



Introductie van PwC Strategy& als partner voor de NZa in tijden van Corona

In dit korte introductie document stellen wij ons voor, beschrijven we hoe vanuit ons perspectief de corona crisis naast een uitdaging ook een katalysator kan zijn voor structurele verbetering van het zorgstelsel en geven we ons perspectief op hoe de benodigde veranderingen centraal gefaciliteerd kunnen worden met de juiste balans tussen overkoepelende regie en ruimte voor het veld.

1. Voorstellen PwC Strategy&

PwC Strategy& is de strategie-adviestak van PwC. Onze gezondheidszorgpraktijk adviseert de sector al vele jaren over gepast zorggebruik, effectieve en efficiënte inzet van beschikbare infrastructuur, digitalisering van zorg en (financiële) noodscenario's. We werken samen met bestuurders, zorgprofessionals, patiënten en verzekeraars, met als doel om de patiëntzorg beter en doelmatiger te maken. In de praktijk zien we dat het vaak beter en doelmatiger kan, soms zelfs heel veel beter en doelmatiger. We adviseren overheden in binnen- en buitenland (in single en multipayor systemen), ondersteunen samenwerkingsverbanden tussen instellingen en zorgverzekeraars en zijn actief in de volledige breedte van de zorgsector (zorgverzekeraars, ziekenhuizen (UMC, STZ en SAZ), huisartsgroepen, GGZ-instellingen, verpleeghuizen, thuiszorg, mondzorg, fysiotherapie, het sociaal domein, gehandicaptenzorg en pharma bedrijven).

Voorbeelden van ons werk in Nederland zijn de ziekenhuistransformatie van Bernhoven in Uden en de kwaliteitsalliantie van het Beatrixziekenhuis (BZ) met Huisarts en Zorg (HenZ) in Gorinchem:

- Met Bernhoven hebben we in 2014 de "Droom" gestart: betere zorg tegen lagere kosten. Door middel van kwaliteitsinitiatieven zijn zorgvolumes op een gepaste manier teruggebracht. Bijvoorbeeld, door gezamenlijke besluitvorming (een investering in consulttijd) is het aantal ingrepen fors verlaagd waardoor capaciteit is vrijgespeeld. We hebben ondersteund in de reorganisatie van het ziekenhuis. In plaats van "per vakgroep" wordt Bernhoven nu aangestuurd langs de vier businessmodellen van de zorg: adviseren, behandelen, begeleiden (van chronische zorg) en acute zorg. Deze ontvlechting van de primaire patiëntstromen en processen in het ziekenhuis heeft er (mede) toe geleid dat Bernhoven in deze situatie snel kon opschalen naar een corona-hospitaal. Het resultaat van de Droom is dat Bernhoven tot 20% minder zorgvolumes nodig heeft om tot 5% méér patiënten te kunnen bedienen.
- Met het Beatrix ziekenhuis en HenZ zijn we in 2015 gestart met "Kwaliteit als Medicijn". Medisch specialisten en huisartsen hebben samen initiatieven geïmplementeerd die de zorg bij huisartsen versterkt en het aantal doorverwijzingen vermindert. In het ziekenhuis hebben we initiatieven doorgevoerd die zorg op de juiste plek stimuleert. Dit heeft forse capaciteit vrijgespeeld in het BZ, terwijl de benodigde capaciteit bij huisartsen *niet* meer is geweest. Door de juiste ondersteuning van medisch specialisten zijn huisartsen in staat *meer* te doen, en levert dat ook nog eens tijdswinst in het ziekenhuis op. Het aantal doorverwijzingen nam met 10-20% af wat mede heeft geleid tot 20% lagere volumes in het BZ (met gelijkblijvend aantal unieke patiënten).
- Andere ziekenhuisklanten waar we werken op het snijvlak van kwaliteit en betaalbaarheid zijn het Radboudumc, Maximá MC, Noordwest Ziekenhuisgroep, Dijklander Ziekenhuis, het Groene Hart Ziekenhuis en het Albert Schweitzer Ziekenhuis.

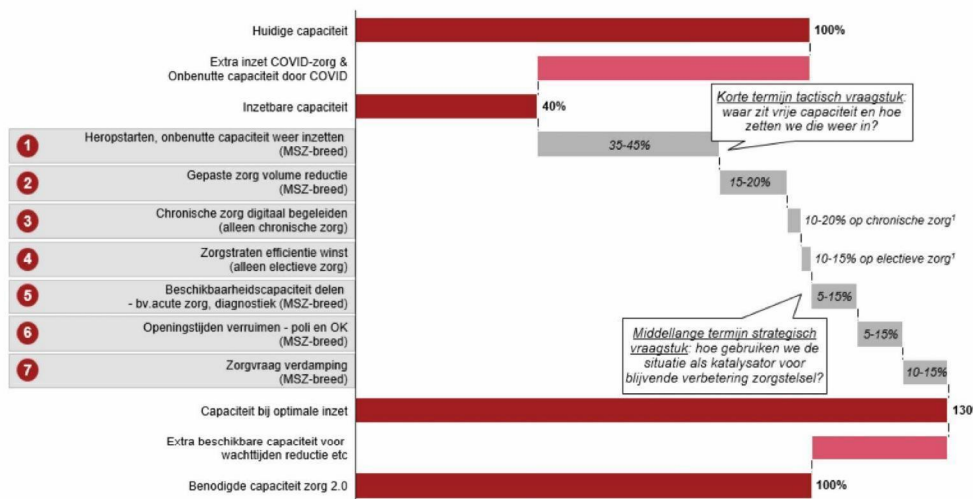
PwC Strategy& (Netherlands) B.V., R. Malthusstraat 5, 1066 JR Amsterdam, The Netherlands

T: +31 (0)20 412 1020, F: +31 (0)20 412 1020, www.strategyand.pwc.com/nl

2. De Corona crisis naast uitdaging ook mogelijke katalysator voor structurele verbetering van het zorgstelsel

COVID-19 heeft een ongekennde impact op het zorgstelsel. Er is extra inzet nodig van personeel en capaciteit om aan de COVID-19 zorgvraag te voldoen en veel capaciteit is stil komen te liggen omdat middelen schaars zijn en patiënten en zorgverleners besmetting en verspreiding willen voorkomen. Hierdoor wordt een groot deel van de zorgcapaciteit stilgezet en valt electieve productie weg. De inschatting is op dit moment dat ziekenhuizen slechts op 40% produceren, maar ons recente beeld van bijvoorbeeld OK-productie in ziekenhuizen is dat dit waarschijnlijk nog lager zal zijn. De huidige 100% capaciteit wordt na het Hoofddijnenakkoord in de sector al als bekennend ervaren, dus deze capaciteitsuitval zal een stuk meer aan reguliere (niet COVID-19) zorg creëren. Uitgestelde zorg zal kunnen leiden tot gezondheidsschade.

Om deze ophoping van zorg te voorkomen en weg te werken moeten we zo snel mogelijk de capaciteit weer in gaan zetten en zo efficiënt en effectief mogelijk benutten. Uit onze ervaring in de laatste jaren, weten we dat er mogelijkheden zijn om veel beter gebruik te maken van de capaciteit of 'verborgen' capaciteit te ontsluiten. Naast een forse uitdaging, kan de Coronacrisis ook als een katalysator fungeren om benodigde veranderingen en verbeteringen door te voeren. Wij zien 7 belangrijke *hefbomen* om de komende tijd verder te onderzoeken of in beweging te brengen. In de onderstaande figuur laten we zien wat de mogelijke impact van deze verschillende *hefbomen* is op de capaciteit van de zorg:



1) Verbetering heeft alleen impact op deel van het zorg aanbod en is in de staafdiagram vertaald naar impact op de totale zorgcapaciteit, aanname chronische en electieve zorg zijn 25% van totale capaciteit



1. **Heropstarten, onbenutte capaciteit weer inzetten:** afhankelijk van het COVID-scenario kan over tijd zo goed en zo kwaad als het gaat kan een deel van de reguliere zorg weer opgestart worden. De inschatting is dat van de huidige weggevallen capaciteit over tijd 35-45% weer opgestart kan worden. Een deel van de capaciteit zal voor langere tijd niet of zeer beperkt inzetbaar zijn reguliere zorg (bv. longafdeling, IC)
2. **Gepaste zorg volumereductie:** In onze ervaring kan het inzetten op 'gepaste zorg' de zorgvraag met 15-20% reduceren (praktijkervaring bij een aantal ziekenhuizen). Concrete voorbeelden waardoor zorgverleners zich inzetten op optimale zorg in plaats van maximale zorg zijn: gezamenlijke besluitvorming met de patiënt, reduceren van praktijkvariatie, voorkomen van onnodige zorg, terugdringen van herhaalconsulten, et cetera
3. **Chronische zorg digitaal begeleiden:** Met digitale proposities verwachten we ~10-20% van de chronische zorg capaciteit te kunnen ontsluiten. Digitale poli's kunnen een deel van de reguliere poli's overnemen (tot ruim boven de 20% afhankelijk van het specialisme) en chronische zorg kan op afstand begeleid worden waardoor een deel van consulten digitaal kan en een onnodige zorgvraag voorkomen wordt. Het bovenstaande figuur gaat uit van de totale zorgcapaciteit, 10-20% capaciteitswinst op chronische zorg (aanname chronische zorg is 25% van totale zorgcapaciteit) vertaalt zich in ~3-5% winst op de totale zorgcapaciteit.
4. **Zorgstraten efficiëntie winst:** Door regionale zorgstraten te organiseren voor electieve ingrepen met extra volume en focus interventies kunnen 'centers of excellence' gemaakt worden. Dit kan naar verwachting resulteren in potentieel 10-15% efficiëntie winst op electieve zorg. Hierbij geldt dat deze capaciteitswinst alleen wordt behaald op de electieve zorg en dat vertaalt zich in ~2-4% winst op de totale zorgcapaciteit (aanname electieve zorg is 25% van totale zorgcapaciteit).
5. **Beschikbaarheids capaciteit delen:** Door effectiever gebruik te maken van capaciteit (bv. acute zorg en diagnostiek) die beschikbaar is in andere ziekenhuizen verwachten we een additionele 5-15% capaciteitswinst te behalen. Hierbij is het uitgangspunt dat een hogere utilisatie haalbaar moet zijn als de faciliteiten beschikbaar zijn voor een grotere groep patiënten, namelijk ook de patiënten van naburige ziekenhuizen als daar even geen plek is.
6. **Openingstijden verruimen:** Daar waar personeel niet de bottleneck vormt in de capaciteit, zorgen uitgebreidere openingstijden voor extra zorgcapaciteit (5-15%). Regulier staat de dure infrastructuur van een ziekenhuis het grootste deel van de week stil (alleen voor spoed in de avonden en weekenden) en dit kan dan optimaler benut worden.
7. **Zorgvraag verdamping:** De inschatting is dat op de langere termijn een deel van de reguliere zorgvraag (10-15%) zal verdampen doordat patiënten minder snel naar de huisarts gaan en huisartsen minder snel verwijzen naar het ziekenhuis bij lange wachtlijsten. Op korte termijn lijkt nu veel meer zorgvraag te verdampen maar dat is naar verwachting een tijdelijk effect en een groot deel zal terugkomen in het systeem.

Als deze *hefbomen* goed benut worden resulteert dat in ~30% extra capaciteit boven de uiteindelijke vraag. Deze extra 30% kan dan worden benut om de wachttijden te reduceren. Het is dus niet nodig om fors te investeren in de totale capaciteit, omdat veel kan worden opgevangen door dingen slimmer te doen.



strategy&

Zoals eerder benoemt zal het COVID-19 virus een stuwmeer aan zorg veroorzaken met oplopende wachttijden tot gevolg. Deze extra 30% capaciteit zal helpen om dit stuwmeer weg te werken, onze verwachting is dat met deze maatregelen het ongeveer tot eind 2021 zal duren om dit te realiseren. Om tot deze termijn te komen hebben we een paar aannames gemaakt:

- Een eerdere analyse van ons laat zien dat in geval dat het zorgsysteem met 50% capaciteit opereert de rest van het jaar, de wachtlijsten met 14 weken zijn opgelopen aan het einde van het jaar. (dit is bovenop de normale wachttijd)
- Het is onze aanname dat het mogelijk is om aan het einde van het jaar weer op 100% capaciteit te zitten door deze hefbomen. Dat betekent dat de gemiddelde capaciteit tot het einde van het jaar 70% is (nu 40% en aan het einde van het jaar 100% dus gemiddeld 70%). Hierdoor zal de wachtlijst met ongeveer 8 weken zijn opgelopen bovenop de normale wachttijd.
- Daarnaast nemen we aan dat het nog 1 jaar zal duren om de hefbomen volledig te benutten en tot 130% capaciteit te komen. Dat betekent dat we gedurende 2021 een gemiddelde capaciteit van 115% hebben. Met andere woorden we lopen dus elke week "0.15 week" in op onze wachtlijst. Hierdoor zal het ~55 weken duren om de opgelopen wachtlijst van 8 weken weg te werken.

Dat betekent we ongeveer eind 2021 door deze hefbomen het door COVID-19 veroorzaakte stuwmeer zullen hebben weggewerkt en de wachttijden weer zullen zijn zoals voor de coronacrisis.

Dit creëert ook een kans voor de toekomst post-COVID-19. Wanneer de traditionele capaciteit weer vrijgespeeld en inzetbaar is voor reguliere zorg kan de nieuwe manier van werken behouden worden, zodat we een deel van de traditionele capaciteit deels kunnen afbouwen (en hiermee bijdragen aan de benodigde reductie van maatschappelijke zorgkosten) of op een andere manier in kunnen zetten (bv. voor meer resilience in het zorgsysteem).

3. Centraal faciliteren van veranderingen in het veld

De corona crisis heeft laten zien dat de zorgsector onder grote druk ook in hoge snelheid tot grote veranderingen in staat is. Ingrijpende veranderingen om corona patiëntenzorg te kunnen bieden, worden geïnitieerd en geregisseerd vanuit de ROAZen en landelijke teams en organisaties.

De crisis parallel is ook te trekken voor het heropstarten van de reguliere zorg. Het aantal corona patiënten is nog hooguit enkele procenten van het totaal aantal unieke patiënten dat onze ziekenhuizen jaarlijks zien. En zoals hierboven betoogd zullen forse veranderingen in deze zorg nodig zijn om het stuwmeer aan niet-COVID-19 zorg het hoofd te kunnen bieden, misschien wel met een langdurige gereduceerde capaciteit. Na het opschalen van IC capaciteit speelt ook landelijke en regionale regie een rol in het heropstarten van de reguliere markt. We worden per slot van rekening nu geconfronteerd met dusdanig grote marktschokken dat regie van een marktmeester die ons begeleidt naar rustiger vaarwater van grote nut kan zijn.

Maar de parallel met de crisis aanpak voor de COVID-19 patiënten gaat slechts gedeeltelijk op. Deze had de 'luke' van een heel duidelijk doel: aantal besmettingen beperken en capaciteit opschalen. Voor de reguliere zorg is het doel diffuser: is het doel zo snel mogelijk capaciteit weer in de lucht krijgen? Of het creëren van zo veel mogelijk COVID-negatieve capaciteit? Of het prioriteren van de zorgvraag (en hoe: op volgorde van gewonnen levensjaren)? Het gaat om zoveel verschillende patiëntgroepen, zoveel verschillende ziektes, zoveel verschillende instellingen, zoveel verschillende organisaties, dat het risico is dat we er ons op centraal niveau al snel aan kunnen vertillen. Bovendien raakt de reguliere zorg directer de financiële belangen van instellingen en professionals, en daarmee ook hun bestaansrecht. Ongetwijfeld is er meer bereidheid over de eigen belangen heen te kijken in tijden van crisis, maar we kunnen, mogen en zouden niet moeten willen



strategy&

verwachten dat deze belangen geen rol spelen. De *drive for excellence* van instellingen om de zorg goed te organiseren en beter te willen zijn dan het buur-ziekenhuis is een belangrijke driver gebleken voor de prestaties van onze zorg: zowel op het gebied van kwaliteit als op het gebied van betaalbaarheid. Hoewel betaalbaarheid in de crisis begrijpelijkwijs iets aan urgentie verliest, weten we ook dat het zodra we de ergste crisis achter de rug hebben weer als een boemerang zal terugkomen.

Het succes invullen van de regierol op het heropstarten van de electieve zorg is ons inziens gelegen in de juiste balans tussen overkoepelende regie en ruimte voor het veld om daarbinnen zo goed mogelijk in te spelen op lokale behoeften. Ons beeld is dat deze regie duidelijk als tijdelijk en kortdurend zou moeten worden ingesteld, zodat de normale (markt)mechanismen zo snel mogelijk weer hun werk kunnen doen.

Dit geeft duidelijke aanknopingspunten voor de betrokken partijen.

Partij	Mogelijke rollen
NZa	<ul style="list-style-type: none"> • Coördineren welk ziekenhuis/ ZBC voor welke zorg wanneer capaciteit in de lucht brengt • Richting geven over of we ziekenhuizen heropenen met aparte stromen voor COVID-19 en niet COVID-19 of dat we bewegen naar COVID-19 vrije en COVID-19 ziekenhuizen • Wegnemen administratieve barrières (betaaltitels voor digitale zorg, DOTs die vaker over meerdere ziekenhuizen zullen lopen, etc.) • Agenderen van keuzes voor ziekenhuizen om zich te focussen op acute zorg, poli-zorg, chronische zorg, en OK zorg • Evalueren van <i>lessons learned</i> over deze periode voor als straks het stelsel weer werkt zonder landelijke regie (e.g. evaluatie van gepast gebruik in verschillende omstandigheden, evaluatie van impact van markt voor verschillende typen zorg etcetera)
ZiNL	<ul style="list-style-type: none"> • Publiceren van ondersteunend cijfermateriaal over gepaste zorg (praktijk variatie tussen ziekenhuizen, evaluatie van hoe zorg verdampst – bijv. Slotervaart studie, evaluatie van mate waarin beter-niet-doen lijsten worden geïmplementeerd) • Kwantitatief duiden van verschillen over effectieve zorg • Discussie initiëren met wetenschappelijke verenigingen waar richtlijnen (tijdelijk) versoberd zouden kunnen worden
Inspectie	<ul style="list-style-type: none"> • Inspecteren met oog op veranderende omstandigheden (waar is ruimte voor zorgverlener net buiten de geldende standaarden om) • Dekking voor ziekenhuizen die gepaste zorg ver doorvoeren en daardoor soms formeel tegen de richtlijnen ingaan
Zorgverzekeraars	<ul style="list-style-type: none"> • Dekken van tijdelijk wegvallende inkomsten via contracteren • Anticiperen van overgangspad voor structureel wegvallende inkomsten • Contracteren van alternatief zorgaanbod waar nodig (ook gevoed door inzichten vanuit het Zorginstituut)
Ziekenhuizen	<ul style="list-style-type: none"> • Ruimte om eigen speerpunten te kiezen en invulling daaraan te geven