als we dat oplossen wordt de stroom naar de thuiszorg veel groter.”

Als het ontslagproces is voltrokken krijgt de patiënt veelal medicatie mee uit het ziekenhuis, maar dient de lokale apotheek dit voor de volgende toedienmomenten te verzorgen. Deze neemt de farmaceutische zorg over. Dit levert veel problemen op. Het is lastig om alle lokale apotheken (ongeveer 140) op de hoogte te brengen van de afspraken rondom infuustherapie. Dit zou verbeterd dienen te worden. Een respondent ziet veel in het samenwerken met één apotheek, zodat alles op voorraad is en snel en deskundig kan worden uitgeleverd.

Een ander sleutelproces is uitwisseling van informatie tussen ziekenhuis en thuiszorg wanneer de behandeling wordt overgenomen. Bij afwijkingen wordt gebeld met de specialist. Veelal is deze niet zelf bereikbaar en wordt met de dienstdoende medisch specialist of art-assistent overleg gepleegd. Er zijn problemen met de bereikbaarheid in de avonduren en nachten. Soms komt het voor dat er door ziekenhuizen wordt verwezen naar de huisartsenpost, terwijl de specialist medisch verantwoordelijk is. Dit dient te worden georganiseerd. Andersom geldt dat het ziekenhuis soms wijzigingen in het (medicatie)beleid dient door te geven aan de thuiszorgverpleegkundigen, maar dat thuiszorgverpleegkundigen niet altijd goed bereikbaar zijn. Dit omdat zij zowel uitvoerende taken doen alsook de frontoffice zijn voor de ziekenhuizen en dit niet altijd te verenigen is.

De toediening in de extramurale zorg gebeurt door één verpleegkundige terwijl in de ziekenhuizen bij intraveneuze medicatietoedieningen twee verpleegkundigen de te infuseren medicamenten controleren. De huidige inrichting van de dubbele controle door middel van foto's die worden uitgelezen in een zorgcentrale, werkt niet geheel naar tevredenheid, omdat de deskundigheid van degene die controleert te laag is naar mening van de thuiszorgverpleegkundigen. Dit is echter wel een verplicht sleutelproces vanuit IGZ eisen.

5.2.8 Sleutelpartners

Als belangrijkste sleutelpartners worden de medisch specialist, het ziekenhuis, de thuiszorgverpleegkundige, de thuiszorgaanbieder, de huisarts, de verzekeraar(s) en de apotheker genoemd.

Opvallend is dat de samenwerking tussen partijen rondom MSVT op geen enkele wijze is geborgd, er is alleen een verwijzrelatie in de vorm van een uitvoeringsverzoek. Een uitzondering

hierop vormt het contract van TR met de verzekeraars. Tussen ziekenhuizen en TR is vrijwel niets vastgelegd en wanneer dit incidenteel het geval is, betreft het vaak zorginhoudelijke aanwijzingen op het MSVT formulier. Geen overstijgende afspraken over verantwoordelijkheden, bevoegdheden en/of kwaliteitscriteria.

Voor de uitgifte van de medicatie is de apotheker tevens van belang. De huisarts van de patiënt dient goed geïnformeerd te worden omdat de behandeling zich anders geheel buiten het zicht van de huisarts voltrekt. In het hartfalenproject speelt de VS i.o. een essentiële rol omdat hij het vertrouwen geniet van de medisch specialisten en als linking-pin fungeert tussen de thuiszorg en het ziekenhuis.

De huisarts speelt volgens respondenten bij hoogcomplexiteit MSVT een beperkte rol, omdat deze door de medisch specialist geïnformeerd wordt over de behandeling.

5.2.9 Kostenstructuur

De personele kosten zijn zeer bepalend voor de uitvoering van de MSVT, aldus de controllers van de ziekenhuizen en TR. Voor de verzekeraar vormen de consulten/opnames, medicatie en infuusbenodigdheden een belangrijke kostenpost. Alle kosten worden op dit moment fragmentarisch door de individuele partijen gedragen. Er is geen inzicht in de kostprijs van het huidige model of het wenselijke model van organiseren. Zoals eerder aan de orde kwam zijn de respondenten van TR van mening dat de hoogcomplexiteit MSVT niet kostendekkend geleverd kan worden door het tarief wat hier nu voor staat. Een eigen onderzoek hiernaar heeft TR nooit gedaan.

Daarnaast zijn er, zoals gesteld, investeringen nodig in menskracht om de samenwerkingsafspraken te maken en vast te leggen, zorgpaden te ontwikkelen, de financiering van de zorg en het ontslagproces (met ICT) te faciliteren. Deze kosten kennen een deels structureel karakter waardoor zij in dit onderdeel van het businessmodelcanvas tevens terugkomen.

Samenvatting

Er zijn vele issues gedefinieerd die een efficiënt en kwalitatief optimaal (transmuraal) proces rondom MSVT in de weg staan. Respondenten stellen dat hier veel verbeteringen mogelijk maar ook nodig zijn. Er wordt geen optimale klantwaarde geleverd, er is sprake van discontinuïteit in de zorg. Wat betreft de kostenstructuur en inkomstenstromen wordt e.e.a. binnen bestaande organisaties en regelgeving georganiseerd. Het belang voor medisch specialisten en ziekenhuizen om op korte termijn sterk in te zetten op MSVT is niet groot, dit neemt toe wanneer de DOT bekostiging volledig operationeel is. Er zijn in die context wel zorgen over negatieve financiële gevolgen voor medisch specialisten en ziekenhuizen. De exacte kostprijs (en rendement) van de huidige wijze van organiseren is onbekend en een declaratietitel voor de verpleegkundig specialist in de thuiszorg ontbreekt. De samenwerking rondom MSVT is gebaseerd op met name spontane verwijzingen, vooral de samenwerking tussen ziekenhuizen en TR kent nauwelijks enige mate van formalisatie.

Kijkend naar de deelvraag die centraal staat in deze paragraaf moet geconcludeerd worden dat deze nog niet geheel beantwoord is. In paragraaf 5.3 wordt daarom een verdiepende analyse gedaan waarbij de inzichten uit paragraaf 5.1 en 5.2 worden gekoppeld aan de literatuur.

5.3 Analyse

De belangrijkste stakeholders die betrokken zijn rondom het MSVT dossier zijn de patiënt, ziekenhuizen, thuiszorgorganisaties en de verzekeraars. Neely & Adams (2001) stellen dat het van eminent belang is om de belangen van stakeholders goed te kennen om hier vervolgens op in te spelen. Zij spreken in deze context van *stakeholder contribution* en *stakeholder satisfaction*. In tabel 3

is weergegeven welk belang er op basis van dit onderzoek kan worden gedefinieerd. We begeven ons aan de binnenste schil van het model van figuur 3 (paragraaf 2.3). Als uitgangspunt is de verdere ontwikkeling van MSVT genomen bij het invullen van de cellen.

Tevreden als (Stakeholder satisfaction)	Stakeholder	Draagt bij (Stakeholder contribution)
Kostendekkend en verdere groei	Thuiszorgorganisatie	Infrastructuur MSVT (mensen, middelen, processen enz.)
Minder totale kosten (ZVW)	Verzekeraar	Investerings
Efficiencyvoordelen bereiken, maar geen inkomstenverlies	Ziekenhuizen	Patiënten, medische eindverantwoordelijkheid
Kwaliteit van leven (niet naar het ziekenhuis), veilig	Patiënt	<i>Onbekend</i> ⁸

Tabel 3: Overzicht tevredenheid en bijdrage stakeholders

Kijkend naar de inzichten van Osterwalder & Pigneur (2010), moet geconstateerd worden dat de waardepropositie van de klant in de bestaande constructie van MSVT niet centraal staat. Er wordt sterk vanuit de bestaande (separate) domeinen geredeneerd. Het ziekenhuis en de thuiszorgorganisatie plooiën hun organisaties lichtelijk rond de klant om te komen tot een verantwoord aanbod. Het aanbod zelf is echter suboptimaal zoals ook blijkt uit de uitwerking van onder andere de sleutelprocessen. In essentie hanteert het ziekenhuis haar eigen businessmodel, met daarin de focus op de eigen prestaties. De thuiszorgaanbieder doet hetzelfde. De verzekeraar speelt een marginale rol, maar heeft zoals duidelijk wordt wel een groot belang: het beperken van de kosten. Teruggrijpend op de inzichten van klantwaarde kan gesteld worden dat het model niet is ingericht vanuit deze klant. De componenten van het businessmodel zijn fragmentarisch of niet optimaal georganiseerd. De sleutelprocessen, inkomstenstromen, kostenstructuur enzovoorts zouden er anders uitzien wanneer vertrokken wordt vanuit de patiënt. Hier wordt in de aanbevelingen nader op ingegaan. Het lijkt er sterk op dat het voortzetten van de activiteiten vanuit de eigen domeinen en mogelijkheden geen oplossingen gaan geven voor een impuls aan MSVT.

Een complicerende factor is de *double sided market* (Osterwalder 2010). Kijkend naar tabel 3 zien we een spanning ontstaan tussen het belang van de verzekeraar, het ziekenhuis en de thuiszorgaanbieder. Het ziekenhuis (c.q. medisch specialist) wil geen inkomstenverlies, de verzekeraar wil minder totale kosten en de thuiszorg wil meer inkomsten om kostendekkend te kunnen opereren. Evans & Schmalensee (2007) stellen dat de klantwaardepropositie dus aantrekkelijk moet zijn voor verschillende belanghebbenden en wel zo dat deze belanghebbenden van de betreffende onderneming afhankelijk zijn. Vraag is dan hoe dit zou kunnen. Wanneer de patiënt zelf zou betalen voor de waarde die het aanbod vertegenwoordigt om thuis verpleegd te worden ontstaat een perverse prikkel voor klinische behandelingen. De thuiszorgorganisaties zitten relatief vast in het huidige model wanneer de assumptie van het niet kostendekkend zijn van het leveren van MSVT, wordt doorgetrokken. De ziekenhuizen zien de druk toenemen om goedkoper te behandelen en minder klinisch te doen en willen de invloed van verzekeraars beperken. De verzekeraars willen substitutie bereiken om kosten te drukken. Vraag is wie de rekening betaalt.

Het lijkt er sterk op dat de druk van verzekeraars richting ziekenhuizen zal toenemen om de behandelingen in het ziekenhuis goedkoper te maken. Het geven van een impuls aan MSVT kan voor

⁸ Alhoewel de bijdrage van patiënten in zou kunnen bestaan uit loyaliteit en positieve mond-tot-mondreclame (en daarmee mogelijk groei) is dit niet onderzocht. Om die reden is deze cel leeg gelaten.

ziekenhuizen een strategisch voordeel opleveren bij verzekeraars. Met name wanneer ontwikkelingen als selectieve inkoop een verdere impuls krijgen zullen verzekeraars geneigd zijn te gaan voor goede kwaliteit in relatie tot een redelijke prijs. Er vanuit gaande dat MSVT een (veel) goedkopere zorgvorm is dan klinische opname, maakt het tot een interessant perspectief. Zoals reeds aangegeven zou het ook een interessant perspectief kunnen zijn voor patiënten; wanneer thuisbehandeling mogelijk is bij het ene ziekenhuis, maar niet bij anderen zouden patiënten wellicht geneigd zijn over te willen stappen naar het ziekenhuis wat dit wel kan aanbieden.

Verzekeraars geven aan te willen investeren in de ontwikkeling van MSVT wanneer dit leidt tot lagere kosten. Zoals duidelijk werd zijn investeringen nodig om te komen tot een gedegen uitgewerkt en geïmplementeerd businessmodel. Verbeteringen in de processen zijn onontbeerlijk. Vraag is of het verstandig is om te komen tot een businessmodel waarin de verzekeraar een belangrijke rol speelt of dat ziekenhuizen en thuiszorginstelling samen moeten kijken hoe zij tot een goed model kunnen komen en vervolgens een propositie hebben voor de verzekeraar. Het inzicht voor deze marktspeler blijft dan relatief beperkt wat past bij een meer concurrerende verhouding. Maar er dient ook ruimte te worden geboden door de verzekeraar om te kunnen experimenteren. In de aanbevelingen wordt hier nader op ingegaan.

Relateren we een en ander aan de besproken theorie van Camps (2004), dan zien we dat de *macht* van de ziekenhuizen tegenover de thuiszorgaanbieders fors kan toenemen door de veranderende inkoopverhoudingen. Aan de andere kant is er ook een *wederzijds belang* voor goede samenwerking wanneer de DOT bekostiging in ogenschouw wordt genomen en de borging van de potentiële markt voor TR (*onzekerheidsreductie*). Daarnaast zijn er mogelijkheden voor *reputatieverbetering*, voor zowel TR als de ziekenhuizen. Al met al zijn er veel aanleidingen om de samenwerking te intensiveren. De samenwerking op dit moment kan op basis van de indeling van Caris (2007) nu worden geclassificeerd als een samenwerking gebaseerd op informeel overleg en in sommige gevallen een samenwerkingsverband. Een samenwerkingsverband van een hoger geformaliseerd niveau kan tegemoet komen aan het meer op een lijn krijgen van de (financiële) belangen van ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties. Verder kan dit een impuls geven aan de winst die in kwaliteit te boeken is. Hier wordt in hoofdstuk 7 nader op ingegaan.

6 Conclusies

In dit hoofdstuk wordt teruggegrepen op de onderzoeksvraag. De conclusies worden hier rond geclusterd. Tevens komt de assumptie aan de orde waaruit werd vertrokken, namelijk dat het interessant is een impuls te geven aan de organisatie van hoogcomplexen MSVT.

6.1 Deelvraag 1: Welke beleidsmatige ontwikkelingen en tendensen zijn er te duiden ten aanzien van MSVT?

- MSVT is een product dat geheel past binnen de visie van de beleidsbepalende organen. Het feit dat TR een verpleegkundig specialist aantrekt past ook in deze beweging.
- Hoe de inkoop van MSVT zal gaan verlopen is onzeker, maar naar het zich volgens de laatste ontwikkelingen laat aanzien zal MSVT onderdeel worden van de zorginkoop bij ziekenhuizen. Dit impliceert dat TR een andere verhouding krijgt met de ziekenhuizen. Wanneer er geen andere keuzes worden gemaakt ontstaat er een onderaannemersverhouding.
- De brancheverenigingen (Actiz, NVZ, NFU, ZN) zien het meeste in een regionale aanpak van de organisatie en uitvoering van MSVT waarbij één aanbieder verantwoordelijk is en er bij één aanbieder wordt ingekocht (selectieve inkoop). Dit bijt echter met de verwachting dat MSVT in de toekomst bij de ziekenhuizen zal worden ingekocht. Hierdoor is het aannemelijk dat ziekenhuizen wat betreft inkoop hun eigen koers varen. Het is onduidelijk of er door landelijke partijen, ondanks deze ontwikkeling, extra prikkels worden ingezet op selectieve inkoop bij één partij.
- Respondenten geven aan dat veel meer patiënten eerder met ontslag zouden kunnen uit het ziekenhuis. Er zit potentie in de markt van hoogcomplexen MSVT. Deze potentie is binnen dit onderzoek echter niet gekwantificeerd.

6.2 Deelvraag 2: Hoe kan TR vanuit het perspectief van businessmodellen een impuls geven aan de organisatie van hoogcomplexen MSVT?

Voorgaande conclusies maken helder dat het voor TR interessant is een impuls te geven aan de verdere ontwikkeling/organisatie van de MSVT wanneer wordt gekeken naar de landelijke ontwikkelingen. Wel dient dit in samenhang te worden gezien met onderstaande:

- Er is geen inzicht in de exacte kostprijs bij TR voor de levering van MSVT. Er is geen inzicht in de (nu al gerealiseerde en nog te verwachten) besparingen voor bijvoorbeeld de totale kosten per ziektebeeld die gerealiseerd worden wanneer MSVT wordt geleverd in samenwerking met ziekenhuizen. Ook de financiële effecten van sterk inzetten op MSVT voor ziekenhuizen en maatschappen zijn niet bekend. Op korte termijn is het belang voor ziekenhuizen en maatschappen beperkt. Wanneer de DOT systematiek geheel is ingevoerd neemt het belang, om de klinische opnamedagen onder het DOT gemiddelde te brengen, sterk toe.
- Er is geen (integraal) businessmodel voor MSVT waarin de patiënt met zijn aandoening centraal staat en waarin met de belangrijkste partijen wordt gekomen tot de ontwikkeling van een aanbod wat uitgaat van maximale waarde voor de patiënt. Betrokkenen redeneren vooral vanuit eigen domeinen en belangen (*stakeholder satisfaction*), maar kunnen elkaar ook goed gebruiken om optimale waarde te kunnen leveren (*stakeholder contribution*). De huidige organisatie van MSVT kent vele (operationele) issues die een efficiënt en kwalitatief

optimaal proces in de weg staan. Respondenten zien de kansen en mogelijkheden, maar er zijn voorwaarden nodig die moeten worden ingevuld en dilemma's waarvoor oplossingen moeten worden gevonden om een verdere impuls te geven.

Het mag duidelijk zijn dat de mate waarin het huidige model van de levering van MSVT al dan niet kostendekkend is ook mede bepalend is voor de impuls die er kan/moet worden gegeven aan MSVT. Vanuit de antwoorden op deelvraag 1 is het zeer gelegitimeerd, echter inzicht in de kosten- en inkomstenstructuur ontbreekt. Een impuls geven is aangewezen, maar weloverwogen opereren op basis van correcte informatie is van belang. In de aanbevelingen komt dit verder aan de orde.

7 Aanbevelingen & uitvoerbaarheid aanbevelingen

Terugkijkend op de probleemstelling ontbeerde TR inzicht in het dossier MSVT. Zij kende de belangen en wensen van de ziekenhuizen en andere relevante partijen onvoldoende om hier vervolgens op in te spelen. Er was geen helder beeld van de landelijke beleidsontwikkelingen rondom MSVT en het was niet duidelijk welke uitvoeringsproblemen en -vraagstukken er lagen. Inmiddels is het inzicht flink vergroot. Vraag is nu hoe er verder kan worden gegaan met het MSVT dossier binnen TR. Tegen deze achtergrond wordt gekomen tot de volgende aanbevelingen.

7.1 Aanbevelingen

- **Bereken kostprijzen en vergroot inzicht op inkomstenstroom**

Het is van belang dat er spoedig inzichtelijk wordt gemaakt wat de kostprijs is voor de levering van hoogcomplexe MSVT door TR in haar huidige vorm. Op dit moment staat de aanneme centraal dat het tarief niet kostendekkend is, maar dit dient te worden gestaafd. Inzicht in de kostprijzen is relevant voor de beschouwing van de eigen positie van TR en daarmee samenhangend het tempo van de ontwikkeling die nodig en wenselijk is. Daarnaast is het relevant om de financiële positie te kennen voor de gesprekken met de ziekenhuizen die verder zullen plaatsvinden.

Verder zijn doorrekeningen noodzakelijk voor wat betreft de effecten van extramuralisering door MSVT in de ziekenhuizen. Ziekenhuizen hebben hier geen inzicht in. De DOT bekostiging bevat (overwegend) positieve prikkels om de ligduur te verkorten. De marge die ontstaat vanuit de bekostigingsregimes kan worden gebruikt om impulsen te geven aan de extramuralisering ofwel dekking van de extramurale activiteiten.

- **Start een experiment waarin het businessmodel canvas wordt gebruikt voor de beschrijving van een nieuw businessmodel voor MSVT wat vertrekt vanuit de patiënt/cliënt**

De theorie van Osterwalder en de opgedane inzichten in het onderzoek dienen gebruikt te worden om een businessmodel voor MSVT te ontwerpen. In bijlage 8 is een conceptbusinessmodel op hoofdlijnen uitgewerkt voor de hartfalen case. Randvoorwaarden voor de werking van dit model zijn tevens inzichtelijk gemaakt. Dit kan als leidraad dienen voor het gesprek met betrokken partijen.

Het is van belang dat met een ziekenhuis, maatschap van medisch specialisten, verzekeraar en TR wordt gekomen tot een experiment waarin MSVT rondom een bepaald ziektebeeld geheel opnieuw wordt ingericht. Het hartfalenproject is zeer geschikt als case, omdat de contacten goed verlopen. Alleen de verzekeraar is nog niet betrokken. Zoals duidelijk is geworden zijn er vele issues gedefinieerd die het bereiken van optimale klantwaarde in de weg staan. Het ontwerp van het model met de bijbehorende onderliggende sleutelactiviteiten en -processen verhoogt de klantwaarde. Het onderhavige onderzoek bevat veel factoren waarmee rekening moet worden gehouden

Een experimenteerstatus is noodzakelijk, omdat: bepaalde randvoorwaarden nu niet zijn ingevuld, er belemmerende regelgeving is en er afspraken moeten worden gemaakt over een andere onderlinge verrekening ofwel gezamenlijk verdienmodel (zie bijlage 8). Omdat de belangen van de partijen verschillen is het te adviseren een stuurgroep te organiseren met daarin de verzekeraar, ziekenhuis, maatschap en TR. Daarnaast dient er een werkgroep te zijn met ziekenhuis, maatschap en TR. Zo wordt voorkomen dat bepaalde bedrijfsgevoelige informatie direct bekend wordt bij de verzekeraar.

Het vraagt (naar verwachting forse) investeringen om MSVT een impuls te geven, zowel procesmatig als inhoudelijk. Hiervoor dient stafcapaciteit te worden georganiseerd. Waarbij in ieder geval sprake is van een adviseur welke de trajecten met ziekenhuizen gestalte kan geven voor de ontwikkeling van het businessmodel. Daarnaast is stafcapaciteit nodig om de sleutelprocessen en -activiteiten (opnieuw) te ontwerpen en implementeren. TR dient hier een voortrekkende rol te hebben. De betrokken ziekenhuizen in het onderzoek geven aan zelf niets te zien in het eigenstandig extramuraliseren van hun activiteiten. TR heeft hiervoor de basiscompetenties en infrastructuur in huis waardoor dit moet worden gezien als een kans. Het experiment met één ziekenhuis kan leiden tot een formule die geschikt is voor andere ziektebeelden/ziekenhuizen.

Dat brengt ons voor de laatste keer terug op de vraag of het verstandig is een impuls te geven aan de ontwikkeling van MSVT. Het is niet te adviseren dat TR zonder onderliggend werkend businessmodel of zicht op de kostprijs start met het optimaliseren van het proces rondom MSVT. Als de vraag toeneemt – wat zeer wel mogelijk is wanneer het ontslagproces voor ziekenhuizen wordt vereenvoudigd – en TR heeft geen positieve businesscase, dan groeit een (vermoedelijk) reeds verlieslatend product. Door de financiële positie waar TR in zit kan zij zich dit niet veroorloven. Anderzijds moeten de mogelijke procesoptimalisaties rondom de organisatie van MSVT die op basis van deze thesis kunnen worden verwacht, worden gekwantificeerd en doorgerekend om een weloverwogen besluit te nemen. Mogelijk kan de productiviteit fors toenemen waardoor het product in haar huidige vorm al rendeert. Dit laat onverlet dat ingezet moet worden op een gezamenlijk verdienmodel tussen ziekenhuizen en TR.

- **Investeer op korte termijn in de relaties met ziekenhuizen**

De inkoop van MSVT zal gaan verschuiven. Op dit moment vinden de contacten met de ziekenhuizen vooral op operationeel niveau plaats. Het is van belang dat door de accountmanager van TR in samenwerking met de manager Specialistische Producten en Ketenzorg en de directie een accountplan wordt gemaakt om de relaties met de ziekenhuizen te intensiveren. Dit plan dient met name gericht te zijn op directie/bestuur en de afdelingen die verantwoordelijk zijn voor inkoop. Doel van dit plan is: zicht te houden op de ontwikkelingen binnen de ziekenhuizen en het over het voetlicht brengen van de competenties en mogelijkheden vanuit TR, opdat er een belangrijke rol gespeeld kan blijven worden in de MSVT door TR.

- **Streef op middellange termijn naar een hogere vorm van formalisatie van samenwerking tussen ziekenhuizen en TR**

Wanneer het eerder genoemde experiment succesvol is, is het van belang dat in het businessmodel een stap wordt gemaakt op het gebied van samenwerking tussen ziekenhuizen en TR. Een manier om de belangen van ziekenhuizen en TR structureel meer in lijn te brengen is om de activiteiten rondom MSVT onder te brengen in een nader te bepalen samenwerkingsvorm, bijvoorbeeld een *joint venture*. Wanneer zowel het ziekenhuis als TR een duurzaam belang heeft bij een positieve businesscase rondom MSVT activiteiten en daarin het commitment bezegelen met een geformaliseerde status, wordt de onzekerheid gereduceerd wat het mogelijk maakt om nadere investeringen te doen.

Lastig in dit verband is het feit dat de regio van TR zeven ziekenhuizen kent: het Maasstad Ziekenhuis, Erasmus MC, Sint Franciscus Gasthuis, Ikazia Ziekenhuis, Havenziekenhuis, IJsselland Ziekenhuis en Ruwaard van Putten ziekenhuis. Deze ziekenhuizen zijn in concurrentie. Het verdient de aanbeveling om een haalbaarheidsonderzoek te doen onder de besturen van de zeven ziekenhuizen voor verdergaande samenwerking op het gebied van MSVT. Hierbij dient tevens rekening te worden gehouden met de omvang en het verwachte bestaansrecht van de ziekenhuizen in de regio, omdat de overheid tevens inzet op het reduceren van het aantal ziekenhuizen in Nederland. Het doen van

zaken met de juiste ziekenhuizen is in dit licht van eminent belang. Hetzelfde geldt dat er kritisch naar moet worden gekeken welke ziektebeelden er trajecten gestart worden, om genoeg volume te bereiken.

7.2 Uitvoerbaarheid aanbevelingen

In een overleg tussen het Havenziekenhuis (zowel medisch specialisten als management), het management van TR, de verpleegkundig specialist i.o. en de auteur van deze thesis is op basis van de inzichten uit deze thesis afgesproken om een beschrijving te maken voor een experiment. Achmea is uitgenodigd voor een gezamenlijke presentatie door partijen en heeft inmiddels positief gereageerd op de uitnodiging. De uitvoerbaarheid van de aanbeveling is dan ook zeer wel mogelijk. Ditzelfde geldt voor de kostprijsberekening. Controllers geven aan dat het goed mogelijk is hier nader onderzoek naar te doen. Op de managementdagen van TR op 11 oktober jl. is, mede op basis van deze thesis, de afspraak gemaakt in te zetten op een accountplan richting de ziekenhuizen. De hogere mate van formalisatie van de samenwerking is een thema dat geagendeerd wordt op de middellange termijn en wordt in samenhang met het experiment en het intensiveren van de relaties met ziekenhuizen beschouwd.

8 Discussie

Het doel van dit onderzoek was om een brede verkenning te doen van het MSVT dossier. Sterk in dit opzicht was het feit dat respondenten met een diverse achtergrond werden geselecteerd. Ook is rekening gehouden met mogelijke bias die zou kunnen optreden door deelname in het hartfalenproject. Door respondenten te betrekken die niet waren betrokken is dit voorkomen. Overigens werd duidelijk dat er een hoge mate was van consistentie tussen de antwoorden van respondenten, ook de visie van de respondenten die geen enkele betrokkenheid kenden in het hartfalenproject week niet af. De datasaturatie was hoog.

Er zijn geen patiënten onderzocht om te achterhalen wat hun opvattingen zijn rondom MSVT. Dit was aanvankelijk wel de bedoeling, maar medewerking van een patiëntenvereniging werd op het laatste moment ingetrokken waardoor het vanuit tijdsoverwegingen niet meer mogelijk was om hun mening te achterhalen. De opvatting van patiënten is dan ook opgehaald bij betrokken respondenten. Dit is een beperking van het onderzoek.

Een andere beperking is dat niet met alle zeven ziekenhuizen is gesproken in de regio Rotterdam. Het zou kunnen zijn dat niet betrokken ziekenhuizen een andere mening/visie hebben over MSVT. Er is gesproken met betrokkenen van het SFG, Maasstadziekenhuis en Havenziekenhuis. Daarnaast zijn ook betrokkenen van het Academisch Ziekenhuis Maastricht en Amphia Ziekenhuis gesproken. Geen van deze ziekenhuizen heeft aangegeven de ambitie te hebben eigenstandig een impuls te geven aan MSVT, waardoor het aannemelijk is dat dit lijkt te gelden voor de rest van de ziekenhuizen. Echter deze conclusie mag niet worden getrokken op basis van dit onderzoek. Hetzelfde geldt voor de mening van de verzekeraars. Alhoewel de grootste verzekeraar van de regio van TR is betrokken, kunnen andere verzekeraars een andere visie hebben. Ook werd duidelijk dat ZN een verdeelde achterban heeft, dit maakt dat uitspraken op dit vlak met voorzichtigheid dienen te worden geïnterpreteerd. Nader vervolgonderzoek zou door TR vrij eenvoudig kunnen worden gedaan door de ontwikkeling van een vragenlijst op basis van de opgedane inzichten uit deze thesis.

Zoals reeds aangegeven bij de afbakening gaat dit onderzoek verder niet in op de concurrentieverhoudingen op het MSVT dossier. Er ontstaat meer druk op deze markt, waardoor het monitoren van de activiteiten van concurrenten in toenemende mate van belang wordt. Morris (2003) voegt in dit licht de tijdsdimensie als beïnvloedende factor toe aan businessmodellen. Osterwalder (2010) spreekt hier niet over. In het onderzoek is niet specifiek onderzocht hoeveel tijd er kan worden genomen om al dan niet een impuls te geven aan MSVT. Het lijkt er echter op dat, door de ontwikkeling van de DOT structuur, de tijd rijp is om verder in te zetten op MSVT. Hiervoor is meer inzicht in de kostprijs en inkomstenstroom zoals aangegeven in de aanbevelingen onontbeerlijk.

Er is geen onderzoek gedaan naar de effecten die de levering van hoogcomplexere MSVT heeft op de toeleiding van reguliere AWBZ patiënten naar TR. MSVT zou bijdragen aan het goede imago van TR. Alhoewel door respondenten een effect wordt verondersteld, is dit nooit onderbouwd. Het is interessant dit nader te onderzoeken.

Er heeft een omvangrijke beleidsanalyse plaatsgevonden, gecombineerd met een omvangrijk aantal interviews. Door deze combinatie van methoden is de praktische toepasbaarheid en waarde van dit onderzoek hoog te noemen. Dat is een belangrijke sterkte. De inzichten vanuit deze thesis zijn interessant voor beleidsmakers, brancheverenigingen, ziekenhuizen, verzekeraars en andere thuiszorgorganisaties.

Referenties

- Amit, R. & Zott, C. (2001). Value creation in e-business. *Strategic management journal*. (22) p. 493-520.
- Amit, R. & Zott, C. (2009). The business model as the engine of network-based strategies. In P.R. Kleindorfer & Y.J. Winds (Eds.), *The network challenge*. P. 259-275. Upper Saddle Rivern NJ: Wharton School Publishing.
- Amit, R. & Zott, C. (2010). Designing your future business model: an activity system perspective. *Long range planning*. (43) p. 216-226.
- Amit, A., Zott, C., Massa, L. (2011). The business model: recent developments and future research. *Journal of Management*. 37 (4) p. 1019-1042.
- Baarda, D.B., Goede, de M.P.M. & Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Stenfert Kroese.
- Boeije, H. (2008). *Analyse in kwalitatief onderzoek*. Den Haag: Boom onderwijs.
- Camps, Th. (2004). *The emerging world of chains and networks*. Den Haag: Reed Business Information.
- Caris, J. (2007). *Zorgbedrijven. Dynamisch organiseren en competent leiding geven*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Casadesus-Masanell, R. & Ricart, J.E. (2011). How to design a winning business model. *Harvard business review*. 89 (1-2) p. 100-107.
- Chesbrough, H.W., Rosenbloom, R.S. (2002). The role of the business model in capturing value from innovation: evidence from Xerox Corporation's technology spinoff companies. *Industrial and corporate change*. (11) p. 533-534.
- Chesbrough, H.W. (2003). *Open innovation: the new imperative for creating and profiting from technology*. Boston: Harvard Business School Press.
- Evans, D.S. & Schmalensee, R. (2007). *Catalyst code: the strategies behind the world's most dynamic companies*. Boston: Harvard Business School Press.
- Johnson, M.W., Christensen, C.C. & Kagermann, H. (2008). Reinventing your business model. *Harvard business review*. 86 (12) p. 50-59.
- Kenis, P., Provan, K.G. (2007). Modes of network governance: structure, management, and effectiveness. *JPART*, (18), 229-252.
- Mansfield, G.M., Fourie, L.C.H. (2004). Strategy and business models – strange bedfellows? A case for convergence and its evolution into strategic architecture. *South African journal of business management*. 35 (1) p. 35-44.
- Margretta, J. (2002). Why business models matter. *Harvard business review*. 80 (5) p. 86-92.
- Morris, M. & Coles, C. (2003). The ultimate competitive advantage of continuing business model innovation. *Journal of business strategy*. (24) p. 15-21.

- Miles, R.E., Miles, G. & Snow, C.C. (2006). Collaborative entrepreneurship: a businessmodel for continuous innovation. *Organizational dynamics*. (35) p. 1-11.
- Neely, A., Adams, C. (2001). The performance prism perspective. *Journal of cost management*. (1-2) p. 7-15.
- Osterwalder, A., Pigneur, Y. & Tucci, C.L. (2005). Clarifying business models: Origins, present and future of the concept. *Communications of the association for information science (CAIS)*. (16) p. 1-25.
- Osterwalder, A., Pigneur, Y. (2010). *Business model generation. A handbook for visionaries, game changers, and challengers*. New Jersey: John Wiley & Sons, inc.
- Poiesz, T.B.C., Caris, G.J. (2010). *Ontwikkelingen in de Zorgmarkt; een strategische analyse*. Deventer: Kluwer.
- Richardson, J. (2008). The business model: an integrative framework for strategy execution. *Strategic Change*. 17 (5-6) p. 133-144.
- Seddon, P.B., Lewis, G.P. Freeman, P. & Shanks, G. (2004). The case of viewing business models as abstractions of strategy. *Communications of the association for information systems*. (13) p. 427-442.
- Teece, D.J. (2010). Business models, business strategy and innovation. *Long range planning*. (43) p. 172-194.
- Timmers, P. (1998). Business models for electronic markets. *Electronic markets*. 8 (2) p. 3-8.
- Wentink, T. red. (2008). *Business performance management. Sturen op prestatie en resultaat*. Amsterdam: Boom Academic.
- Williamson, O.E. (1985). *The economic institutions of capitalism: firms, markets, relative contracting*. New York: The free press.

Bronnen

Achmea (2012). MSVT 2012: contracteringsbeleid en declaratieproblemen. Aangehaald op 9 september, bereikbaar via:

<http://www.achmeazorgkantoor.nl/zorgaanbieders/zorginkoop/zorginkoop2012/Pages/msvt2012.aspx>

Achmea (2012a). AWBZ zorginkoopbeleid. Aangehaald op 4 juli, bereikbaar via:

<http://www.achmeazorgkantoor.nl/zorgaanbieders/zorginkoop/zorginkoop2013/Pages/Zorginkoopdocumenten-2013.aspx>

Actiz (2011a). Verslag algemene ledenvergadering 23 november 2011. Vertrouwelijk document voor leden van Actiz.

Actiz (2011b). Handreiking zorgcontractering ZVW contracteerjaar 2012. Vertrouwelijk document voor leden van Actiz.

College voor Zorgverzekeringen (2012). *Onderscheid ZVw en AWBZ bij zorginstellingen zonder verblijf*. Informatiebrief. 23 januari 2012.

Hartstichting (2012). Feiten en cijfers hartfalen. Uitgave van de Nederlandse Hartstichting. Juni 2012.

VWS (2011a). *Zorg die werkt: de beleidsdoelstellingen van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)*. Aangehaald op 6 juli, bereikbaar via: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2011/01/26/zorg-die-werkt-de-beleidsdoelstellingen-van-de-minister-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport.html>

VWS (2011b). *Vertrouwen in de zorg: de beleidsdoelstellingen van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)*. Aangehaald op 6 juli, bereikbaar via: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2011/01/28/vertrouwen-in-de-zorg-de-beleidsdoelstellingen-van-de-staatssecretaris-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport.html>

VWS (2011c). *Zorg en ondersteuning in de buurt*. Aangehaald op 6 juli, bereikbaar via: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2011/10/14/kamerbrief-zorg-en-ondersteuning-in-de-buurt.html>

VWS (2012a). *Tweede voortgangsrapportage Hervorming Langdurige Zorg*. Aangehaald op 7 juli, bereikbaar via: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2011/10/31/kamerbrief-voortgangsrapportage-hervorming-langdurige-zorg.html>

NVZ (2009). Nederland topzorgland. In de top van Europa. Strategiedocument 2010-2015 Nederlandse vereniging van ziekenhuizen. Aangehaald op 4 juli 2012, bereikbaar via: http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/NVZ_Nieuws/Publicaties/Strategiedocument_2010_2015_Nederland_Topzorgland

NVZ (2012). Themasite prestatiebekostiging 2012. Ziekenhuisverplaatste zorg. Aangehaald op 9 september, bereikbaar via: <http://www.prestatiebekostiging2012.nl/ziekenhuis-verplaatse-zorg#msvt>

NZa (2012a). *Marktscan extramurale AWBZ: weergaven van de markt 2008-2011*. Aangehaald op 8 juli, bereikbaar via: http://www.nza.nl/104107/105773/475605/Marktscan_Extramurale_AWBZ.pdf

NZa (2012b). *Advies bekostiging huisartsenzorg en geïntegreerde zorg*. Aangehaald op 7 juli, bereikbaar via:

http://www.nza.nl/104107/139830/465987/Advies_Bekostiging_huisartsenzorg_en_ge_integreerde_zorg.pdf

NZa (2012c). *Advies substitutie: huisartsenzorg en ziekenhuiszorg op de juiste plek*. Aangehaald op 8 juli, bereikbaar via: http://www.nza.nl/104107/139830/465987/Advies_Substitutie.pdf

NZa (2012d). *Beleidsregel. Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg*. Aangehaald op 14 mei, bereikbaar via: <http://www.nza.nl/137706/145406/430582/AL-BR-0007.pdf>

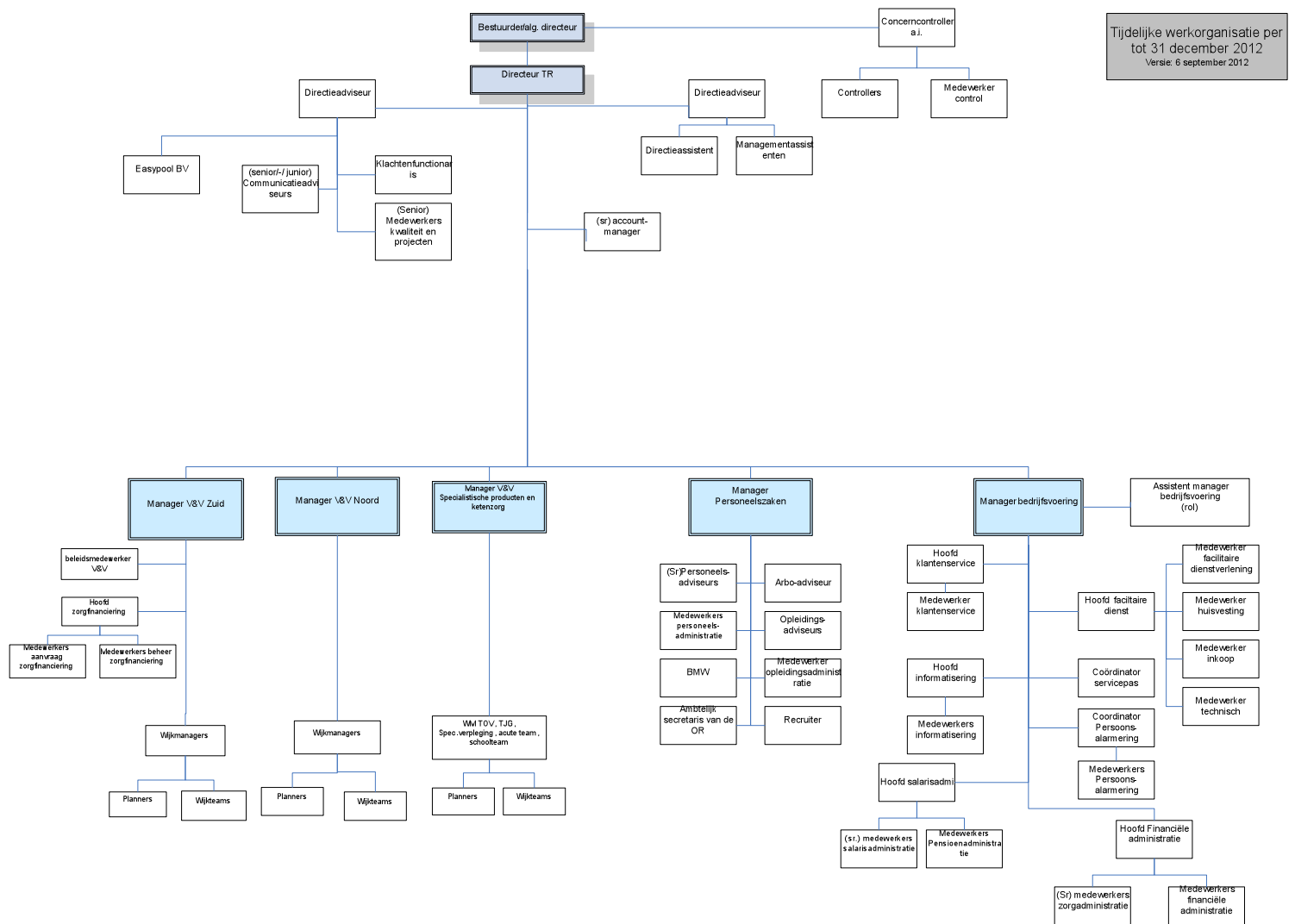
NZa (2011c). *Advies taakherschikking: In de tweedelijns somatische zorg en curatieve geestelijke gezondheidszorg*. Aangehaald op 4 juli, bereikbaar via: http://www.nza.nl/104107/139830/465987/Advies_Taakherschikking1.pdf

NZa (2010). *Afrekening medisch specialistische verpleging in de thuissituatie*. Aangehaald op 9 september, bereikbaar via: <http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/verpleging-en-verzorging/actueel/afrekening-MSVT-2010/>

Verslag (vertrouwelijk) werkconferentie ZN, NVZ, NFU, Actiz en V&VN. *Knelpunten MSVT*. Juni 2012.

Bijlagen

Bijlage 1 Hiërarchische structuur



Bijlage 2 Algemene informatie over hartfalen

Hartfalen is een tekortschietende pompfunctie van het hart waardoor veel organen niet genoeg zuurstof en voedingsstoffen krijgen. Er wordt onderscheid gemaakt tussen acuut en chronisch hartfalen. Afhankelijk van het stadium waarin de cliënt zich bevindt, gaat e.e.a. gepaard met veel ziekenhuisopnames. Er worden jaarlijks 30.000 patiënten opgenomen in ziekenhuizen met een gemiddelde ligduur van negen dagen (Hartstichting 2012). Met name bij chronische patiënten wordt de kwaliteit van leven daardoor ernstig beïnvloed. Veelal is er sprake van een progressief beeld. In 2010 stierven er 2.488 mannen en 3.936 vrouwen aan hartfalen. Daarnaast groeit het aantal patiënten explosief, in 2025 zijn er naar verwachting 195.000 daar waar er op dit moment 130.000 patiënten zijn (Ibid).

Bijlage 3 Onderscheid hoog- en laagcomplex MSVT

De lijsten van handelingen vallende onder MSVT. Het betreft een 'niet limitatieve lijst' welke is opgesteld door het CVZ. Andere handelingen die verantwoord kunnen worden overgedragen zijn ook mogelijk. De medisch specialist stelt de indicatie, de weergegeven minuten zijn hierbij in beginsel leidend.

MSVT- Laag Complex		2011
Niet limitatieve lijst van laag complexe handelingen in het kader van medisch specialistische verpleging en hun indicatieve normtijden (conform CIZ-indicatiewijzer). Normtijd betekent eveneens maximum tijd. Er kan uitsluitend met objectieveerbare argumentatie, vastgelegd in het zorgdossier, (zoals ernstige immobiliteit, contracturen of gedragsproblematiek) worden afgeweken van deze normtijden. De medisch specialist in het ziekenhuis blijft nadrukkelijk verantwoordelijk en heeft de zorg niet overgedragen aan de huisarts.		
NR	HANDELING	AANTAL ZORGMINUTEN
Controle lichaamsfuncties		
1	Aanleggen van vochtbalans/controle en/of ingrijpen op vochtbalans	15
2	Controle huid/vochthuishouding/uitscheiding urine/faeces	10
3	Temperatuur meten/pols tellen/controle ademhaling/controle gewicht/bloeddruk meten	10
4	Bloedsuiker prikken (bijvoorbeeld t.b.v. dagcurve)	10
Wond- en/of stomaverzorging		
5	Verzorging wonden en de niet-intacte huid rondom onnatuurlijke lichaamsopeningen	15
6	Wondverzorging	30
7	Zalven van niet-intacte huid	10
8	Aanleggen druk/steunverband na wondverzorging per plaats	15
9	Decubitus: risico bepalen, preventieplan op- en bijstellen	20
10	Advies m.b.t. preventieve maatregelen geven	10
11	Stomaverzorging (6 wkn: excl. instructie zelfzorg max 45 min/wk)	20
12	Start V.A.C. therapie	45
13	Volg wondbehandelingen V.A.C. therapie	30 – 45
Ondersteuning bij uitscheiding		
14	Manueel faeces verwijderen	15
15	Inbrengen rectum canule	15
16	Klysma geven (hoog)	30
17	Klysma microlax	15
18	Katheteriseren (eenmalig)	15
19	Katheter inbrengen (verblijfs)	30
20	Blaasspoelen via nog aan te brengen katheter	20
21	Spoelen nefrostomiecatheter	20
Medicatie		
22	Toedienen te prepareren medicatie via injecteren (of via een reeds aangesloten infuus)	20
23	Subcutane medicatietoediening via de pomp	45
24	Transparenterale voeding toedienen in aangesloten systeem	30
25	Injecteren (fraxiparine/insuline is zelfzorg (of AWBZ) en geen MSVT)	10
overig verpleegkundig handelen		
26	Compressief zwachtelen een been	15
27	Compressief zwachtelen twee benen	25
28	Zuurstof toedienen	10
29	Inbrengen neussonde	30
30	Uitzuigen trachea, mond/keelholte	20
31	Verwisselen van de buitencanule	30
32	Bronchiaal toilet (sprayen NaCl)	15

MSVT – Hoog Complex**2011**

Niet limitatieve lijst van hoog complexe handelingen in het kader van medisch specialistische verpleging en hun normtijden. Normtijd betekent eveneens maximum tijd. Er kan uitsluitend met objectieveerbare argumentatie, vastgelegd in het zorgdossier (zoals ernstige immobiliteit, contracturen of gedragsproblematiek) worden afgeweken van deze normtijden.

Hoog complexe verpleging betreft voornamelijk infusietherapie thuis.

NR	HANDELING	AANTAL ZORGMINUTEN
1.	Inzetten / starten pomp (morphine, antibiotica, dormicum)	60
2.	Intraveneuze medicatietoediening of aansluiten medicatie	30
3.	Verzorging pomp / wisselen cassette en lijnen	45
4.	Prikken perifere naald (o.m insuflon)	30
5.	Toediening antibiotica of chemo, aanwezigheid bij gehele gift	90 – 180
6.	Inbrengen peritoneaal sonde (PEG, Mickey, supra-pub.)	45
7.	Aansluiten of afsluiten easypump	45
8.	Infuus, PAC aanprikken en aansluiten medicatie / vocht	60
9.	PAC hepariniseren of flushen	30 – 45
10.	Medicatie afsluiten en verwijderen gripper	30
11.	Verzorging TPV, PAC, CVC, PICC lijn en spoelen bloedtransfusie	45
12.	Voorbereiding bloedtransfusie (ophalen bloed, aanprikken)	60
13.	Aanwezigheid bij inloop bloedtransfusie per zak	60
14.	Afsluiten en materialen retour lab	60
15.	TPV wissel incl. verzorging lijnen / insteekopening	45
16.	Intra-thecale medicatie toediening / wissel bacteriefilter	60
17.	Oplossen / bereiden medicatie	30

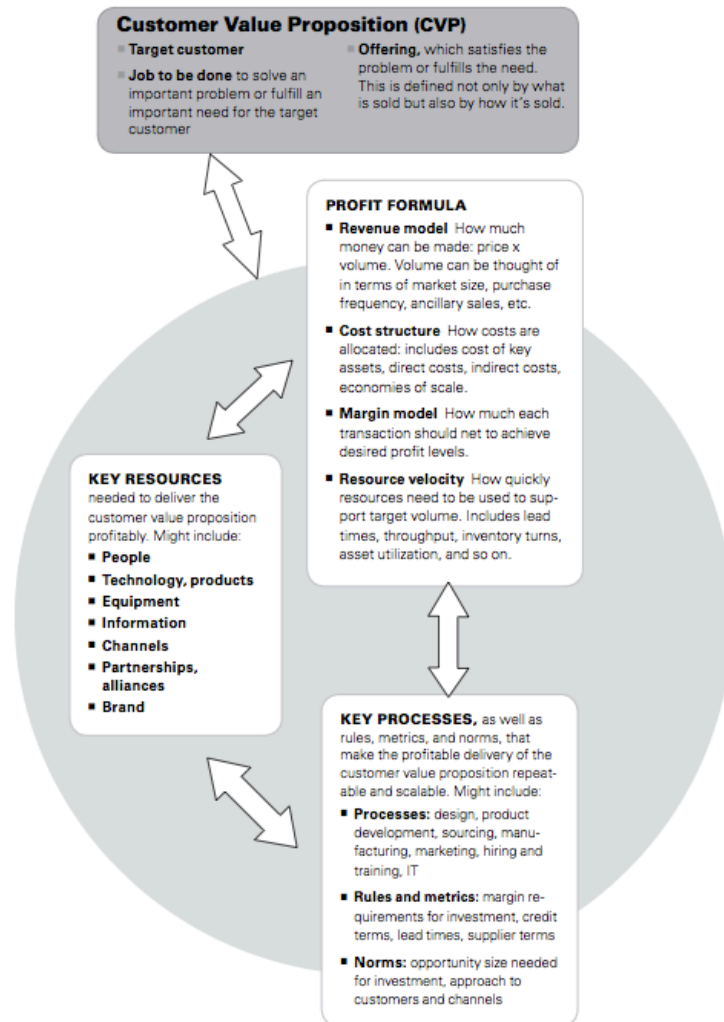
Bijlage 4 Verschillende stakeholders Neely & Adams (2001)

Stakeholder needs and contributions		
Stakeholder satisfaction (stakeholder wants and needs)	Stakeholders	Stakeholder contribution (organization wants and needs)
Fast, right, cheap services	Customers & Intermediaries	Loyalty, profit & growth
Purpose, care, pay	Employees	Hands, hearts, minds & voices
Trust, acceptable profit margins	Suppliers	Fast, right, cheap services
Legal, fair, safe & true	Regulators & communities	Rules, reason, clarity & advice
Return, reward	Investors	Capital, credit, risk & support

Naar: Neely & Adams (2001, p. 9)

Bijlage 5 Verschillende businessmodellen

Zo gaan Johnson (et al. 2008) uit van het werken in drie stappen, welke ieder op zich bestaan uit diverse elementen. Zie figuur A.



Figuur A: Johnsons et al. (2008, p.3)

De eerste stap betreft het ontwikkelen van een sterke klantwaardepropositie. De tweede stap is dat er een winstformule ontwikkelt dient te worden die ervoor zorgt dat de onderneming waarde in handen krijgt. Binnen deze stap dient tevens bepaalt te worden welke bedrijfsmiddelen en processen nodig zijn. Als derde dient het model voor het nieuwe aanbod vergeleken te worden met het bestaande businessmodel.

Chesbrough & Roosenbloom (2002) gaan uit van de elementen: waardepropositie, markt, kosten en winst, waardenetwerk, waardeketen en competitieve strategie. Wanneer deze elementen worden uitgewerkt ontstaat volgens hen het business model.

Morris (et al. 2005) gaan uit van diverse – vrij algemene – vragen waarop antwoord moet worden gegeven om de elementen waaruit een business model bestaat te kunnen benoemen. Deze zijn:

1. Hoe creëren we waarde?
2. Voor wie creëren we waarde?

3. Wat is de bron van onze competentie?
4. Hoe positioneren we ons ten opzichte van concurrenten?
5. Hoe verdienen we geld?
6. Wat is de tijd die we hebben, onze scope en onze ambitie?

Teece (2010, p. 189-190) gaat in navolging van Morris (et al. 2005) ook uit van vragen die dienen te worden beantwoord om te komen tot een businessmodel. Vragen die worden gesteld zijn: hoe zal het product worden gebruikt? Hoe groot is de doelmarkt? En: welke (contractuele) structuren zijn nodig om de activiteiten te combineren die nodig zijn om waarde te leveren aan de gebruiker?

In deze thesis wordt echter het model van Osterwalder (2010) gebruikt, vanwege de hoge toepasbaarheid en concrete definiëring van kernelementen.

Het herzien van een businessmodel is volgens Johnson et al. (2008) nodig in vijf situaties:

1. Wanneer er een kans is om met een baanbrekende innovatie veel mensen te bedienen die nu nog buiten de markt vallen omdat ze het bestaande aanbod te ingewikkeld vinden of niet kunnen betalen;
2. Wanneer er een kans is om een volstrekt nieuwe technologie kan worden verpakt in een nieuw businessmodel (bijv. Apple) of in een nieuwe markt kan worden weggezet (bijv. militaire technologie voor civiele doeleinden);
3. Wanneer er de kans is om als eerste een bepaalde taak heel gericht te gaan doen;
4. Wanneer er inbrekende prijsvechters kunnen worden afgeweerd;
5. Wanneer het nodig is om te reageren op veranderende concurrentieverhoudingen.

Bijlage 6 Interviewkandidaten en aanwezigen op werkconferentie

Direct betrokkenen

Naam:	Functionaris:	Organisatie:
Simone Koopman	Bedrijfsmanager	Havenziekenhuis
Laura Dresen	Manager poliklinieken	Havenziekenhuis
Ben Ilmer	Cardioloog	Havenziekenhuis
Janet van Kempen	Beleidsmedewerker verpleging en verzorging	Thuiszorg Rotterdam
Heike Rook	Manager Specialistische producten en zorgketens	Thuiszorg Rotterdam
Henk Kasbergen	Verpleegkundig Specialist hartfalen i.o.	Thuiszorg Rotterdam i.s.m. Havenziekenhuis

Relevante expertise (niet intensief betrokken)

Naam:	Functionaris:	Organisatie:
Hans Hartog / Sandor Oranje	Controllers	Havenziekenhuis
Diana Oko Agyemang	Senior accountmanager (zorgverkoper)	Thuiszorg Rotterdam
Femke de Kock	Controller	Thuiszorg Rotterdam
Katarine v.d. Berg	Projectleider Zorgfinanciering	Thuiszorg Rotterdam
Ellie Beckers	Wijkmanager specialistisch team	Thuiszorg Rotterdam
Erik Zeven	Specialistisch verpleegkundige	Thuiszorg Rotterdam
Tonny Jongen	Specialistisch verpleegkundige	Thuiszorg Rotterdam

Regulators / investors

Naam:	Functionaris:	Organisatie:
Ger Rutten	Senior beleidsadviseur	Actiz
Cor Keuning (per e-mail)	Senior beleidsmedewerker	NZa
Arjan Hartog	Relatiemanager (dossierhouder substitutie)	Achmea (zorgverzekeringen)
Harrie Kemna (geen bereidheid)	Senior beleidadviseur	NVZ
Anno Pomp (geen bereidheid)	Coördinator strategie langdurige zorg	Min. VWS

Soortgelijke functies maar geen verbinding met project

Naam:	Functionaris:	Organisatie:
John Wijenberg	Senior financial controller	Academisch Ziekenhuis Maastricht
Willeke van Geest	Projectleider DOT / Zorgverkoper	Maasstad Ziekenhuis Rotterdam
Roel de Vos	Bedrijfsmanager	Amphia Ziekenhuis

Aanwezig op werkconferentie Sint Franciscus Gasthuis (SFG) MSVT en 1,5 lijnszorg

Naam:	Functionaris:	Organisatie:
Heide Dorst	Adviseur bureau informatie en control	SFG
Nico Noordberger	Afdelingsmanager zorg & Patiëntenlogistiek	SFG
Martin Verveer	Zorggroepmanager – MT lid	SFG
Berto Zwakkenberg	Zorgmanager interne geneeskunde	SFG
Pim Peters	Zorgmanager kleine specialismen	SFG
Yvette Waardenburg	Afdelingsmanager zorg kraamsuites	SFG
Pascal le Maitre	Bureau informatie en control	SFG
Lia v.d. Elskam	Beleidsmedewerker zorglogistiek	SFG
Andre Vis	Manager patiëntenlogistiek & initiatiefnemer	SFG
Vijf transferverpleegkundigen, verantwoordelijk voor de interne gang van zaken rondom MSVT in het SFG	Bureau nazorg	SFG
Zes afdelingsverpleegkundigen	Verpleegkundigen diverse specialismen	SFG
Ellie Beckers	Wijkmanager specialistisch team	TR
Levina Oostrom	Longverpleegkundige	TR
Tonny Jongen	IC verpleegkundige	TR
Anneke Guyt	CVA verpleegkundige	TR
Diana Oko Agyemang	Sr. Accountmanager	TR
Jef Mol	Directieadviseur / onderzoeker MSVT	TR
Harry Roberts	Programmanager spec. zorg	Vierstroom
Verpleegkundige	Technisch team Zorgbrug	Vierstroom

Bijlage 7 Voorbeeld topiclijst

Rol Actiz

Actuele ontwikkelingen op dossier
Hoe verloopt lobby
Wie zijn andere relevante partijen (NVZ, ZN, VWS, NZa enz.) en met wie wordt waar over gesproken

Financiering

Inkoopdiscussie: ziekenhuizen of thuiszorg instellingen
Wat is de actuele stand van zaken?
MSVT als aparte prestatie? Of als onderdeel van DBC? Is het dubbele bekostiging?
Wel of geen volumebeperking (nu verschil per verzekeraar)
Onderscheid nu hoog- en laagcomplex. Zeer grofmazig. Kostprijsonderzoek is door Actiz gevraagd stand van zaken?
Negatieve prikkel Achmea laagcomplex (lager dan AWBZ tarief). Toekomst?
Nu niet rendabel product (scholing, reistijd, extra kosten veiligheid/kwaliteit) terwijl wel beleid van VWS/NZa
Niet limitatieve lijst

Stakeholder value & contribution

Wat kunnen thuiszorgorganisaties voor ziekenhuizen betekenen?
Wat kunnen ziekenhuizen voor waarde toevoegen aan thuiszorgorganisaties?
Wat moeten de thuiszorgorganisaties willen op dit vlak?
Waarom komt het nog niet echt van de grond? Wat is nodig?

Customer segments

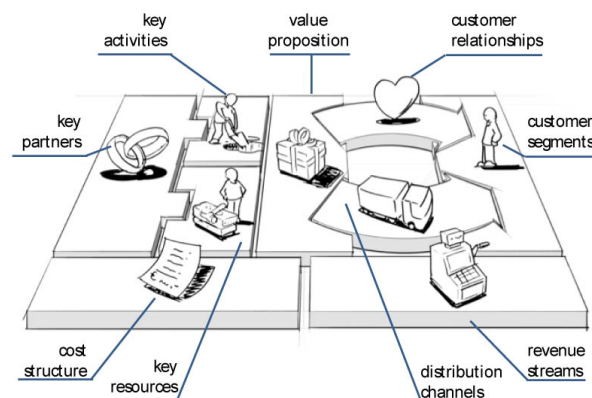
Voor welke doelgroepen (curatief versus chronisch)?
Wat betekent dit voor organisaties?

Distribution channels

Wat betekent het voor de samenwerking met ziekenhuizen richting de patiënten en medewerkers?

Key partners

Wie zijn nog meer sleutelpartners, waarom?
Betrekken?



Bijlage 8 Conceptbusinessmodel

The Business Model Canvas		Designed for: Thuiszorg Rotterdam - Havenziekenhuis	Designed by: Jef Mol	On: 15/10/2012
				Iteration # 1
Key Partners Who are our Key Partners? Who are our key suppliers? Which Key Resources are we acquiring from partners? Which Key Activities do partners perform? Verzekeraar en apotheek	Key Activities What Key Activities do our Value Propositions require? Our Distribution Channels? Customer Relationships? Revenue streams? Infusiebehandeling thuis, gecombineerd met eenvoudige medische controles zoals gewicht, bloeddruk en bloedafname om medicatie bij te stellen. Voorlichting en therapietrouwbevorderende maatregelen. Terugkoppeling resultaten aan behandelend specialist en achterwachtfunctie.	Value Propositions What value do we deliver to the customer? Which one of our customer's problems are we helping to solve? What bundles of products and services are we offering to each Customer Segment? Which customer needs are we satisfying? In je eigen thuissituatie behandeld worden voor chronisch hartfalen, zodat je (veel) minder vaak naar het ziekenhuis hoeft.	Customer Relationships What type of relationship does each of our Customer Segments expect us to establish and maintain with them? Which ones have we established? How are they integrated with the rest of our business model? How costly are they? Persoonlijk contact met een herkenbaar vast team en de Verpleegkundige Specialist hartfalen als Linking-Pin tussen ziekenhuis en thuiszorg.	Customer Segments For whom are we creating value? Who are our most important customers? Hartfalenpatiënt in 3e/4e fase
Key Resources What Key Resources do our Value Propositions require? Our Distribution Channels? Customer Relationships? Revenue Streams? Transmuraal zorgpad hartfalen, medisch specialist, verpleegkundig specialist, verpleegkundigen, infuusmaterialen, medicatie, diagnostische hulpmiddelen en communicatietechnologie.		Channels Through which Channels do our Customer Segments want to be reached? How are we reaching them now? How are our Channels integrated? Which ones work best? Which ones are most cost-efficient? How are we integrating them with customer routines? Iedereen met hartfalen in 3e/4e fase krijgt het aanbod. Dit maakt uit van de medische behandeling en heeft een verplichtend karakter.		
Cost Structure What are the most important costs inherent in our business model? Which Key Resources are most expensive? Which Key Activities are most expensive? IS YOUR BUSINESS MORE: -Cost Driven (leanest cost structure, low price value proposition, maximum automation, extensive outsourcing) -Value Driven (focused on value creation, premium value proposition)		Revenue Streams For what value are our customers really willing to pay? For what do they currently pay? How are they currently paying? How would they prefer to pay? How much does each Revenue Stream contribute to overall revenues? MSVT indicatieopbrengst, DOT (ziekenhuisdeel en honorariumdeel), bijdrage verzekeraar voor ontwikkeling		
SAMPLE CHARACTERISTICS: Fixed Costs (salaries, rents, utilities) Variable costs Economies of scale Economies of scope				

www.businessmodelgeneration.com

Om dit model werkend te krijgen is het noodzakelijk om de onderstaande randvoorwaarden (hoofddijnen) in te vullen.

Randvoorwaarden	Achtergrond	Wie ⁹
Coöperatieve doel scherp op het netvlies voor verzekeraar, HZ en TR en vastleggen in overeenkomst inzake experiment	Zonder coöperatief doel zal het competitieve doel leidend worden.	HZ, TR & VZ
Monitoring/metingen inrichten (zowel financieel als wat betreft patiënttevredenheid)	Rendabel en kwalitatief verantwoord product	VZ, HZ & TR
Totale opbrengstenstroom voor ziekenhuis en TR samen moet hoger zijn dan totale kostenstructuur, bereidheid integraal te kijken verdienmodel af te spreken	Rendabel product voor beide partijen	HZ & TR
Initiële investeringen dienen in beeld gebracht te worden inclusief wie het rendement krijgt (waaronder VZ), terugverdientijd & verdeelsleutel	Rendabel product	HZ, TR & VZ
Verpleegkundig specialist dient bekostigd te kunnen worden tegen redelijk tarief, MSVT indicaties moeten ruim genoeg zijn voor het nieuwe aanbod	In dienst nu bij TR, geen bekostiging mogelijk voor TR anders dan als reguliere verpleegkundige	VZ
Bereidheid om minder budget toegekend te krijgen voor opnames	Belang verzekeraar	HZ
Ontwikkeling transmuraal zorgpad, afspraken apotheker en communicatietechnologie	Kwalitatief verantwoord product	HZ & TR
Opleiding, scholing & training betrokken medewerkers	Kwalitatief verantwoord product	HZ & TR

⁹ HZ = Havenziekenhuis, TR = Thuiszorg Rotterdam, VZ = Zorgverzekeraar Achmea