TWZiK 15.3.b.iv

KPMG

Transitiekosten Zorgkeuzes in Kaart

Definitieve rapportage

Maart 2020

Inhoud

Managementsamenvatting 3
1. Inleiding 9
2. Methode 11
3. Resultaten onderzoek zes casussen en twee hypothetische beleidsopties en reflectie op de rekenregel 15
4. Aanbevelingen 24

Bijlagen 26
A. Casus 1 - Decentralisatie huishoudelijke hulp 2007 27
B. Casus 2 - Implementatie DOT in ziekenhuizen 2012 37
C. Casus 3 - Vorming Nationale Politie 2013 47
D. Casus 4 - National Program for IT NHS (Engeland) 2002 55
E. Casus 5 - Invoering Quality Outcome Framework (Engeland) 2004 64
F. Casus 6 - Invoering Health and Social Care Act (Engeland) 2012 71
G. Hypothetische beleidsoptie 1 - Medisch specialisten in loondienst 76
H. Hypothetische beleidsoptie 2 - Publiek stelsel met centrale aansturing en regionale uitvoerders 84
I. Visuele weergave methode 1: Kwantitatieve onderbouwing op basis van conceptueel model 92
J. Overzicht resultaten alle scenario's casussen 94

De contactpersonen bij KPMG voor dit rapport zijn:

David Ikkersheim
KPMG Health
Partner
Tel:+31 6 41839626
Ikkersheim.David@kpmg.nl

Arno de Vries
KPMG Health
Senior manager
Tel: +31 6 83555080
deVries.Arno@kpmg.nl

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Onderzoek in vijf stappen naar kwantitatieve onderbouwing rekenregel Zorgkeuzes in Kaart 2015

Onderzoek naar kwantitatieve onderbouwing rekenregel Zorgkeuzes in Kaart 2015

Het doel van Zorgkeuzes in Kaart is om een breed scala aan beleidsopties voor de zorg te inventariseren. Politieke partijen worden in staat gesteld om maatregelen aan te dragen op het gebied van de zorg. Deze worden doorgerekend door het Centraal Planbureau (CPB), het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het ministerie van Financiën. Net als in 2015, bestaat de wens om naast de beleidsopties zelf ook de daarmee gepaard gaande transitiekosten in te schatten. De rekenregel die in 2015 is toegepast (zie tabel op pagina 5), is beperkt kwantitatief onderbouwd.

In dit onderzoek zijn transitiekosten van zes casussen binnen en buiten de zorg in kaart gebracht. Ook zijn twee hypothetische beleidsopties uitgewerkt. Het onderzoek geeft daarmee antwoord op de volgende vragen:

1. Doe een kwantitatieve verkenning naar de kosten van transities (5 à 10).
2. Doe aanvullend onderzoek naar de verwachte grootte van hypothetische beleidsopties in de zorg en de vergelijkbaarheid met andere transities.
3. Reflecteer op de rekenregel voor transitiekosten Zorgkeuzes in Kaart uit 2015.
4. Pas de inzichten van deze verkenningen toe op een nieuw voorstel voor een rekenregel voor transitiekosten in de zorg.

Onderzoek in vijf stappen

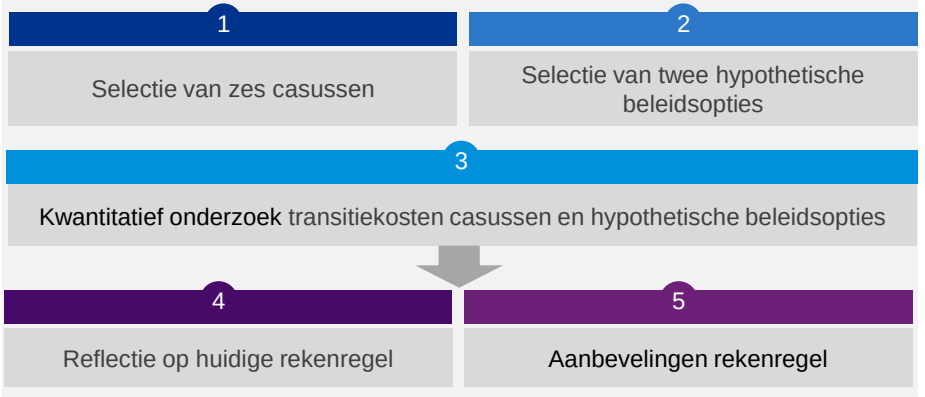
Het onderzoek is uitgevoerd in vijf stappen: 1) selectie van zes casussen, 2) selectie van twee hypothetische beleidsopties, 3) kwantitatief onderzoek transitiekosten, 4) reflectie op de huidige rekenregel en 5) aanbevelingen voor een nieuw voorstel voor een rekenregel. De vijf stappen zijn weergegeven in de figuur rechts.

In stap 3, kwantitatief onderzoek transitiekosten, zijn voor de casussen drie methoden gehanteerd. Transitiekosten zijn bepaald op basis van 1) een conceptueel model, 2) begrote transitiekosten en 3) gerealiseerde transitiekosten. Voor ieder van de zes casussen is steeds gekeken welke methode toegepast kon worden en welke het meest geschikt is. Dit was afhankelijk van beschikbare data.

Transitiekosten voor de twee hypothetische beleidsopties zijn aan de hand van twee varianten gekwantificeerd: 1) theoretische inschattingen en 2) op basis van de mediaan van de gemiddelde transitiekosten van de zes casussen.

Voor alle casussen en hypothetische beleidsopties is gebruik gemaakt van documentatieonderzoek, interviews met experts en analyses van openbare data.

Figuur: methode onderzoek in vijf stappen



© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Kwantitatief onderzoek bij zes casussen ter onderbouwing van de rekenregel transities in de zorg

Transitiekosten voor zes casussen in kaart gebracht

In dit onderzoek zijn voor zes casussen binnen en buiten de zorg transitiekosten in kaart gebracht.

De tabel rechts geeft een overzicht van de resultaten. Per casus is de duur van de transitie gegeven. Daarbij zijn de gemiddelde transitiekosten per jaar berekend als percentage van het totale budget en de cumulatieve transitiekosten over de looptijd van de transitie.

Indien voor een casus meerdere scenario's zijn onderzocht, is in de tabel het meest waarschijnlijke scenario opgenomen. We zijn daarbij zoveel mogelijk uitgegaan van gerapporteerde gerealiseerde transitiekosten. Een overzicht van de resultaten van overige scenario's is opgenomen in bijlage J.

In dit onderzoek hebben we slechts 6 casus onderzocht. Uit deze casus blijkt in de helft van de gevallen een hoger percentage transitiekosten dan de huidige rekenregel. Aangezien de beschreven casus de eerste kwantitatieve analysen zijn over transitiekosten lijkt het voor de hand te liggen de rekenregel naar boven aan te passen. Anderzijds, gaat het hier om slechts 6 casus, met best forse variatie tussen casus. Dit pleit vooral voor het analyseren voor een groter aantal casus om zo een beter, meer betrouwbaar beeld over transitiekosten te ontwikkelen. In casus 1 - Decentralisatie huishoudelijke hulp 2007 en casus 6 - Invoering van de Health and Social Care Act (Engeland) 2012 zijn de gemiddelde transitiekosten per jaar en de cumulatieve transitiekosten het hoogst. Onze bevindingen zijn daarbij mogelijk nog een onderschatting van de transitiekosten doordat niet alle kostencomponenten gerapporteerd, gekwantificeerd en/of vastgelegd worden (zie verdere toelichting op pagina 8).

Tabel: Resultaten kwantitatieve onderbouwing zes casussen binnen en buiten de zorg

Casus[D]	Duur transitie (in jaren)		Gemiddelde transitiekosten per jaar[A,B]		Cumulatieve transitie-kosten[C]
Casus 1 - Decentralisatie huishoudelijke hulp 2007[E]	5	x	6,2%	=	31,0%
Casus 2 - Implementatie DOT in ziekenhuizen 2012	5	x	0,5%	=	2,3%
Casus 3 - Vorming nationale politie 2013	6	x	1,0%	=	6,0%
Casus 4 - National Program for IT NHS (Engeland) 2002[E]	10	x	1,3%	=	13,0%
Casus 5 - Invoering Quality Outcome Framework (Engeland) 2004	6	x	3,2%	=	19,2%
Casus 6 - Invoering Health and Social Care Act (Engeland) 2012	5	x	7,9%	=	39,5%

Noot: (A) Voor casus 1 is scenario 1 weergegeven, voor casus 3 scenario 1, voor casus 4 scenario 2, voor casus 5 scenario 4 en voor casus 6 scenario 3 van variant 1. Voor iedere casus is steeds het meest waarschijnlijke scenario weergegeven, waarbij zoveel mogelijk uitgegaan is van gerealiseerde transitiekosten. Resultaten van overige scenario's zijn opgenomen in bijlage J en bijlage A tot en met F. (B) Indien via documentatieonderzoek, interviews met experts en analyses van openbare data geen data beschikbaar bleek, is gewerkt met schattingen en aannames. (C) Percentage berekend door de som van transitiekosten over alle transitiejaren te delen door de som van het totale budget / de totale uitgave over alle transitiejaren (D) Percentage berekend door de gemiddelde transitiekosten per jaar te vermenigvuldigen met de duur van de transitie. Dit getal is bedoeld om een indicatie te geven van de transitiekosten voor de gehele looptijd van de transitie in vergelijking met de andere casussen. (E) In deze cijfers zijn geleden verliezen door aanbieders en marktpartijen die gerelateerd zijn aan de transitie ook meegerekend. Indien er voor wordt gekozen om uit te gaan van netto collectieve zorguitgaven, en deze verliezen niet mee te nemen, dan komen de gemiddelde transitiekosten per jaar voor casus 1 uit op 2,4% en voor casus 4 op 1,0%.

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Op basis van de onderzochte zes casussen lijkt er geen verband te zijn tussen de duur van de transitie en het cumulatief percentage transitiekosten

Op basis van de onderzochte zes casussen lijkt er geen verband te zijn tussen de duur van de transitie en het cumulatief percentage transitiekosten

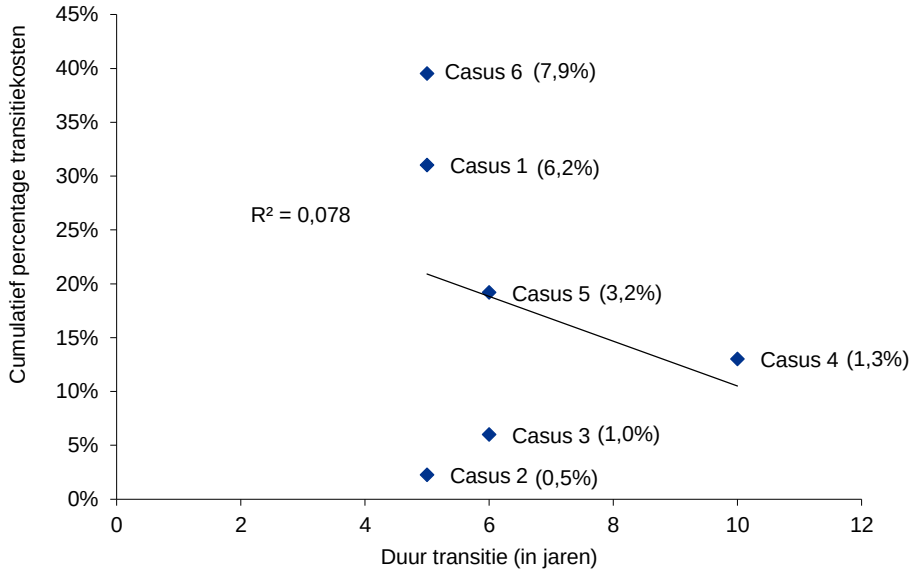
In de huidige rekenregel wordt gewerkt met 3,0% transitiekosten voor kleine stelselwijzigingen (2 jaar), 7,5% voor middelgrote stelselwijzigingen (5 jaar) en 12,0% voor grote stelselwijzigingen (8 jaar). Dit komt neer op 1,5% transitiekosten per jaar. Zie de tabel rechts voor de huidige rekenregel. In de huidige rekenregel worden de cumulatieve transitiekosten daarmee bepaald door de duur van de transitie.

In de grafiek rechts is voor de zes casussen de duur van de transitie afgezet tegen het cumulatief percentage transitiekosten. Voor de onderzochte zes casussen lijkt er geen verband te bestaan tussen de duur van de transitie en het cumulatief percentage transitiekosten (R^2=0,078). Het betekent niet dat definitief vastgesteld kan worden dat er geen verband is, daarvoor is het aantal onderzochte casussen te klein. Het roept echter wel de vraag op of 1,5% maal de duur van de transitie een goede inschatting geeft van de verwachte transitiekosten. We raden aan aanvullend onderzoek te doen naar een groter aantal transities. Uit het onderzoek moet blijken of er mogelijk toch een verband is tussen de duur van de transitie en het cumulatief percentage transitiekosten, of dat het verband inderdaad ontbreekt (zie pagina 8).

Tabel: Huidige rekenregels transitiekosten(1)

Omvang stelselwijziging	Duur transitie (in jaren)		Transitiekosten per jaar		Transitiekosten als % budgettaire grondslag
Klein	2	x	1,5%	=	3,0%
Middelgroot	5	x	1,5%	=	7,5%
Groot	8	x	1,5%	=	12,0%

Er lijkt geen verband te zijn tussen cumulatief percentage transitiekosten en duur van de transitie in jaren
(per casus tussen haakjes de gemiddelde transitiekosten per jaar)



Bronnen: (1) Zorgkeuzes in kaart, Technische werkgroep Zorgkeuzes in kaart (2015)

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

De huidige rekenregel houdt mogelijk onvoldoende rekening met variatie in het percentage jaarlijkse transitiekosten

In de zes onderzochte casussen variëren de percentages jaarlijkse transitiekosten en is het percentage transitiekosten niet gelijk verdeeld over de jaren

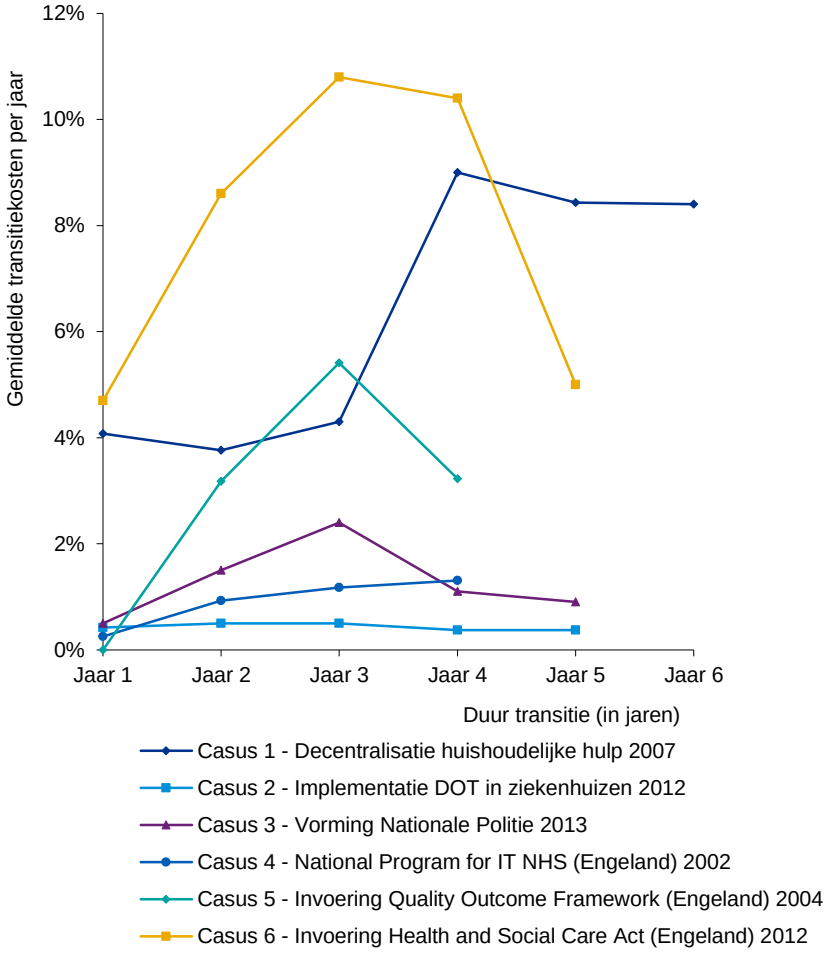
De zes onderzochte casussen laten een variatie zien in de jaarlijkse transitiekosten. Deze variatie heeft betrekking op twee punten:

— De gemiddelde jaarlijkse transitiekosten variëren per casus. In de zes onderzochte casussen is het minimum 0,5%, het maximum 7,9% en de mediaan 2,3%.

— De gemiddelde jaarlijkse transitiekosten veronderstellen een gelijke verdeling van de transitiekosten over de looptijd van de transitie. Echter, in vier van de zes casussen zien we dat het percentage transitiekosten in de eerste jaren toeneemt en daarna weer afneemt. Dit is het geval bij de decentralisatie huishoudelijke hulp (casus 1), de vorming van de Nationale Politie (casus 3), de invoering van het Quality Outcome Framework (casus 5) en de invoering van de Health and Social Care Act (casus 6).

De huidige rekenregel houdt mogelijk onvoldoende rekening met deze variatie. De variatie wordt namelijk niet meegenomen in de huidige rekenregel.

Grafiek: Gemiddelde transitiekosten per jaar



© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Gemiddelde jaarlijkse transitiekosten voor hypothetische beleidsopties op basis van theoretische inschattingen (0,9%[A]) waarschijnlijk een onderschatting

Gemiddelde jaarlijkse transitiekosten voor hypothetische beleidsopties op basis van theoretische inschattingen (0,9%[A]) waarschijnlijk een onderschatting

Naast de zes casussen, is kwantitatief onderzoek gedaan naar twee hypothetische beleidsopties in de zorg om te kijken of dit tot aanvullende inzichten leidt in transitiekosten. De hypothetische beleidsopties zijn geselecteerd op basis van plannen van politieke partijen binnen Zorgkeuzes in Kaart. De beleidsopties zijn daarmee hypothetisch en niet geselecteerd op basis van waarschijnlijkheid. In dit onderzoek worden geen uitspraken gedaan over de (on)wenselijkheid van deze hypothetische beleidsoptie. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de resultaten van de twee hypothetische beleidsopties.

De theoretische inschattingen geven in beide onderzochte hypothetische beleidsopties gemiddelde jaarlijkse transitiekosten van. Dit is lager dan de 1,5% per jaar in de huidige rekenregel. Echter, 0,9% is waarschijnlijk een onderschatting en kan circa vijf tot tien keer hoger liggen. Mogelijke oorzaken van onderschatting zijn:

- De theoretisch inschattingen zijn met name gebaseerd op lopende kosten. Waardeoverdracht en verandering, onzekerheid en gedragseffecten zijn niet of nauwelijks gerapporteerd. Ook konden onzekere factoren niet of nauwelijks gekwantificeerd worden voor beide hypothetische beleidsopties. Denk hierbij aan mogelijke juridische procedures in hypothetische beleidsoptie 2.
- De duur van de transitie (in aantal jaren) is de andere variabelen in het cumulatief percentage transitiekosten. Ook deze variabele kan hoger zijn dan de huidige inschattingen, door bijvoorbeeld juridische procedures die mogelijk langer duren dan op voorhand ingeschat.

Waardeoverdracht grote kostencomponent, maar moeilijk in kaart te brengen

Daarnaast zijn er transitiekosten van het type ‘waardeoverdracht’. Het gaat in de twee hypothetische beleidsopties om de afkoopsom ter compensatie van de misgelopen goodwill van de vrijgevestigde medisch specialisten en om waardeoverdracht van zorgverzekeraars. Deze kosten vallen buiten de genoemde 1,5% transitiekosten in de huidige rekenregel. In beide hypothetische beleidsopties is waardeoverdracht een grote kostencomponent, maar deze component is moeilijk in kaart te brengen.

Tabel: Resultaten kwantitatieve onderbouwing twee hypothetische beleidsopties in de zorg (exclusief waardeoverdracht)

Hypothetische beleidsoptie	Variant	Duur transitie (in jaren)		Gemiddelde transitie-kosten per jaar[A,B,C]		Cumulatieve transitie-kosten[D]
1 - Medisch specialisten in loondienst	Variant 1: theoretische inschattingen	5	x	0,9%	=	4,3%
2 - Publiek stelsel met centrale aansturing en regionale uitvoerders	Variant 1: theoretische inschattingen	10	x	0,9%	=	9,3%

Noot:
(A) Exclusief waardeoverdracht.
(B) Indien via documentatieonderzoek, interviews met experts en analyses van openbare data geen data beschikbaar bleek, is gewerkt met schattingen en aannames.
(C) Percentage berekend door de som van hypothetische transitiekosten over alle transitiejaren te delen door de som van het totale budget / de totale uitgave over alle transitiejaren
(D) Cumulatieve hypothetische transitiekosten berekend door de gemiddelde transitiekosten per jaar te vermenigvuldigen met de duur van de transitie. Dit getal is bedoeld om een indicatie te geven van de transitiekosten voor de gehele looptijd van de transitie in vergelijking met de andere casussen.

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Huidige rekenregel leidt waarschijnlijk deels tot onderschatting transitiekosten. Aanvullend onderzoek nodig om dit te bevestigen

De huidige rekenregel leidt waarschijnlijk deels tot een onderschatting van de transitiekosten

De huidige rekenregel gaat uit van 3,0% transitiekosten voor kleine stelselwijzigingen (2 jaar), 7,5% voor middelgrote stelselwijzigingen (5 jaar) en 12,0% voor grote stelselwijzigingen (8 jaar). Dit komt neer op 1,5% transitiekosten per jaar. Op basis van dit onderzoek lijkt 1,5% maal de duur van de transitie een onderschatting van de transitiekosten te geven.

— De gemiddelde jaarlijkse transitiekosten variëren per casus. Op basis van de zes onderzochte casussen is de mediaan 2,3%, het minimum 0,5%, en het maximum 7,9%. Drie casussen lijken een hoger gemiddeld jaarlijks percentage te hebben dan 1,5% en drie lager dan 1,5%. Mogelijk leidt de rekenregel voor deze drie casussen tot een onderschatting van de transitiekosten.

— Het gemiddeld jaarlijks percentage transitiekosten voor de andere drie casussen komt op basis van beschikbare data lager uit dan 1,5%. Onze bevindingen zijn daarbij mogelijk nog een onderschatting van de transitiekosten doordat niet alle kostencomponenten gerapporteerd, gekwantificeerd en/of vastgelegd worden(A). Voorbeelden zijn de extra kosten die ziekenhuizen hebben gemaakt bij accountants voor hun jaarcontroles bij de implementatie van DOT's en de transitiekosten die huisartsen hebben gemaakt om het QOF te implementeren. Oorzaken lijken te zijn:
  - De lopende kosten worden onderschat, onder andere omdat de transitiekosten moeilijk te scheiden zijn van de kosten voor de dagelijkse bedrijfsvoering. Dit geldt bijvoorbeeld voor de casus van de vorming van de Nationale Politie.
  - Onzekerheid en gedragseffecten zijn als transitiekosten niet of nauwelijks gerapporteerd in bijvoorbeeld begrotingen en jaarrekeningen.

— Daarnaast zijn waardeoverdracht en verandering geen onderdeel van de huidige rekenregel. Echter, in beide hypothetische beleidsopties wordt waardeoverdracht ingeschat als een grote kostencomponent.

Aanvullend onderzoek nodig om dit te bevestigen en eventueel tot een nieuw voorstel voor een rekenregel te komen

In het huidige onderzoek zijn zes casussen en twee hypothetische beleidsopties gekwantificeerd. De transitiekosten van de zes casussen lopen uiteen. De transitiekosten van de hypothetische beleidsopties geven waarschijnlijk een onderschatting. De resultaten leveren daarmee niet een duidelijk en eenduidig beeld op. Om te komen tot een nieuw voorstel voor een rekenregel raden wij aan om aanvullend onderzoek uit te voeren. Alleen op basis van een groot aantal casussen, kunnen meer algemene conclusies getrokken worden en kan een nieuwe rekenregel opgesteld worden.

We raden aan om te starten met circa tien casussen per ministerie, wat neerkomt op een totaal van ongeveer 120 casussen. We raden aan transities uit te werken die verschillen in type en omvang, zodat ook de variatie tussen casussen onderzocht kan worden. Denk hierbij bijvoorbeeld aan transities met een verschillende duur, binnen en buiten de zorg, en bijvoorbeeld in verschillende subsectoren van de zorg, met en zonder grote IT-component en met en zonder personele regorganisatie.

Noot: (A) Dit geldt voor alle zes de casussen, waar mogelijk is in er gewerkt met aannames om tot een kwantificering te komen. Dit is niet altijd gelukt, met name voor onzekerheid en gedragseffecten.

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

1. Inleiding

Reflectie op de rekenregel transitiekosten Zorgkeuzes in Kaart op basis van kwantitatief onderzoek

Zorgkeuzes in Kaart 2020 om beleidsopties in de zorg te inventariseren

Het kabinet heeft besloten om in opvolging van het traject Zorgkeuzes in Kaart uit 2015 een nieuw traject te starten: Zorgkeuzes in Kaart 2020. Het doel van Zorgkeuzes in Kaart is om een breed scala aan beleidsopties voor de zorg te inventariseren. Politieke partijen worden in staat gesteld om maatregelen aan te dragen op het gebied van de zorg. Deze worden doorgerekend door het Centraal Planbureau (CPB), het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het ministerie van Financiën. Hiermee wil het kabinet samen met het CPB ondersteuning bieden aan de toekomstige politieke besluitvorming over de zorg.

Onderbouwing bij huidige rekenregel transitiekosten Zorgkeuzes in Kaart is beperkt

Net als in 2015, bestaat de wens om naast de beleidsopties zelf ook de daarmee gepaard gaande transitiekosten in te schatten. De rekenregel die in 2015 is toegepast, is beperkt kwantitatief onderbouwd. Het is daarom wenselijk om de regel opnieuw tegen het licht te houden, kwantitatieve onderbouwing te zoeken en waar nodig aanpassingen te maken.

Uw vraag

Dit heeft geleid tot de volgende vraagstelling van voorliggend onderzoek:

1. Doe een kwantitatieve verkenning naar de kosten van transities (5 à 10).
2. Doe aanvullend onderzoek naar de verwachte grootte van hypothetische beleidsopties in de zorg en de vergelijkbaarheid met andere transities.
3. Reflecteer op de rekenregel voor transitiekosten Zorgkeuzes in Kaart uit 2015.
4. Pas de inzichten van deze verkenningen toe op een nieuw voorstel voor een rekenregel voor transitiekosten in de zorg.

Scope van het onderzoek: kwantitatieve onderbouwing van de rekenregel

In dit onderzoek zijn transitiekosten in kaart gebracht van zes casussen binnen en buiten de zorg en van twee hypothetische beleidsopties. Het onderzoek beperkt zich tot deze zes casussen en twee hypothetische beleidsopties. Op basis hiervan is een kwantitatieve onderbouwing van en reflectie op de rekenregel gegeven.

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

2. Methode

Beantwoording van de onderzoeksvragen aan de hand van zes stappen

Beantwoording van de vragen aan de hand van een methode in vijf stappen

De onderzoeksvragen worden beantwoord met een methode die bestaat uit vijf stappen (rechts weergegeven en onderstaand beschreven).

1. Selectie zes casussen: met het Ministerie van VWS, het CPB en het Ministerie van Financiën zijn zes casussen geselecteerd van stelselwijzigingen. De stelselwijzigingen vallen binnen en buiten de zorg, vinden plaats in Nederland en in Engeland en variëren in omvang.
2. Selecteren twee hypothetische beleidsopties: met het Ministerie van VWS, het CPB en het Ministerie van Financiën zijn twee hypothetische beleidsopties in de zorg geselecteerd. De hypothetische beleidsopties zijn geselecteerd op basis van plannen van politieke partijen binnen Zorgkeuzes in Kaart. De beleidsopties zijn daarmee hypothetisch en niet geselecteerd op basis van waarschijnlijkheid. In dit onderzoek worden geen uitspraken gedaan over de (on)wenselijkheid van deze hypothetische beleidsoptie.
3. Kwantitatief onderzoek transitiekosten: voor alle casussen en hypothetische beleidsopties is eerst de transitie in kaart gebracht en vervolgens zijn de transitiekosten gekwantificeerd. Dit is voor de casussen gedaan aan de hand van drie methoden (zie volgende pagina) en voor de hypothetische beleidsopties zijn twee varianten berekend (zie volgende pagina). *Hoofdstuk 3* bevat de uitkomsten van het kwantitatieve onderzoek van de casussen en de hypothetische beleidsopties. Bijlage A tot en met H bevatten de achterliggende uitwerkingen per casus en hypothetische beleidsoptie.
4. Reflectie op huidige rekenregel: op basis van stap 3 is gereflecteerd op de huidige rekenregel. Resultaten zijn beschreven in *hoofdstuk 3*.
5. Tot slot zijn aanbevelingen opgesteld voor de rekenregel transitiekosten in de zorg, beschreven in *hoofdstuk 4*.

Figuur: Methode onderzoek in vijf stappen

Tabel: Zes casussen 1

Decentralisatie huishoudelijke hulp 2007
Implementatie DOT in ziekenhuizen 2012
Vorming nationale politie 2013
National Program for IT NHS (Engeland) 2002
Invoering Quality Outcome Framework (Engeland) 2004
Invoering Health and Social Care Act (Engeland) 2012

Tabel: Twee hypothetische beleidsopties in de zorg 2

Medisch specialisten in loondienst
Publiek stelsel met centrale aansturing en regionale uitvoerders

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Casussen gekwantificeerd aan de hand van drie methoden en voor hypothetische beleidsopties twee varianten berekend

Casussen gekwantificeerd aan de hand van drie methoden

In dit onderzoek zijn drie methoden gehanteerd. Voor ieder van de zes casussen is gekeken welke methode toegepast kan worden en welke het meest geschikt is. Dit was afhankelijk van beschikbare data. De drie methoden zijn:

1. Berekening op basis van conceptueel model. Het model gaat uit van 1) de totale kosten na de transitie (P x Q), 2) de totale kosten (P x Q) gecorrigeerd voor prijs- en volumeontwikkeling en 3) geschatte totale kosten (P x Q) zonder transitie. Het verschil tussen 2 en 3 zijn de transitiekosten. Een visuele weergave van deze methode is opgenomen in bijlage I. Deze methode is toegepast bij drie casussen.
2. Begrote transitiekosten: in kaart gebracht op basis van begrotingscijfers.
3. Gerealiseerde transitiekosten: in kaart gebracht op basis van bijvoorbeeld evaluaties en jaarrekeningen.

Voor alle drie de methoden is gebruik gemaakt van documentatieonderzoek, interviews met experts en analyses van openbare data.

Transitiekosten hypothetische beleidsopties zijn aan de hand van twee varianten gekwantificeerd

Voor de twee hypothetische beleidsopties zijn steeds twee varianten berekend:

1. Variant 1 - theoretische inschattingen: de kwantificering van transitiekosten en onderliggende aannames zijn gebaseerd op inschattingen van met name de lopende kosten. Daarbij zijn gedragseffecten en onvoorziene kosten de grote onzekere factoren, wat waarschijnlijk resulteert in een onderschatting van de transitiekosten in deze variant. Ook zijn relatief kleinere en onzekere kostenposten niet meegenomen, wat mogelijk zorgt voor een verdere onderschatting.
2. Variant 2 - mediaan: transitiekosten zijn bepaald op basis van de mediaan van de gemiddelde transitiekosten van de zes casussen (2,25%).

Figuur: Drie methoden om zes casussen te kwantificeren

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Drie fasen van transitieproces in kaart gebracht. Met name data van lopende kosten beschikbaar

Drie fasen van transitieproces in kaart gebracht

In het conceptueel model ontwikkeld voor Zorgkeuzes in Kaart 2015 wordt onderscheid gemaakt in drie fases van het transitieproces(1):

1) Verstoring evenwicht
2) Transitie
3) Naar nieuw evenwicht

Voor ieder van de casussen en hypothetische beleidsopties zijn deze drie fasen in kaart gebracht.

Met name data van lopende kosten beschikbaar

In het conceptueel model Zorgkeuzes in Kaart 2015 wordt onderscheid gemaakt in vier typen transitiekosten:

a) Lopende kosten
b) Waardeoverdracht en verandering
c) Onzekerheid
d) Gedragseffecten

In dit onderzoek zijn de vier typen kosten zoveel mogelijk gekwantificeerd. Echter, de data beschikbaar via documentenonderzoek, interviews en analyse van openbare data bevatte met name lopende kosten. Waardeoverdracht en verandering, onzekerheid en gedragseffecten werden niet of nauwelijks onderscheiden.

In de huidige rekenregel wordt gewerkt met 3,0% transitiekosten voor kleine stelselwijzigingen (2 jaar), 7,5% voor middelgrote stelselwijzigingen (5 jaar) en 12,0% voor grote stelselwijzigingen (8 jaar). Dit komt neer op 1,5% transitiekosten per jaar. Zie onderstaande tabel voor de huidige rekenregel. In deze percentages zijn a) de lopende kosten, c) onzekerheid en d) gedragseffecten meegenomen. b) waardeoverdracht en verandering zijn geen onderdeel van de huidige rekenregel.

Tabel: Huidige rekenregels transitiekosten(2)

Omvang stelselwijziging	Duur transitie (in jaren)		Transitiekosten per jaar		Transitiekosten als % budgettaire grondslag
Klein	2	x	1,5%	=	3,0%
Middelgroot	5	x	1,5%	=	7,5%
Groot	8	x	1,5%	=	12,0%

Bronnen: (1) Transitiekosten van stelselwijzigingen in de zorg, SIRM (2015), (2) Zorgkeuzes in kaart, Technische werkgroep Zorgkeuzes in kaart (2015)

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

3. Resultaten onderzoek zes casussen en twee hypothetische beleidsopties en reflectie op de rekenregel

Kwantitatief onderzoek bij zes casussen ter onderbouwing van de rekenregel transities in de zorg

Transitiekosten voor zes casussen in kaart gebracht

In dit onderzoek zijn voor zes casussen binnen en buiten de zorg transitiekosten in kaart gebracht.

De tabel rechts geeft een overzicht van de resultaten. Per casus is de duur van de transitie gegeven. Daarbij zijn de gemiddelde transitiekosten per jaar berekend als percentage van het budget en de cumulatieve transitiekosten over de looptijd van de transitie. De achterliggende uitwerking van de casussen is opgenomen in bijlage A tot en met F. Indien voor een casus meerdere scenario's zijn onderzocht, is in de tabel het meest waarschijnlijke scenario opgenomen. We zijn daarbij zoveel mogelijk uitgegaan van gerapporteerde gerealiseerde transitiekosten. Een overzicht van de resultaten van overige scenario's is opgenomen in bijlage J.

In dit onderzoek hebben we slechts 6 casus onderzocht. Uit deze casus blijkt in de helft van de gevallen een hoger percentage transitiekosten dan de huidige rekenregel. Aangezien de beschreven casus de eerste kwantitatieve analysen zijn over transitiekosten lijkt het voor de hand te liggen de rekenregel naar boven aan te passen. Anderzijds, gaat het hier om slechts 6 casus, met best forse variatie tussen casus. Dit pleit vooral voor het analyseren voor een groter aantal casus om zo een beter, meer betrouwbaar beeld over transitiekosten te ontwikkelen. In casus 1 - Decentralisatie huishoudelijke hulp 2007 en casus 6 - Invoering van de Health and Social Care Act (Engeland) 2012 zijn de gemiddelde transitiekosten per jaar en de cumulatieve transitiekosten het hoogst. Onze bevindingen zijn daarbij mogelijk nog een onderschatting van de transitiekosten doordat niet alle kostencomponenten gerapporteerd, gekwantificeerd en/of vastgelegd worden (zie verdere toelichting op pagina 22).

Tabel: Resultaten kwantitatieve onderbouwing zes casussen binnen en buiten de zorg

Casus[A]	Duur transitie (in jaren)		Gemiddelde transitiekosten per jaar[B,C]		Cumulatieve transitie-kosten[D]
Casus 1 - Decentralisatie huishoudelijke hulp 2007[E]	5	x	6,2%	=	31,0%
Casus 2 - Implementatie DOT in ziekenhuizen 2012	5	x	0,5%	=	2,3%
Casus 3 - Vorming nationale politie 2013	6	x	1,0%	=	6,0%
Casus 4 - National Program for IT NHS (Engeland) 2002[E]	10	x	1,3%	=	13,0%
Casus 5 - Invoering Quality Outcome Framework (Engeland) 2004	6	x	3,2%	=	19,2%
Casus 6 - Invoering Health and Social Care Act (Engeland) 2012	5	x	7,9%	=	39,5%

Noot: (A) Voor casus 1 is scenario 1 weergegeven, voor casus 3 scenario 1, voor casus 4 scenario 2, voor casus 5 scenario 4 en voor casus 6 scenario 3 van variant 1. Voor iedere casus is steeds het meest waarschijnlijke scenario weergegeven, waarbij zoveel mogelijk uitgegaan is van gerealiseerde transitiekosten. Resultaten van overige scenario's zijn opgenomen in bijlage J en bijlage A tot en met F. (B) Indien via documentatieonderzoek, interviews met experts en analyses van openbare data geen data beschikbaar bleek, is gewerkt met schattingen en aannames. (C) Percentage berekend door de som van transitiekosten over alle transitiejaren te delen door de som van het totale budget / de totale uitgave over alle transitiejaren (D) Percentage berekend door de gemiddelde transitiekosten per jaar te vermenigvuldigen met de duur van de transitie. Dit getal is bedoeld om een indicatie te geven van de transitiekosten voor de gehele looptijd van de transitie in vergelijking met de andere casussen. (E) In deze cijfers zijn geleden verliezen door aanbieders en marktpartijen die gerelateerd zijn aan de transitie ook meegerekend. Indien er voor wordt gekozen om uit te gaan van netto collectieve zorguitgaven, en deze verliezen niet mee te nemen, dan komen de gemiddelde transitiekosten per jaar voor casus 1 uit op 2,4% en voor casus 4 op 1,0%.

KPMG © 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

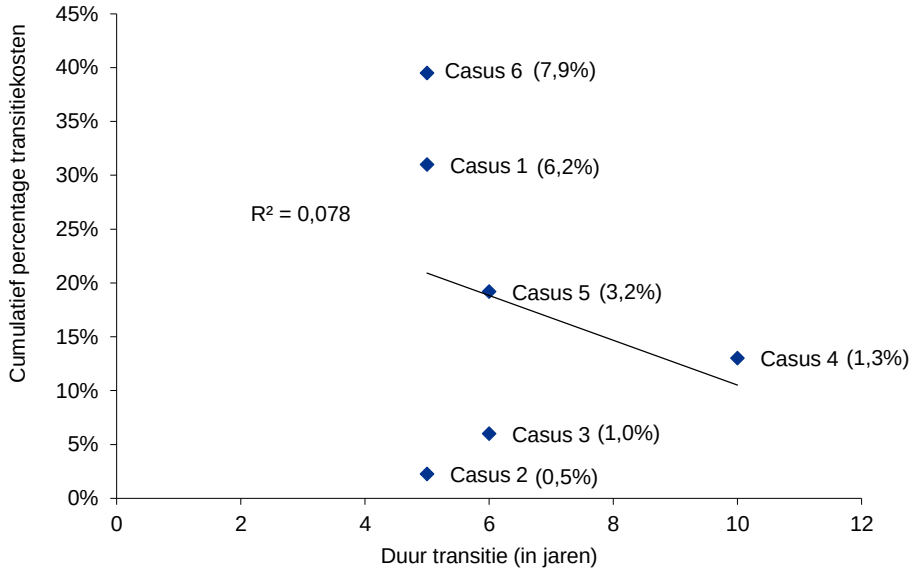
Op basis van de onderzochte zes casussen lijkt er geen verband te zijn tussen de duur van de transitie en het cumulatief percentage transitiekosten

Op basis van de onderzochte zes casussen lijkt er geen verband te zijn tussen de duur van de transitie en het cumulatief percentage transitiekosten

In de huidige rekenregel wordt gewerkt met 3,0% transitiekosten voor kleine stelselwijzigingen (2 jaar), 7,5% voor middelgrote stelselwijzigingen (5 jaar) en 12,0% voor grote stelselwijzigingen (8 jaar). In de huidige rekenregel worden de cumulatieve transitiekosten daarmee bepaald door de duur van de transitie.

In de grafiek rechts is voor de zes casussen de duur van de transitie afgezet tegen het cumulatief percentage transitiekosten. Voor de onderzochte zes casussen lijkt er geen verband te bestaan tussen de duur van de transitie en het cumulatief percentage transitiekosten (R^2=0,078). De vraag is daarmee of 1,5% maal de duur van de transitie een goede inschatting geeft van de verwachte transitiekosten. We raden aan aanvullend onderzoek te doen naar een groter aantal transities. Uit het onderzoek moet blijken of er mogelijk toch een verband is tussen de duur van de transitie en het cumulatief percentage transitiekosten, of dat het verband inderdaad ontbreekt (zie hoofdstuk 4).

Grafiek: Er lijkt geen verband te zijn tussen cumulatief percentage transitiekosten en duur van de transitie in jaren
(per casus tussen haakjes de gemiddelde transitiekosten per jaar)



Bronnen: (1) Zorgkeuzes in kaart, Technische werkgroep Zorgkeuzes in kaart (2015)

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

De huidige rekenregel houdt mogelijk onvoldoende rekening met variatie in het percentage jaarlijkse transitiekosten

In de zes onderzochte casussen variëren de percentages jaarlijkse transitiekosten en is het percentage transitiekosten niet gelijk verdeeld over de jaren

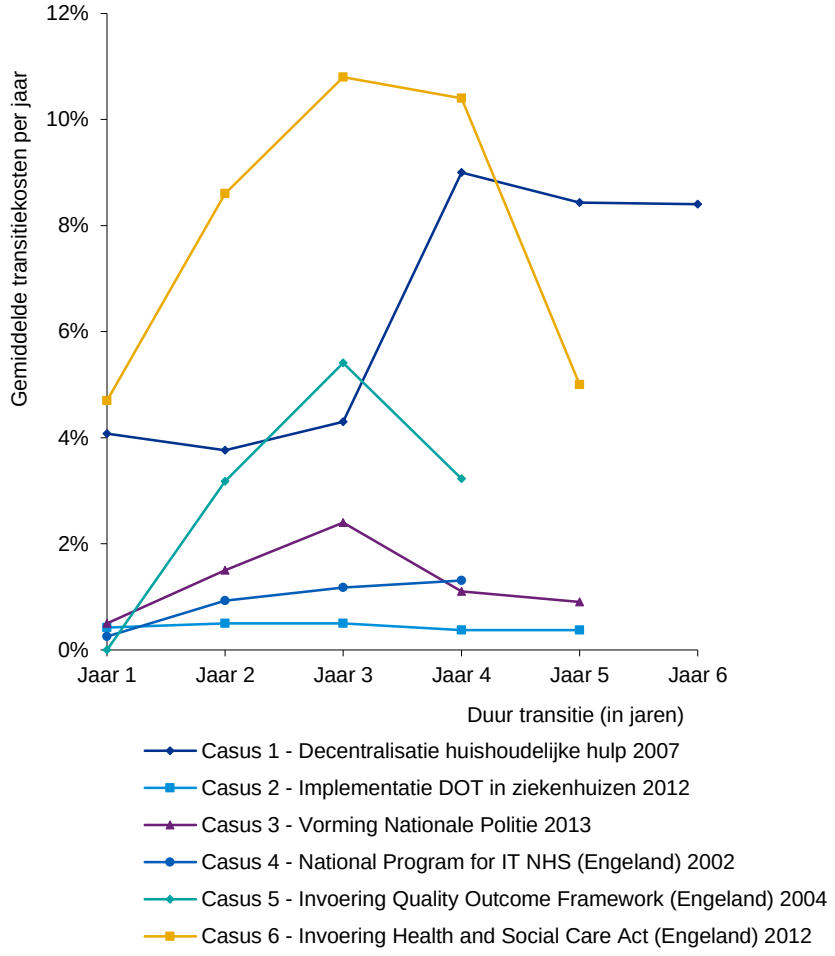
De zes onderzochte casussen laten een variatie zien in de jaarlijkse transitiekosten. Deze variatie heeft betrekking op twee punten:

— De gemiddelde jaarlijkse transitiekosten variëren per casus. In de zes onderzochte casussen is het minimum 0,5%, het maximum 7,9% en de mediaan 2,3%.

— De gemiddelde jaarlijkse transitiekosten veronderstellen een gelijke verdeling van de transitiekosten over de looptijd van de transitie. Echter, in vier van de zes casussen zien we dat het percentage transitiekosten in de eerste jaren toeneemt en daarna weer afneemt. Dit is het geval bij de decentralisatie huishoudelijke hulp (casus 1), de vorming van de Nationale Politie (casus 2), de invoering van het Quality Outcome Framework (casus 5) en de invoering van de Health and Social Care Act (casus 6).

De huidige rekenregel houdt mogelijk onvoldoende rekening met deze variatie. De variatie wordt namelijk niet meegenomen in de huidige rekenregel.

Grafiek: Gemiddelde transitiekosten per jaar



© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Geen eenduidige verklaring voor de verschillen in percentages transitiekosten van de zes casussen (1/2)

Geen eenduidige verklaring voor relatief hoge cumulatieve transitiekosten in casus 1 en casus 6 (31,0% en 39,5%)

Zoals op de vorige pagina te zien is, variëren de gemiddelde jaarlijkse transitiekosten. In casus 1 (Decentralisatie huishoudelijke hulp 2007) en casus 6 (Invoering Health and Social Care Act (Engeland) 2012) zijn de gemiddelde transitiekosten per jaar (respectievelijk 6,2% en 7,9%) en de cumulatieve transitiekosten (respectievelijk 31,0% en 39,5%) het hoogst. Nader onderzoek onder deze casussen lijkt echter geen eenduidige verklaring te geven voor de relatief hoge percentages transitiekosten ten opzichte van de andere casussen.

- In de casus over decentralisatie van huishoudelijke hulp zijn de grootste kostencomponenten het bedrag dat VWS heeft betaald aan gemeenten en de verliezen die aanbieders hebben geleden (onder andere door de toename van marktwerking en de druk op tarieven). Ook in het scenario waarin 75% van de verliezen voor aanbieders meegenomen zijn, blijft het percentage transitiekosten relatief hoog in vergelijking met andere casussen (gemiddeld 5,3% per jaar). Aanbieders waren de eerste jaren na de implementatie van de Wmo nog onvoldoende in staat om zich aan te passen aan de nieuwe situatie, waardoor zij verliezen hebben gemaakt. Deze verliezen worden gezien als transitiekosten. In de daaropvolgende jaren hebben aanbieders strategische keuzes gemaakt en/of de bedrijfsvoering aangepast om aan te sluiten bij de nieuwe werkelijkheid, waarna een nieuwe normaal ontstond.
- Net als in de casus over huishoudelijke hulp, zijn ook in de casus over het National Program for IT grote verliezen geleden, in dit geval door de IT-leveranciers. Bij het NPfIT heeft dit echter niet geleid tot dergelijke hoge percentages transitiekosten.
- In de casus van de Health and Social Care Act is de grootste kostencomponent afvloeiingskosten voor het afvloeien van personeel dat overgeplaatst moest worden. Deze kostencomponenten zijn verschillend en op basis daarvan kan dus geen eenduidige verklaring gegeven worden voor de hogere transitiekosten in deze casussen. Net als de Health and Social Care Act, is ook de vorming van de Nationale Politie een grote reorganisatie waarbij frictiekosten gemaakt zijn (bijvoorbeeld voor verhuizingen en woon-werkverkeer voor de reorganisatie). Echter, bij de vorming van de Nationale Politie heeft dit niet geleid tot dergelijke hoge percentages transitiekosten.

Grondslag (noemer) heeft invloed op het percentage transitiekosten, maar geeft geen eenduidige verklaring voor verschillen tussen de zes casussen

De grondslag (noemer in de berekening om te komen tot het percentage transitiekosten) heeft een aanzienlijke invloed op het percentage transitiekosten. Het kiezen van een smallere of juist bredere grondslag, kan een grote impact hebben op het percentage transitiekosten. In het onderzoek is als grondslag uitgegaan van de totale uitgaven binnen het domein waarop de transitie betrekking heeft (zie tabel op de volgende pagina voor grondslag per casus). In casus 1 (Decentralisatie huishoudelijke hulp 2007) is de grondslag bijvoorbeeld het totale budget huishoudelijke hulp, in casus 2 (Implementatie DOT in ziekenhuizen 2012) het budget van ziekenhuizen en in casus 3 (Vorming nationale politie 2013) de totale exploitatiekosten van de politie. In casus 6 zijn twee varianten berekend met een verschillende grondslag.

Hoewel de grondslag invloed heeft op het percentage transitiekosten, geeft het geen eenduidige verklaring voor verschillen tussen de zes casussen.

- In de casus over huishoudelijke hulp is de grondslag het totale budget huishoudelijke hulp. Dit is in lijn met de andere casussen.

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Geen eenduidige verklaring voor de verschillen in percentages transitiekosten van de zes casussen (2/2)

— In de casus van de Health and Social Care Act is de grondslag de totale jaarlijkse uitgaven om de zorginkoop uit te kunnen voeren, vallend onder Health and Social Care van de NHS.(A) Als alternatief is een variant 2 berekend, met als grondslag het totale budget van de Department of Health and Social Care van de NHS. Het percentage transitiekosten is in deze variant lager, omdat de grondslag hoger is. Echter, het lijkt niet zuiver om uit te gaan van het totale budget van het Department of Health and Social Care van de NHS, omdat de casus specifiek betrekking heeft op de transitie naar de Health and Social Care Act en de verschuiving van inkoopmacht die daarmee gepaard ging. Het totale budget van het Department of Health and Social Care van de NHS is naar onze mening een te brede grondslag en geeft een onrealistisch laag percentage transitiekosten.

In beide gevallen lijkt dit daarom niet de verklarende factor te zijn voor een hoger cumulatief percentage transitiekosten.

Aanvullend onderzoek nodig om verklaringen voor hogere transitiekosten in kaart te brengen

Wij raden aan aanvullend onderzoek te doen onder meer casussen om verklaringen voor variatie in transitiekosten in kaart te brengen.

Casus	Grondslag	Toelichting op grondslag
Casus 1 - Decentralisatie huishoudelijke hulp 2007	Totale budget huishoudelijke hulp	Totale uitgaven binnen het domein waarop de transitie betrekking heeft
Casus 2 - Implementatie DOT in ziekenhuizen 2012	Budget van ziekenhuizen	Totale uitgaven binnen het domein waarop de transitie betrekking heeft
Casus 3 - Vorming nationale politie 2013	Totale exploitatiekosten van de politie	Totale uitgaven binnen het domein waarop de transitie betrekking heeft
Casus 4 - National Program for IT NHS (Engeland) 2002	Totale NHS uitgaven (cumulatief voor de periode)	Totale uitgaven binnen het domein waarop de transitie betrekking heeft
Casus 5 - Invoering Quality Outcome Framework (Engeland) 2004	Totale uitgaven huisartsenzorg na de transitie	Totale uitgaven binnen het domein waarop de transitie betrekking heeft
Variant 1 Casus 6 - Invoering Health and Social Care Act (Engeland) 2012 –	Totale administratiekosten(A) van Department of Health	Totale uitgaven om zorginkoop jaarlijks plaats te laten vinden, die betrekking hebben op de transitie (gehanteerd in business case berekening NHS)
Variant 2 Casus 6 - Invoering Health and Social Care Act (Engeland) 2012 –	Budget van de Department of Health and Social Care van de NHS	Te brede grondslag: casus heeft specifiek betrekking op transitie van zorginkoop binnen de Health and Social Care Act (verschuiving van inkoopmacht).

Noot: (A) betreft jaarlijkse kosten om de zorginkoop uit te kunnen voeren, in de specifieke casus jaarlijkse kosten voor PCTs en SHAs en na de transitie voor de CCGs

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Gemiddelde jaarlijkse transitiekosten voor hypothetische beleidsopties op basis van theoretische inschattingen (0,9%(A)) waarschijnlijk een onderschatting

Gemiddelde jaarlijkse transitiekosten voor hypothetische beleidsopties op basis van theoretische inschattingen (0,9%(A)) waarschijnlijk een onderschatting

Naast de zes casussen, is kwantitatief onderzoek gedaan naar twee hypothetische beleidsopties in de zorg om te kijken of dit tot andere inzichten leidt in transitiekosten. De hypothetische beleidsopties zijn geselecteerd op basis van plannen van politieke partijen binnen Zorgkeuzes in Kaart. De beleidsopties zijn daarmee hypothetisch en niet geselecteerd op basis van waarschijnlijkheid. In dit onderzoek worden geen uitspraken gedaan over de (on)wenselijkheid van deze hypothetische beleidsoptie. De tabel op de volgende pagina geeft een overzicht van de resultaten van de twee hypothetische beleidsopties. De achterliggende uitwerking is opgenomen in bijlage G en H.

De theoretische inschattingen geven in beide onderzochte hypothetische beleidsopties gemiddelde jaarlijkse transitiekosten van. Dit is lager dan de 1,5% per jaar in de huidige rekenregel. Echter, 0,9% is waarschijnlijk een onderschatting en kan op basis van ruimte in de schatting vijf tot tien keer hoger liggen. Mogelijke oorzaken van onderschatting zijn:

— De theoretisch inschattingen zijn met name gebaseerd op lopende kosten. Waardeoverdracht en verandering, onzekerheid en gedragseffecten zijn niet of nauwelijks gerapporteerd. Ook konden onzekere factoren niet of nauwelijks gekwantificeerd worden voor beide hypothetische beleidsopties. Denk hierbij aan mogelijke juridische procedures in hypothetische beleidsoptie 2.

— De duur van de transitie (in aantal jaren) is de andere variabelen in het cumulatief percentage transitiekosten. Ook deze variabele kan hoger zijn dan de huidige inschattingen.

De kwantificering van transitiekosten en onderliggende aannames zijn in deze variant gebaseerd op inschattingen. De daadwerkelijke uitkomsten van deze schattingen kunnen in de praktijk anders uitpakken.

Op basis van de mediaan van de casussen zijn de cumulatieve transitiekosten tweeëneenhalf keer hoger

Op basis van de mediaan van de zes casussen (2,3%) zijn de cumulatieve transitiekosten tweeëneenhalf keer hoger dan de transitiekosten op basis van de theoretische inschattingen, die voornamelijk een kwantificering van de lopende kosten bevatten. Dit is hoger dan de 1,5% in de huidige rekenregel.

Noot: (A) Exclusief waardeoverdracht.

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Gemiddelde jaarlijkse transitiekosten voor hypothetische beleidsopties op basis van theoretische inschattingen 0,9%(A) en op basis van mediaan 2,3%

Waardeoverdracht grote kostencomponent, maar moeilijk in kaart te brengen

Daarnaast zijn er transitiekosten van het type 'waardeoverdracht'. Het gaat in de twee hypothetische beleidsopties om de afkoopsom ter compensatie van de misgelopen goodwill van de vrijgevestigde medisch specialisten en om waardeoverdracht van zorgverzekeraars. Deze kosten vallen buiten de genoemde 1,5% transitiekosten in de huidige rekenregel.

— Voor de hypothetische beleidsoptie medisch specialisten in loondienst zijn de transitiekosten inclusief waardeoverdracht geschat op €2,9 miljard, wat neerkomt op 53,5% van het honorarium voor medisch specialisten. Echter, dit is waarschijnlijk een onderschatting, omdat dit gebaseerd is op vrijwillige vertrek van medisch specialisten aan het eind van de carrière, omdat hier mogelijk nog een productiviteitsdaling bij komt, omdat sociale lasten mogelijk hoger zijn in loondienst en omdat niet alle transitiekosten meegenomen zijn.

— De waardeoverdracht van zorgverzekeraars dan wel de compensatie die geboden dient te worden aan (de aandeelhouders van) de bestaande zorgverzekeraars, is complex en binnen de kaders van dit onderzoek niet in kaart te brengen. Indirecte effecten zoals toegenomen inkoopkracht en (in)efficiëntie door samenvoegen onder één dak vallen tevens buiten de scope van dit onderzoek. De complexiteit van het waarderen van een zorgverzekeringsportefeuille wordt gedreven door winstbeklemming, kostendekking, kapitaaleisen / Solvency II, impact op verbonden activiteiten en de scope van waardering en alternatieve methodes.

Tabel: Resultaten kwantitatieve onderbouwing twee hypothetische beleidsopties in de zorg

Hypothetische beleidsoptie	Variant	Duur transitie (in jaren)		Gemiddelde transitie-kosten per jaar(A.B,C)		Cumulatieve transitie-kosten(D)
Hypothetische beleidsoptie 1 - Medisch specialisten in loondienst	Variant 1: theoretische inschattingen	5	x	0,9%	=	4,3%
	Variant 2: op basis van mediaan	5	x	2,3%	=	11,5%
Hypothetische beleidsoptie 2 - Publiek stelsel met centrale aansturing en regionale uitvoerders	Variant 1: theoretische inschattingen	10	x	0,9%	=	9,3%
	Variant 2: op basis van mediaan	10	x	2,3%	=	23,0%

Noot:
(A) Exclusief waardeoverdracht.
(B) Indien via documentatieonderzoek, interviews met experts en analyses van openbare data geen data beschikbaar bleek, is gewerkt met schattingen en aannames.
(C) Percentage berekend door de som van hypothetische transitiekosten over alle transitiejaren te delen door de som van het totale budget / de totale uitgave over alle transitiejaren
(D) Cumulatieve hypothetische transitiekosten berekend door de gemiddelde transitiekosten per jaar te vermenigvuldigen met de duur van de transitie. Dit getal is bedoeld om een indicatie te geven van de transitiekosten voor de gehele looptijd van de transitie in vergelijking met de andere casussen.

KPMG © 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Huidige rekenregel leidt waarschijnlijk deels tot onderschatting transitiekosten

De huidige rekenregel leidt waarschijnlijk deels tot een onderschatting van de transitiekosten

De huidige rekenregel gaat uit van 3% transitiekosten voor kleine stelselwijzigingen (2 jaar), 7,5% voor middelgrote stelselwijzigingen (5 jaar) en 12,0% voor grote stelselwijzigingen (8 jaar). Dit komt neer op 1,5% transitiekosten per jaar. Op basis van dit onderzoek lijkt 1,5% maal de duur van de transitie een onderschatting van de transitiekosten te geven, in ieder geval voor drie casussen, maar mogelijke voor alle casussen.

— De gemiddelde jaarlijkse transitiekosten variëren per casus. Op basis van de zes onderzochte casussen is de mediaan 2,3%, het minimum 0,5%, en het maximum 7,9%. Drie casussen lijken een hoger gemiddeld jaarlijks percentage te hebben dan 1,5% en drie lager dan 1,5%. Mogelijk leidt de rekenregel voor deze drie casussen tot een onderschatting van de transitiekosten.

— Het gemiddeld jaarlijks percentage transitiekosten voor de andere drie casussen komt op basis van beschikbare data lager uit dan 1,5%. Onze bevindingen zijn daarbij mogelijk nog een onderschatting van de transitiekosten doordat niet alle kostencomponenten gerapporteerd, gekwantificeerd en/of vastgelegd worden(A). Voorbeelden zijn de extra kosten die ziekenhuizen hebben gemaakt bij accountants voor hun jaarcontroles bij de implementatie van DOT's en de transitiekosten die huisartsen hebben gemaakt om het QOF te implementeren. Oorzaken lijken te zijn:
  - De lopende kosten worden onderschat, onder andere omdat de transitiekosten moeilijk te scheiden zijn van de kosten voor de dagelijkse bedrijfsvoering. Dit geldt bijvoorbeeld voor de casus van de vorming van de Nationale Politie.
  - Onzekerheid en gedragseffecten zijn als transitiekosten niet of nauwelijks gerapporteerd in bijvoorbeeld begrotingen en jaarrekeningen.

— Daarnaast zijn waardeoverdracht en verandering geen onderdeel van de huidige rekenregel. Echter, in beide hypothetische beleidsopties wordt waardeoverdracht ingeschat als een grote kostencomponent.

Noot: (A) In de casussen is in deze gevallen gewerkt met aannames.

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

4. Aanbevelingen

Aanvullend onderzoek nodig om mogelijke onderschatting te bevestigen en eventueel tot een nieuw voorstel voor een rekenregel te komen

Aanvullend onderzoek nodig om mogelijke onderschatting te bevestigen en eventueel tot een nieuw voorstel voor een rekenregel te komen

In dit onderzoek zijn zes casussen en twee hypothetische beleidsopties gekwantificeerd. De transitiekosten van de zes casussen lopen uiteen. De transitiekosten van de hypothetische beleidsopties geven waarschijnlijk een onderschatting. De resultaten leveren daarmee niet een duidelijk en eenduidig beeld op. Om te komen tot een nieuw voorstel voor een rekenregel raden wij aan om aanvullend onderzoek uit te voeren. Alleen op basis van een groot aantal casussen, kunnen meer algemene conclusies getrokken worden en kan een nieuwe rekenregel opgesteld worden. We raden daarom aan te starten met circa tien casussen per ministerie, wat neerkomt op een totaal van ongeveer 120 casussen. We raden aan transities uit te werken die verschillen in type en omvang, zodat ook de variatie tussen casussen onderzocht kan worden. Denk hierbij bijvoorbeeld aan transities met een verschillende duur, binnen en buiten de zorg, in verschillende subsectoren van de zorg, met en zonder grote IT-component en met een zonder personele regorganisatie.

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Bijlagen

A. Casus 1 - Decentralisatie huishoudelijke hulp 2007

B. Casus 2 - Implementatie DOT in ziekenhuizen 2012

C. Casus 3 - Vorming Nationale Politie 2013

D. Casus 4 - National Program for IT NHS (Engeland) 2002

E. Casus 5 - Invoering Quality Outcome Framework (Engeland) 2004

F. Casus 6 - Invoering Health and Social Care Act (Engeland) 2012

G. Hypothetische beleidsoptie 1 - Medisch specialisten in loondienst

H. Hypothetische beleidsoptie 2 - Publiek stelsel met centrale aansturing en regionale uitvoerders

I. Visuele weergave methode 1: Kwantitatieve onderbouwing op basis van conceptueel model

J. Overzicht resultaten alle scenario’s casussen

KPMG

Bijlage A.

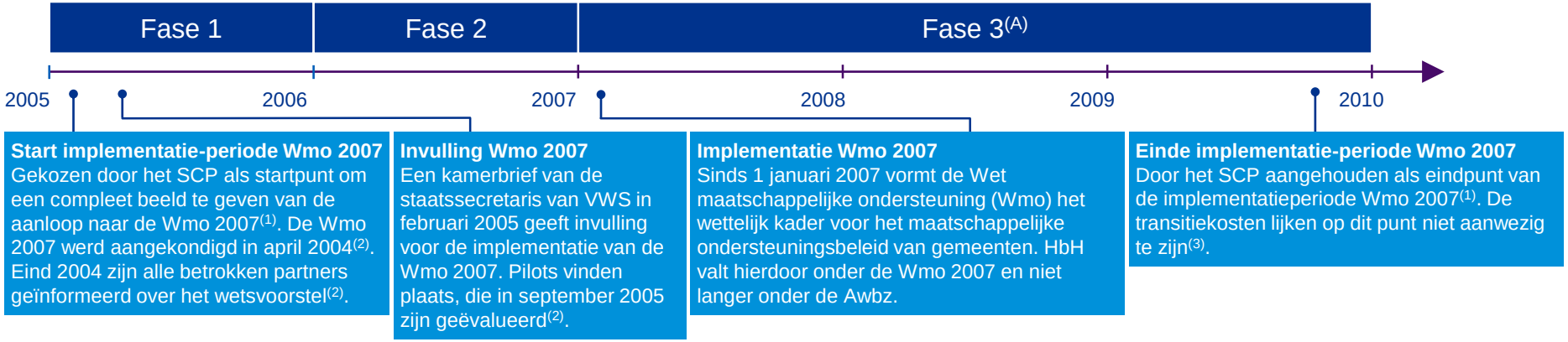
Casus 1 - Decentralisatie huishoudelijke hulp 2007

Tussen 2005 en 2010 vond het transitieproces van de decentralisatie huishoudelijke hulp 2007 plaats

Het transitieproces van de Wmo huishoudelijke hulp 2007 duurde ongeveer vijf jaar

De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is per 1 januari 2007 ingevoerd als nieuw beleidskader voor gemeenten. Onderdelen van de Algemene wet bijzondere ziektekosten (Awbz) zijn in het kader van de Wmo 2007 geïntegreerd. Hierdoor valt Hulp bij het Huishouden (HbH) sinds 2007 onder de Wmo en niet langer onder de Awbz.

De tijdslijn geeft het transitieproces van de Wmo 2007 tussen 2005 en 2010 weer. De ontwikkelingen zijn op hoofdlijnen weergegeven.



Noot: (A) Fases zijn aangehouden zoals SIRM deze heeft vastgesteld. Fase 1 start als er bekend is dat er een stelselwijziging volgt. Fase 2 begint als de wetgeving is aangenomen. Fase 3 start op het moment dat de wet formeel in werking treedt. De grens tussen fase 1 en fase 2 kan lastig zijn om te identificeren.

Bronnen: (1) Advies over het Wmo-budget huishoudelijke hulp voor 2012, SCP (2011), (2) Nieuwe regels betreffende maatschappelijke ondersteuning, Tweede Kamer (2005), (3) De Wmo-uitgaven van gemeenten in 2010, SCP (2014)

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Transitiekosten mogelijk voor minstens vier actoren die betrokken waren bij het transitieproces van decentralisatie huishoudelijke hulp 2007

Verschillende actoren betrokken bij het transitieproces

De betrokken actoren in dit proces zijn[1]:

Actoren[A]	Rol	Mogelijke transitiekosten
Ministerie van VWS	Wet- en regelgeving Wmo 2007 op landelijk niveau, o.a. door opstellen en indienen wetsvoorstel	— Kosten opstellen, indienen en implementeren wetsvoorstel — Evaluatie Wmo 2007
Gemeenten (Wmo-ambtenaren, gemeenteraden en Wmo-raden[B,2])	Implementatie Wmo 2007 op gemeentelijk niveau, bepalen beleid gemeenten	— Informatievoorziening richting betrokken partijen — Personele inzet voor de implementatie van Wmo 2007 (en HbH specifiek) — Training personeel
Aanbieders huishoudelijke hulp	Uitvoerende partijen huishoudelijke hulp	— Personele inzet — Training personeel — Kosten wijziging IT systemen — Frictiekosten
CAK	Het CAK int en stelt onder andere de eigen bijdrage vast voor de Wmo. Vervult een faciliterende rol en adviseert over voorlichting, wijzigingen, gegevensaanlevering en overige vragen op operationeel en beleidsniveau[3]	— Personele inzet (inclusief opleidingskosten) — Kosten wijziging IT systemen

Noot: (A) CIZ en Zorgkantoren zijn ook actoren in het transitieproces. Op basis van desktop research en interviews schatten we in dat de transitiekosten voor deze actoren relatief lager zijn dan de actoren die wel zijn gekwantificeerd. Het is aannemelijk dat er wel transitiekosten zijn gemaakt door deze actoren, maar deze kosten zijn niet gekwantificeerd in de casus. Ook koepelorganisaties (van aanbieders en cliëntenorganisaties) en kennisinstituten als Vilans en Movisie zijn actoren. Deze partijen zijn echter niet als aparte actoren gekwantificeerd. We schatten de transitiekosten voor deze actoren relatief laag in, in vergelijking met de andere actoren. Ook zijn de kosten deels meegenomen onder de actor VWS (o.a. in het implementatiebureau Wmo waarin cliëntenorganisaties vertegenwoordigd zijn en onder het stimuleringsprogramma cliëntenorganisaties. Deze post is verwerkt in de post 'Gerealiseerde uitgaven ihkv implementatie Wmo'. (B) Valt onder gemeenten. Adviesorganen van inwoners met het doel om burgers en andere belanghebbenden inspraak te geven in het Wmo-beleid.

Bronnen: (1) Actorenonderzoek, SCP (2008), (2) De Wmo in beweging, SCP (2014), (3) Wmo in 2019, CAK (2019)

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

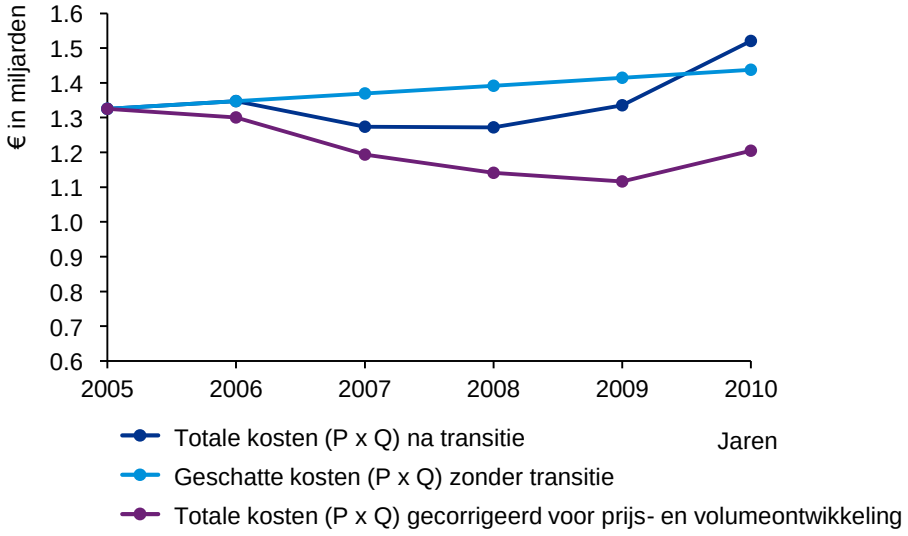
Totale transitiekosten zijn niet in te schatten middels een berekening op basis van het conceptuele model

Niet mogelijk om transitiekosten met conceptuele model te bepalen: gerealiseerde kosten na transitie lager dan geschatte kosten zonder transitie

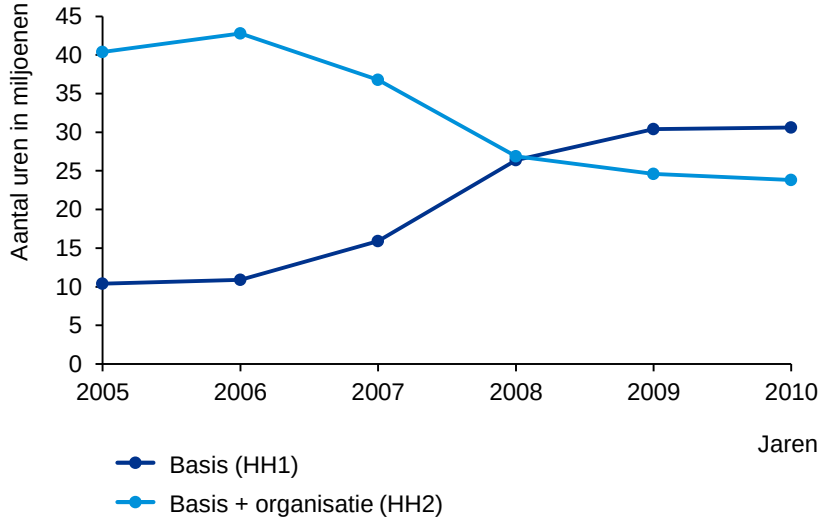
In onderstaand figuur zijn de drie lijnen, zoals gedefinieerd in het conceptueel model, weergegeven. Verdere toelichting en aannames zijn te vinden op pagina 32 tot en met 34.

Het is niet mogelijk om de transitiekosten middels het conceptuele model te berekenen. Dit komt doordat de totale kosten na de transitie lager zijn dan de geschatte kosten zonder transitie. Dit wordt grotendeels veroorzaakt door een verschuiving van de zorgproducten(A): de hoeveelheid 'huishoudelijke werkzaamheden' (zorgproduct HH1) nam vanaf 2007 toe en de hoeveelheid 'organisatie van het huishouden' (zorgproduct HH2) nam af (zie onderstaand figuur). Dit is deels te verklaren doordat het sociale netwerk van mensen door de Wmo 2007 meer wordt benut(1). De kosten na de transitie zijn daardoor lager dan de kosten zonder transitie, ook na correctie voor prijs- en volumeontwikkelingen.

Figuur: Berekening op basis van conceptueel model



Figuur: Ontwikkeling volume HH1 en HH2 (aantal uren)



Noot: (A) Ook als er gecorrigeerd wordt voor dit volume-effect, blijven de kosten na transitie lager dan geschatte kosten zonder transitie

Bron: (1) De markt voor huishoudelijke hulp, CPB en SCP (2017)

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Transitiekosten decentralisatie huishoudelijke hulp in kaart gebracht aan de hand van vier actoren

Aan de hand van diverse bronnen zijn de transitiekosten inzichtelijk gemaakt. Er is onder andere gebruik gemaakt van begrotingen en jaarverslagen van VWS, beleidsdocumenten van gemeenten en kamerbrieven. De casus is daarmee opgebouwd uit begrote en gerealiseerde kosten en aannames. De kosten zijn weergegeven in de tabel op de volgende pagina.

- **VWS**: Begrotingen van het ministerie van VWS, kamerbrieven en interviews zijn gebruikt om de transitiekosten voor VWS in te schatten. Voor de “gerealiseerde uitgaven ihkv implementatie Wmo” is ervan uitgegaan dat een deel van deze kosten (ongeveer 30%) gemaakt is voor huishoudelijke hulp, op basis van de lasten in de verschillende domeinen van de Wmo in de jaren 2004-2009(1). We zijn ervan uitgegaan dat kosten voor externe inhuur geïncludeerd zijn in dit bedrag. Voor het implementatiebureau Wmo zijn geen aparte begrote of gerealiseerde kosten gerapporteerd. We gaan er in deze casus vanuit dat de kosten voor het implementatiebureau Wmo onderdeel van zijn van de “gerealiseerde uitgave ihkv implementatie Wmo”. Mogelijk leidt dit tot een kleine onderschatting van de kosten. Wat opvalt is dat er transitiekosten waren in 2004, terwijl de implementatie volgens SCP gestart is in 2005. Daarnaast zijn, voor zover inzichtelijk in jaarverslagen en begrotingen, geen transitiekosten gemaakt in 2008 en 2009.
- **Gemeenten:** Op basis van interviews en documentenstudies is ervan uit gegaan dat gemeenten uitkwamen met het bedrag vanuit de Rijksbijdrage. Voor gemeenten zijn dus geen aanvullende kosten opgenomen. In de jaren 2004-2006 is een bedrage vanuit het Rijk aan gemeenten verstrekt. Op pagina 35 is een inschatting gemaakt van de kosten voor gemeenten. Dit bedrag komt niet boven de bijdrage vanuit het Rijk uit. Dit bevestigt dat de Rijksbijdrage toereikend was. De Rijksbijdrage aan gemeenten loopt vanaf 2004, dus we gaan ervan uit dat dit ook was voor gemeenten die deelnamen in de testfase en al experimenteerden met de Wmo.
- **Aanbieders**: De introductie van de Wmo in 2007 heeft geleid tot meer marktwerking met nieuwe toetreders en druk op tarieven voor aanbieders(2). Door de invoering van de Wmo leden meer instellingen voor verpleging, verzorging en thuiszorg (VV&T) verlies. Uit onderzoek blijkt dat in 2007 het verlies op de Wmo-productie gemiddeld 6,8% was. Voor 2008 werd een toename van het verlies verwacht tot 8,4%. Voor 2009 werd geen verdere toename van het verlies verwacht en is 8,4% aangehouden(3). In 2007 leed 31% van die instellingen verlies, terwijl dat in 2006 nog maar 17% was. Van de instellingen waarbij de huishoudelijke hulp meer dan 5% van de totale opbrengsten bedroeg, heeft zelfs meer dan de helft in 2007 verlies gemaakt. Van VV&T-instellingen die geen of weinig huishoudelijk hulp boden, was dit 20%. Dit wijst erop dat de verliezen met name aan huishoudelijke hulp te wijten zijn(4). In deze casus zijn de verliezen dan ook volledig meegenomen als transitiekosten voor de decentralisatie van huishoudelijke hulp. Daarnaast is in de tweede tabel op de volgende pagina is het percentage transitiekosten opgenomen als ervan uitgegaan wordt dat 75% van de verliezen te wijten zijn aan de transitie huishoudelijke hulp (scenario 2). Het percentage transitiekosten is daarmee in de jaren 2007, 2008 en 2009 lager, maar nog steeds relatief hoog vergeleken met de andere casussen.
- **CAK**: In 2007 heeft het CAK een eenmalige subsidie ontvangen van het ministerie van VWS voor de uitvoering van de Wmo. Het incidentele budget Wmo is opgenomen als transitiekosten(5).

Bronnen: (1) Advies over het Wmo-budget huishoudelijke hulp voor 2012, SCP (2011), (2) De markt voor huishoudelijke hulp, CPB (2017),
(3) Financieel brancherapport verpleging, verzorging en thuiszorg, PWC (2008), (4) Huishoudelijke hulp in Wmo leidt tot verliezen, CBS (2009), (5) Jaarverslag, CAK (2008)

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

De cumulatieve transitiekosten bedragen tussen 2004 en 2009 €492 miljoen en zijn 6,2% van het totale budget huishoudelijke hulp

Tabel: scenario 1: Inschatting transitiekosten per actor (op basis van begrotingen(1), gerealiseerde cijfers en aannames)

In miljoen €	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Totaal
Budget huishoudelijke hulp	1.326(A)	1.326	1.347	1.274	1.272	1.336	7.880
Transitiekosten							
VWS							
Gerealiseerde uitgaven ihkv implementatie Wmo Implementatiebureau Wmo(C)	0	2	3	3(B)	0	0	8
Bedrag aan gemeenten(F)	54(D)	40(E)	45(4)				139
Stimuleringsprogramma cliëntenorganisaties		5	5	5			15
Regeling Coördinatie Vrijwillige Thuiszorg en Mantelzorg			5	5			10
Middelen voor vorming, training en advies				3			3
Gemeenten	0	0	0	0	0	0	0
Aanbieders	0	0	0	87	107	112	306
CAK	0	0	0	12	0	0	13
Totaal transitiekosten	**54**	**47**	**58**	**115**	**107**	**112**	**492**
Als percentage van budget huishoudelijke hulp	4,1%	3,5%	4,3%	9,0%	8,4%	8,4%	6,2%

Tabel: scenario 2: Inschatting transitiekosten als uitgegaan wordt van 75% kosten voor aanbieders (75% van de verliezen van aanbieders te wijten aan transitie)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Totaal
Transitiekosten als percentage van het budget huishoudelijke hulp bij 75% kosten voor aanbieders	4,1%	3,5%	4,3%	7,3%	6,3%	6,3%	5,3%

Noot: (A) Berekening of aanname, (B) Kan mogelijk ook geclassificeerd worden als gedragseffecten (volgens type transitiekosten SIRM), (C) Voor het implementatiebureau Wmo zijn geen aparte begrote of gerealiseerde kosten gerapporteerd. We gaan er in deze casus vanuit dat de kosten voor het implementatiebureau Wmo onderdeel van zijn van de “gerealiseerde uitgave ihkv implementatie Wmo”. (D) Aanname gemaakt op basis van document gemeente Alphen(2). Dit gaat om een eenmalig bedrag vanuit het rijk. (E) VWS raamt de kosten voor 2015 op ongeveer € 30 miljoen, VNG € 60 miljoen(3). Gemiddelde van die twee bedragen aangehouden. (F) het bedrag per jaar betreft een schatting op basis van drie verschillende bronnen. Zie bron vermeldingen per jaar. Er is tevens een validerende berekening uitgevoerd op basis van CEBEON onderzoek, zie pagina 36

Bronnen: (1) Rijksbegrotingen, VWS (2004-2008), (2) Invoering Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Gemeente Alphen aan de Rijn (2005), (3) Kamerbrief, Tweede Kamer (2005), (4) Plan van aanpak Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), gemeente Haarlemermeer (2005) – er wordt gesproken over een bedrag vanuit het rijk, dat uitgetrokken wordt voor invoeringskosten

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Toelichting rondom cijfers conceptueel model (1/3)

Totale kosten (P x Q) na transitie

Aannames, gemaakt door het SCP[(1)]:

1. Er zijn nog meer zorgproducten te onderscheiden, naast HH1 en HH2 (HH3, HH4, etc). Dit is toegevoegd aan HH2. De overige zorgproducten zijn ongeveer 1% van de totale productie.
2. Voor persoonsgebonden budget (pgb) is uitgegaan van een rekentarief dat 85% vormt van het gewogen 'in natura' tarief (aanname CPB). Het pgb-tarief bedraagt in de praktijk gemiddeld 85% van het tarief in natura. Dit lagere tarief is gebaseerd op de gedachte dat cliënten minder overheadkosten hebben dan aanbieders van hulp in natura.
3. Totale uitgaven pgb bekend voor 2005 en 2009. Rest geschat via lineaire interpolatie.
4. De restpost bestaat uit uitgaven voor collectieve arrangementen (arrangementen voor groepen cliënten voor huishoudelijke hulp), waarvoor geen landelijke gegevens beschikbaar zijn, en statistische verschillen (meetfouten in uitgaven, eigen bijdragen, prijzen en volumina).

Tabel: Overzicht aantal uren en prijzen huishoudelijke hulp 2005-2010

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Uren (in miljoen) - Q						
Hulp in natura						
Basis (HH1)	10	11	16	26	30	31
Basis + organisatie (HH2)	40	43	37	27	25	24
Totaal hulp in natura	51	54	53	53	55	54
Pgb	6	8	10	12	13	14
Totaal	**57**	**62**	**63**	**66**	**68**	**68**
Prijzen per uur (in €) - P						
Hulp in natura						
Basis (HH1)	14	15	15	16	17	21
Basis + organisatie (HH2)	26	24	22	21	22	23
Totaal hulp in natura	24	22	20	19	20	22
Pgb	20	19	17	16	17	19
Totaal	**23**	**22**	**19**	**18**	**19**	**21**
Uitgaven (in miljoen €) - P x Q						
Hulp in natura						
Basis (HH1)	142	159	243	411	531	637
Basis + organisatie (HH2)	1.058	1.040	802	577	550	549
Totaal hulp in natura	1.201	1.199	1.045	988	1.081	1.187
Pgb	125	148	172	195	219	256
Restpost	-	-	57	89	36	78
Totaal	**1.326**	**1.347**	**1.274**	**1.272**	**1.336**	**1.521**

Bronnen: (1) Advies over het Wmo-budget huishoudelijke hulp voor 2012, SCP (2011

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Toelichting rondom cijfers conceptueel model (2/3)

P x Q gecorrigeerd voor prijs- en volumeontwikkeling

De totale kosten zijn gecorrigeerd op zowel prijs als volume:

— Correctie op volume: gecorrigeerd op de ontwikkeling van thuiswonende bevolking van 75 jaar en ouder.
- In onderstaande tabel is de ontwikkeling van de thuiswonende bevolking (75+) in kaart gebracht middels indexcijfers. 2005 is hierbij het basisjaar (100).
- De keuze om te corrigeren op thuiswonende bevolking van 75 jaar en ouder is conform de afspraken uit het bestuurlijk overleg 'financiële verhoudingen' tussen de Rijksoverheid en gemeenten op 4 september 2006(1).
- Het aantal thuiswonende 75-plussers is niet direct beschikbaar. Dit cijfer is geschat door het totale aantal mensen van 75 jaar en ouder, door het aantal institutionele huishoudens 75-plus in mindering gebracht(1).

Tabel: Indexcijfers gerelateerd aan volumecorrectie(A)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ontwikkeling bevolking 75-plus						
Bevolking 75-plus	1.033.172	1.055.249	1.075.895	1.100.332	1.120.546	1.143.821
Institutionele huishoudens 75-plus	145.664	144.200	142.937	146.303	144.463	146.505
Thuiswonende bevolking 75-plus(B)	887.508	911.049	932.958	954.029	976.083	997.316
Indexcijfers (2005=100)	100,0	102,7	105,1	107,5	110,0	112,4

— Correctie op prijs: gecorrigeerd op loonstijgingen en inflatie.
- Voor de correctie is een verhouding van 81,4% directe personele kosten en 18,6% 'overige kosten' aangehouden(2). De 'overige kosten' bestaan uit 'algemene kosten en automatisering', 'huisvesting' en 'indirecte personeelskosten en reiskosten'. Er is naar rato gecorrigeerd.
- De directe personele kosten (81,4%) zijn gecorrigeerd op de loonstijgingen, conform de prijsindexcijfers personele kosten van de Nza(3). Dit gebeurt op basis van een percentage dat de overheid vaststelt: de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling (OVA).
- De 'overige kosten' (18,6%) zijn gecorrigeerd aan de hand van de ontwikkelingen van de consumentenprijsindex (CPI)(4).
- Onderstaande tabel laat de berekende indexcijfers zien. 2005 is hierbij het basisjaar (100).

Tabel: Indexcijfers gerelateerd aan prijscorrecties(A)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Prijsindexcijfers personele kosten	100,0	100,9	101,8	104,2	108,5	112,2
Consumenten-prijsindex	100,0	101,2	102,8	105,4	106,6	108,0

Noot: (A) In april 2008 heeft het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) een advies uitgebracht over het macrobudget huishoudelijke WMO hulp voor 2009(5). Daarin wordt een voorlopig advies uitgebracht om voor de hoogte van het aan gemeenten toe te kennen macrobudget voor huishoudelijke hulp in 2009 in beginsel uit te gaan van een netto budget van €1.322 miljoen. Dit is een toename van 6,15% van het in 2008 berekende budget, waarvan 2,4% vanwege de volumecomponent en 3,7% vanwege de prijscomponent. De stijgingen zijn in lijn met de correcties die wij in het conceptuele model hebben gehanteerd tussen 2008 en 2009 (bij prijs rekening houdend met zowel de personele kosten als de consumenten-prijsindex). (B) Cijfers berekend middels aannames.

Bronnen: (1) Advies over het Wmo-budget huishoudelijke hulp voor 2012, SCP (2011), (2) Transparantie in de kostenstructuur van hulp bij het huishouden, PWC (2008), (3) Prijsindexcijfers personele kosten, NZa (2020), (4) Consumentenprijsindex, CBS (2006), (5) Advies over het macrobudget huishoudelijke WMO hulp voor 2009, SCP (2008)

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Toelichting rondom cijfers conceptueel model (3/3)

Geschatte P x Q zonder transitie

De geschatte totale kosten zonder transitie zijn berekend middels lineaire extrapolatie van de jaren 2005 en 2006 vanaf 2007(A). Hiervoor zijn de totale kosten per jaar vermenigvuldigd met de factor 1,02. Deze factor is een afronding van de procentuele groei tussen 2005 en 2006 (+1,64%).

Tabel: Geschatte totale kosten zonder transitie 2005-2010

In miljoen €	2005	2006	2007(B)	2008(B)	2009(B)	2010(B)
Totale kosten	1.326	1.347	1.369	1.392	1.414	1.438

Noot: (A) Eerdere cijfers van de kosten rondom HbH voor 2005 zijn niet beschikbaar, (B) Cijfers berekend middels aannames.

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Kosten gemeenten blijven binnen de Rijksbijdrage, dus geen aanvullende kosten voor gemeenten opgenomen in de casus

Het Cebeon geeft een inschatting van de transitiekosten per inwoner voor gemeenten

In een rapport zegt het Cebeon het volgende: ‘’De invoeringskosten van de Wmo – die zich vooral in 2006 en in mindere mate daarna kunnen hebben voorgedaan – worden door gemeenten gemiddeld ingeschat op hooguit enkele euro’s per inwoner over alle jaren.’’

Aan de hand van deze uitspraak is een berekening gemaakt, waarbij de transitiekosten voor de Wmo 2007 voor gemeenten is ingeschat. Hier is een aantal aannames gedaan:

— De kosten worden over de jaren heen, afnemend, gemaakt. De percentages van de kosten per jaar zijn een inschatting.

— Voor ‘enkele euro’s’ per gemeente is een totaal van € 5,00 per inwoner aangehouden.

— Omdat dit een grove inschatting is, is er ook een ondergrens (€ 3,00) en een bovengrens (€ 8,00) toegevoegd.

— Deze drie bedragen laten zien dat de transitiekosten voor gemeenten volgens deze berekening neerkomen op tenminste € 49 miljoen en maximaal € 131 miljoen. Het middelste scenario (€ 5,00 kosten per inwoner) resulteert in een bedrag van € 82 miljoen.

Alle bedragen vallen onder de Rijksbijdrage voor gemeenten (€ 139 miljoen, zie pagina 31). Aan de hand van onder andere deze berekening is geconcludeerd dat gemeenten uitkwamen met de Rijksbijdrage en dus geen aanvullende kosten hebben gemaakt.

Tabel: Drie verschillende scenario’s voor inschatting transitiekosten voor gemeenten

	2006	2007	2008	2009	Totaal
Percentage	40%	30%	20%	10%	100%
Kosten per inwoner - onderkant (in €)	1,20	0,90	0,60	0,30	3,00
Kosten per inwoner gemiddeld (in €)	2,00	1,50	1,00	0,50	5,00
Kosten per inwoner - bovenkant (in €)	3,20	2,40	1,60	0,80	8,00
Aantal inwoners in Nederland(1)	16.334.210	16.357.992	16.405.399	16.485.787	65.583.388
Totale kosten - onderkant (in miljoen €)	**20**	**15**	**10**	**5**	**49**
Totale kosten - gemiddeld (in miljoen €)	**33**	**25**	**16**	**8**	**82**
Totale kosten - bovenkant (in miljoen €)	**52**	**39**	**26**	**13**	**131**

Bronnen: (1) Bevolkingsontwikkeling, Statline (2020)

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

KPMG

Bijlage B.

Casus 2 - Implementatie DOT in ziekenhuizen 2012

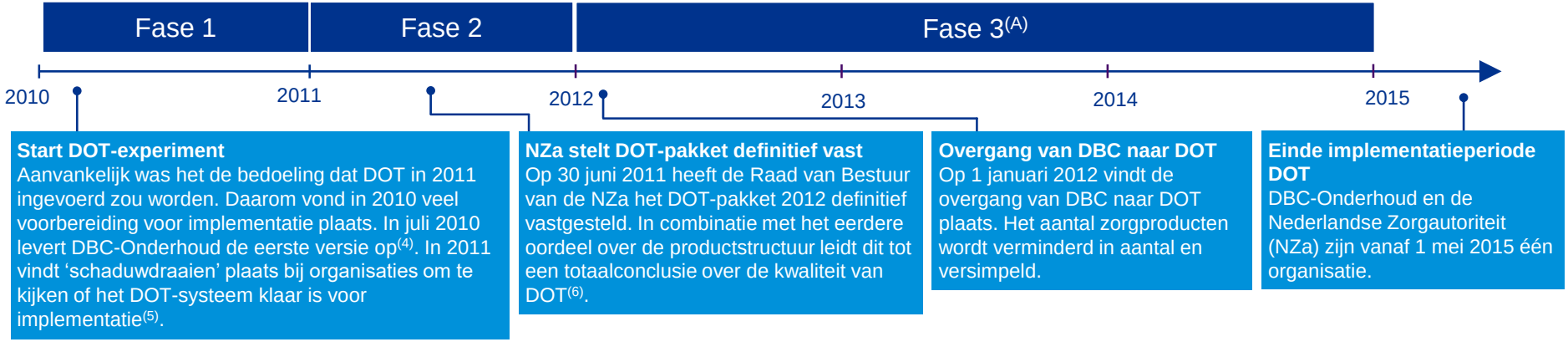
Tussen 2010 en 2015 vond het transitieproces van DBC's op weg naar transparantie (DOT) plaats

De DBC-systematiek dient om geleverde zorg te kunnen registeren door zorginstellingen

Het Diagnose Behandel Combinatie-declaratiesysteem (DBC) is in 2005 ingevoerd met verschillende doelen. De invoering moest leiden tot meer transparantie van het zorgaanbod(1). Hiermee werd gereguleerde marktwerking in de zorg geïntroduceerd. Bovendien moest het DBC-systeem, na de transitieperiode, leiden tot verminderde administratieve lasten(1).

In 2012 vindt de introductie van DBC's op weg naar transparantie (DOT) plaats

Om meer uniformiteit en transparantie en minder complexiteit te krijgen in de zorgproducten en de prijzen, worden 'DBC's op weg naar transparantie' (DOT) geïntroduceerd. Sinds 1 januari 2012 zijn de ruim 44.000 DBC's vervangen voor circa 4.400 DOT-zorgproducten. Hierdoor zijn prestaties beter 'medisch herkenbaar' en representeren de kosten de behandeling beter. Het voordeel van de DOT-systematiek is dat het zorgproduct achteraf wordt bepaald door een landelijk uniform afleidingssysteem, ook wel een grouper genoemd(2). De indeling van DOT is gebaseerd op het internationale classificatiesysteem ICD-10 en de producten zijn specialisme-overstijgend: als specialisten hetzelfde product leveren, heeft dit bij alle specialismen dezelfde prijs(3).



Noot: (A) Fases zijn aangehouden zoals SIRM deze heeft vastgesteld. Fase 1 start als er bekend is dat er een stelselwijziging volgt. Fase 2 begint als de wetgeving is aangenomen. Fase 3 start op het moment dat de wet formeel in werking treedt. De grens tussen fase 1 en fase 2 kan lastig zijn om te identificeren.

Bronnen: (1) Brief Minister, Tweede Kamer (2003), (2) Invoering prestatiebekostiging medisch specialistische zorg, Tweede Kamer (2013), (3) Nieuw in 2012: DBC wordt DOT, Medisch Contact (2011), (4) Jaarverslag, DBC-Onderhoud (2010), (5) Aandachtspunten voor de implementatie en aanbevelingen voor de doorontwikkeling van DOT, Sint Maartenskliniek (2011), (6) Conceptversie consultatiedocument beoordeling DOT, NZa (2011)

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Transitiekosten mogelijk voor minstens vijf actoren die betrokken waren bij het transitieproces van DBC's Op weg naar Transparantie (DOT)

Verschillende actoren betrokken bij het transitieproces

De betrokken actoren in dit proces zijn:

Actoren[A]	Rol	Mogelijke transitiekosten
Ministerie van VWS	Projectorganisatie op landelijk niveau, initiëren van plannen, informeren betrokken partijen	— Evaluatie DBC/DOT-systematiek — Subsidie DBC-Onderhoud en NZa
DBC-Onderhoud	Verantwoordelijk voor implementatie DOT, beheer en onderhoud grouper, waaronder uitvoeren audit op grouper	— Personele inzet — Onderhoudskosten en IT-kosten systematiek — Kosten externe audit
NZa	Bepalen tarieven DOT, overleg veldpartijen	— Personele inzet
Ziekenhuizen	Introductie en implementatie DBC/DOT systematiek, onderhandelingen over de prijs en kwaliteit van zorg en behandelingen	— Veranderingen financiële administratie — Inzicht in kostprijzen — IT-kosten — Projectkosten — Opleidingskosten personeel — Post onvoorzien — Strategisch gedrag ten aanzien van transitiemodel — Extra kosten door complexe jaarverantwoording[1, B]

Noot: (A) Zorgverzekeraars, brancheorganisaties en waarnemers zijn ook actoren in het transitieproces. Op basis van desktop research en interviews schatten we in dat de transitiekosten voor deze actoren relatief lager zijn dan de actoren die wel zijn gekwantificeerd. Het is aannemelijk dat er wel transitiekosten zijn gemaakt door deze actoren, maar deze kosten zijn niet gekwantificeerd in de casus. (B) De mogelijke transitiekosten zijn via jaarrekeningen van verschillende ziekenhuizen geïdentificeerd. Een overzicht van de ziekenhuizen en de bevindingen zijn te vinden op pagina 43.

Bronnen: (1) Brief Minister, Tweede Kamer (2013)

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Totale transitiekosten zijn niet in te schatten middels een berekening op basis van het conceptuele model

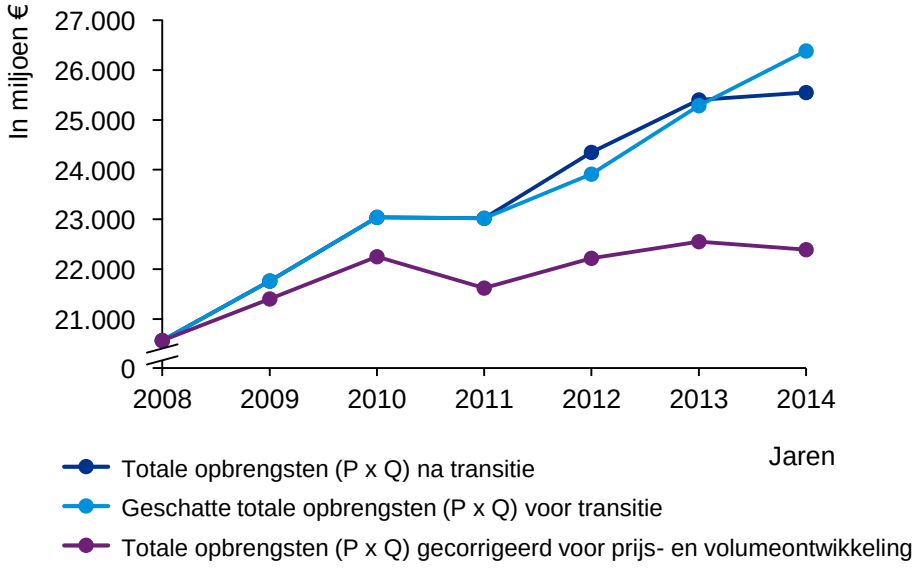
Een inschatting van de transitiekosten is niet mogelijk aan de hand van het conceptueel model

In de grafiek rechts zijn drie lijnen zichtbaar. Deze lijnen zijn gecreëerd met behulp van de totale opbrengsten (P x Q) in ziekenhuizen over de jaren heen(1). Dit bedrag is gedeeld door het totale aantal gesloten DBC's (Q) in Nederland van het betreffende jaar in 'UMC's', 'totaal algemene ziekenhuizen', 'algemene ziekenhuizen topklinisch/specialistisch' en 'algemene ziekenhuizen overig'(2). Resultaat is een (inschatting van) kostprijs per gesloten DBC (P).

- De donkerblauwe lijn geeft de daadwerkelijke totale opbrengsten aan.
- De lichtblauwe lijn geeft de geschatte totale opbrengsten vóór de transitie lineair doorgetrokken (factor 1,04) weer. Deze factor is bepaald aan de hand van data vanaf 2008 om de ontwikkeling op langere termijn te kunnen doortrekken. De transitieperiode start echter pas in 2010.
- De paarse lijn geeft de totale opbrengsten gecorrigeerd voor prijs- en volumeontwikkelingen weer. Er is gecorrigeerd voor de ontwikkeling van de Nederlandse bevolking(3) en voor de ontwikkeling van de consumentenprijsindex (CPI)(4).

De figuur maakt inzichtelijk dat gecorrigeerde kosten onder de geschatte kosten zonder transitie vallen. Hierdoor is het niet mogelijk om het conceptuele model te gebruiken bij het bepalen van de transitiekosten. De werkelijke kosten vallen rond de geschatte kosten zonder transitie.

Figuur: Berekening op basis van conceptueel model



Bronnen: (1) Zorguitgaven; aanbieders van zorg en financieringsbron, 1998-2016, CBS (2018), (2) Medisch Specialistische Zorg; DBC's naar diagnose, zorgkenmerken, CBS (2019), (3) Bevolking; kerncijfers, CBS (2019), (4) Consumentenprijsindex, CBS (2006)

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

De inschatting van de transitiekosten tussen 2010 en 2015 bedraagt circa 0,5 % van de totale opbrengsten van ziekenhuizen

Totale cumulatieve transitiekosten bedragen circa € 547 miljoen

De totale transitiekosten zijn berekend op basis van inschattingen. De transitiekosten van DBC-Onderhoud(A), ziekenhuizen en de NZa zijn in kaart gebracht. Resultaten zijn in de tabel rechts weergegeven.

— **DBC-Onderhoud:** Bestaande uit personeelskosten, materiële kosten, overige kosten en projectkosten (zie pagina 41 en 42).

— **Ziekenhuizen:** Bestaande uit personele inzet, ICT, opleidingskosten personeel en juridische kosten (zie pagina 43 en 44).

— **NZa:** Uitgegaan van transitiekosten door 10% van de personele inzet (zie pagina 45).

De transitiekosten zijn berekend als percentage van de totale opbrengsten van ziekenhuizen(1). De totale transitiekosten zijn gemiddeld 0,5% van de totale opbrengsten van ziekenhuizen.

Niet alle transitiekosten van de geïdentificeerde actoren zijn meegenomen in dit bedrag (bijv. zorgverzekeraars(B) en brancheorganisaties). De totale transitiekosten in de tabel zijn daarom waarschijnlijk een onderschatting van het werkelijke bedrag.

Tabel: Bottom-up berekening van de transitiekosten implementatie DOT(B)

In miljoen €	2010	2011	2012	2013	2014	Totaal
Budget ziekenhuizen totaal	**23.040**	**23.018**	**24.344**	**25.404**	**25.546**	**121.352**
Transitiekosten						
DBC-Onderhoud	7	11	14	13	11	57
Ziekenhuizen	94	95	101	94	95	480
Personele inzet	*16*	*16*	*23*	*16*	*17*	*88*
ICT	*4*	*4*	*4*	*4*	*4*	*18*
Opleidingskosten personeel	*74*	*74*	*74*	*74*	*74*	*370*
Juridische kosten	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*	*4*
NZa	2	2	2	2	3	12
Totale transitiekosten	**103**	**108**	**118**	**109**	**108**	**547**
Percentage transitiekosten	**0,4%**	**0,5%**	**0,5%**	**0,4%**	**0,4%**	**0,5%**

Noot: (A) Betreft een inschatting: DBC-onderhoud op basis van jaarrekeningen en inschatting aandeel ziekenhuizen, Ziekenhuizen en NZa een bottom-up berekening op basis van aannames en beschikbare data-punten. (B) De transitiekosten kunnen onder andere bestaan uit IT-kosten, opleidingskosten, personele inzet en aanpassing van beleid, inzicht, beheersmaatregelen en aanpassing van controles(2). Doordat de DOT structuur nieuw was verwachten we ook dat er door gebrek aan mogelijkheden om te benchmarken mogelijk minder scherp kon worden ingekocht door de zorgverzekeraars.

Bronnen: (1) Zorguitgaven; aanbieders van zorg en financieringsbron, 1998-2016, CBS (2018),
(2) Aandachtspunten voor de implementatie en aanbevelingen voor de doorontwikkeling van DOT, Sint Maartenskliniek Nijmegen (2011)

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

De cumulatieve totale transitiekosten van DBC-Onderhoud tussen 2010 en 2014 voor de implementatie van de DOT-systematiek liggen rond de € 57 miljoen

Aannames zijn gedaan om tot de transitiekosten van circa € 57 miljoen voor DBC-Onderhoud te komen

De totale kosten van DBC-Onderhoud zijn bekend van 2009 tot en met 2012(1).

— De totale kosten in 2013 en 2014 zijn de begrote bedragen(2). De gerealiseerde kosten van die jaren zijn niet bekend.

— Niet alle uitgaven van DBC-Onderhoud zijn transitiekosten van de overgang naar DOT. Een deel van de kosten werden gemaakt door het al lopende DBC-systeem. Welk deel van de totale kosten aan DBC en aan DOT is besteed, is onbekend. We hebben zelf de aanname gemaakt dat dit percentage oploopt: 50% in 2010 (fase 1), 75% in 2011 (fase 2) en 100% na implementatie van de DOT-systematiek in 2012 (fase 3).

Tabel: Inschatting totale transitiekosten gemaakt door DBC-Onderhoud

In miljoen €	2010	2011	2012	2013	2014	Totaal
Personeelskosten			8	8		
Materiële kosten			6	6		
Overige kosten			1	1		
Projectkosten			0	0		
Subtotaal	14	15	14	13	11	68
Aandeel ziekenhuizen(A)	76%	75%	76%	76%	76%	76%
Subtotaal	**11**	**11**	**11**	**10**	**8**	**51**
Aandeel DOT(B)	50%	75%	100%	100%	100%	85%
Totale kosten DOT	**7**	**11**	**14**	**13**	**11**	**57**

Noot: (A) DBC-Onderhoud is niet alleen actief in de ziekenhuiszorg. Een toelichting van die correctie is te vinden op de volgende slide. (B) Aanname.
Bronnen: (1) Jaarrekeningen, DBC-Onderhoud (2009-2012), (2) Advies Organisatie DBC-Systematiek, NZa (2013)

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Kosten DBC-Onderhoud zijn gecorrigeerd omdat maar circa 76% van de uitgaven besteed wordt aan de sector MSZ

Niet alle uitgaven van DBC-Onderhoud worden besteed aan de sector medisch specialistische zorg (MSZ)

DBC-Onderhoud is werkzaam in verschillende sectoren(1): ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, forensische zorg en geriatrische revalidatiezorg. Middels de totale zorguitgaven in de betreffende sectoren is het aandeel van de ziekenhuiszorg berekend. De volgende cijfers en aannames zijn gebruikt om tot de cijfers in de tabel onderaan te komen:

- Het is niet bekend in welke sectoren DBC-Onderhoud in 2013 en 2014 werkzaam was. De aanname is gemaakt dat de sectoren onveranderd zijn gebleven.
- De uitgaven van DBC-Onderhoud bestaan zeer waarschijnlijk uit een vast en een variabel deel. Door alle uitgaven te corrigeren met het berekende percentage 'MSZ/rest', is er geen rekening gehouden met een vast deel van de uitgaven.
- Om het aandeel van de MSZ ten opzichte van alle sectoren in beeld te brengen, is gekeken naar de totale zorguitgaven in miljoenen euro's.
- Voor ziekenhuiszorg zijn de totale opbrengsten van ziekenhuizen gebruikt.

Tabel: Inschatting aandeel MSZ-sector bij DBC-Onderhoud

In miljoen €	2010	2011	2012	2013	2014	Totaal
Medisch-specialistische zorg(2)	23.040	23.018	24.344	25.404	25.546	121.352
Geestelijke gezondheidszorg(3)	6.133	6.428	6.616	6.699	6.745	32.621
Forensische zorg(4)	636	636	641	632	635	3.180
Geriatrische revalidatiezorg(5)	620	620	620	620	620	3.100
Totaal	**30.429**	**30.702**	**32.221**	**33.355**	**33.546**	**160.253**
Percentage MSZ/rest	**76%**	**75%**	**76%**	**76%**	**76%**	**76%**

Noot: (A) Inzicht in de totale uitgaven in de betreffende sector ontbreekt. Het gemiddelde van de overige, bekende jaren is aangehouden.
Bronnen: (1) Jaarrekeningen, DBC-Onderhoud (2009-2012), (2) Totale opbrengsten ziekenhuis, DigiMV (2010-2014), (3) Zorguitgaven; zorgaanbieders en financiering, CBS (2019), (4) Marktscan Forensische Zorg, NZa (2016), (5) Overheveling geriatrische revalidatiezorg - Toekomst AWBZ, Tweede Kamer (2011)

KPMG © 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Ziekenhuizen noemen verschillende kostencomponenten in relatie tot de invoering van de DOT-systematiek

Ziekenhuis	Beschikbare informatie
LUMC(1)	Voor een goede implementatie van DOT is extra tijdelijke capaciteit aangetrokken, zijn nieuwe opleidingsmodules ontwikkeld en wordt de managementinformatie aangepast aan de nieuwe eisen. Ook zijn de contacten met de huisbankiers verder verstevigd, zodat een adequate liquiditeitspositie in 2012 zo veel mogelijk geborgd is.
Maastricht UMC+(2)	Vanaf 2010 zijn de voorbereidingen voor de implementatie van het nieuwe financieringssysteem DOT gestart. De projectgroep DOT, die de invoering van DOT bij het Maastricht UMC+ heeft begeleid, zal tot medio 2012 actief blijven om nazorg te verrichten. Daarna zal DOT worden opgenomen in het reguliere proces. In 2011 is er een bijzondere waardevermindering van de activa doorgevoerd. Dit betreft een bijzondere waardevermindering op ICT-investeringen, die hoofdzakelijk veroorzaakt wordt door de overgang naar de DOT-systematiek. Hierdoor zijn eerder gedane investeringen die uitgaan van de DBC-systematiek, niet meer te gebruiken en derhalve in waarde verminderd.
Isala Ziekenhuis(3)	— Door de transitie naar DOT is de productieregistratie aangepast aan de eisen die door de nieuwe financieringsmethodiek worden gesteld. — Er hebben in 2011 54 DOT-trainingen plaatsgevonden (totaal: 351 trainingen), met 617 deelnemers (totaal: 3813 deelnemers). Dat is respectievelijk 15,4% en 16,2% van het totaal.
MCL	Het MCL heeft door de implementatie van de DOT-systematiek verschillende extra kosten gehad: personele inzet (oa inloopdagen NZa en NVZ, kennisoverdracht intern), kosten accountant, ICT (systeem aanschaffen, personele inzet en externe consultancykosten), opleidingen en juridische informatie.
Albert Schweitzer-ziekenhuis(4) Catharina Ziekenhuis(5), Erasmus MC(6), St. Antoniusziekenhuis(7), UMCG(8)	Geen relevante informatie

Bronnen: (1) Jaarverslag, LUMC (2011), (2) Jaardocument, Maastricht UMC+ (2010 en 2011), (3) Jaardocument Isalaklinieken (2011), (4) Jaardocumenten, Albert Schweitzer-ziekenhuis (2010-2015), (5) Jaardocumenten, Catharinaziekenhuis (2010-2015), (6) Jaardocumenten, Erasmus MC (2010-2015), (7) Jaardocument St. Antoniusziekenhuis (2011), (8) Jaarverslag, UMCG (2010)

KPMG © 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

De totale transitiekosten van ziekenhuizen voor de implementatie van de DOT-systematiek liggen rond de € 480 miljoen

Transitiekosten van ziekenhuizen op basis van inschattingen

Personele inzet is berekend aan de hand van een schatting van het aantal ingezette fte in ziekenhuizen(A). De functies zijn gekoppeld aan vergelijkbare functiebeschrijvingen met een bepaalde salarisschaal(1):

- ICT medewerker(B). Voor de implementatie is een aantal van twee fte ingeschat. Na implementatie is dit één fte.
- Financieel medewerker(B). Na implementatie wordt een hoger aantal fte ingeschat (twee fte) dan voor de implementatie (één fte). Dit in verband met eventuele toenemende behoefte aan informatievoorziening binnen ziekenhuizen als de DOT-systematiek in de praktijk wordt gebruikt.
- Projectleider(C). Gedurende de gehele transitieperiode is er een inschatting gemaakt van één projectleider per ziekenhuis.
- Leden van projectgroep(B). Maastricht UMC+ heeft een projectgroep voor DOT gevormd tussen 2010 en 2012. Deze jaartallen zijn hier ook aangehouden, met een totaal van twee fte.
- Extra inzet accountant. Adhv verschillende jaarrekeningen berekend(D).

Kosten ICT-systemen zijn ingeschat op € 200.000 per ziekenhuis. Dit is een inschatting en komt neer op € 40.000 per ziekenhuis per jaar.

Opleidingskosten zijn berekend als 3,6% van de bruto loonsom van ziekenhuizen(2). Voor de totale bruto loonsom is een bedrag aangehouden van € 13 miljard(3). Dit is een bedrag uit 2016. 15,4% van het totaal aangegeven trainingen in het Isala ziekenhuis in 2011 was voor DOT. Voor het bepalen van de opleidingskosten van alle ziekenhuizen, is 15,4% van 3,6% van de bruto loonsom van ziekenhuizen aangehouden.

De **juridische kosten** zijn ingeschat op € 40.000 per ziekenhuis, voor de helft van de ziekenhuizen.

Om tot de subtotalen per ziekenhuizen te komen, zijn de bedragen vermenigvuldigd met het totaal aantal algemene ziekenhuizen en UMC's. In 2012 en 2013 was dit totaal 92, in 2014 was dit 90(5). Voor 2010 en 2011 is een aanname gedaan dat er 94 ziekenhuizen waren. Dit ligt in lijn met de trend van lichte krimp die zichtbaar is.

Tabel: Inschatting transitiekosten ziekenhuizen

x €1000	2010	2011	2012	2013	2014	Totaal
Personele inzet						
ICT medewerker	28	28	29	29	30	143
Aantal fte	2	2	2	1	1	8
Financieel medewerker	28	28	29	29	30	143
Aantal fte	1	1	2	2	2	8
Projectleider	31	32	32	32	33	161
Aantal fte	1	1	1	1	1	5
Projectgroep	28	28	29	29	30	143
Aantal fte	2	2	2	-	-	
Extra inzet accountant extern			47	56	65	168
Subtotaal per ziekenhuis	171	172	251	174	187	955
Subtotaal alle ziekenhuizen	16.033	16.192	23.081	16.016	16.853	88.176
ICT-systeem						
Subtotaal per ziekenhuis	40	40	40	40	40	200
Subtotaal alle ziekenhuizen	3.760	3.760	3.680	3.680	3.600	18.480
Opleidingskosten						
Subtotaal per ziekenhuis	73.944	73.944	73.944	73.944	73.944	369.720
Juridische kosten						
Subtotaal alle ziekenhuizen	752	752	736	736	720	3.696
Totaal alle ziekenhuizen	**94.489**	**94.648**	**101.441**	**94.376**	**95.117**	**480.072**

Noot: (A) Deze functies zijn een grove inschatting. Personele inzet draagt bij aan externe kennisoverdracht (bijvoorbeeld deelname landelijke platforms, inloopdagen van de Nza en NVZ) en interne kennisoverdracht. (B) Ingeschat op functiegroep 50(1), schaal 21(2). (C) Ingeschat op functiegroep 55(1), schaal 26(5), (D) Gekeken naar de accountantskosten van 3 UMC's (AMC, UMC, UMCG) en 4 algemene ziekenhuizen (Isala, Meander, Amphia en Catharinaziekenhuis). De transitiekosten zijn berekend door te kijken naar de gemiddelde toename van accountskosten tussen 2009 en 2014. Dit percentage, vermenigvuldigd met de gemiddelde accountantskosten per UMC's/algemene ziekenhuizen, leidt tot transitiekosten.

Bronnen: (1) Content FWG 3.0, FWG (2017), (2) Ziekenhuiszorg in cijfers, NVZ (2018), (3) Totale personeelskosten, DigiMV (2016), (4) Kerncijfers medisch-specialistische zorg, NZa (2020), (5) CAO ziekenhuizen, (2009-2011), (2011-2014)

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

De totale transitiekosten van de NZa voor de implementatie van de DOT-systematiek liggen rond de € 12 miljoen

Bij het bepalen van de transitiekosten voor de NZa is gekeken naar de totale kosten van de salarissen en van 'externe deskundigheid[(1)]'

Voor de totale kosten salarissen en 'externe deskundigheid' van de NZa is de aanname gemaakt dat 10% van deze kosten te wijten is aan de transitie naar DOT-systematiek. Dit resulteert in transitiekosten van € 12 miljoen op deze post.

Tabel: Inschatting transitiekosten NZa

In miljoen €	2010	2011	2012	2013	2014	Totaal
Personele inzet						
Salarissen	17	16	15	15	23	86
Kosten externe deskundigheid	5	7	7	6	5	30
Subtotaal	22	23	22	22	28	116
Personele kosten DOT	**2**	**2**	**2**	**2**	**3**	**12**

Bronnen: (1) Jaarrekeningen, Nza (2011, 2013 en 2015)

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

KPMG

Bijlage C.

Casus 3 - Vorming Nationale Politie 2013

Tussen 2011 en 2018 vond het transitieproces van de vorming Nationale Politie plaats

Het doel van de vorming van de Nationale Politie was om van verschillende eenheden, één organisatie te creëren. Hierdoor wordt de politie een organisatie die meer in verbinding met haar omgeving staat en waarbinnen het vakmanschap van de medewerkers centraal staat. Bovendien verhoogt de reorganisatie de efficiency en wordt de overhead gereduceerd. De transitieperiode van de vorming van de Nationale Politie loopt tot vijf jaar na inwerkingtreding van de nieuwe Politiewet in 2012, tot 1 januari 2018(1).

De transitieperiode is door de politie opgedeeld in drie verschillende ‘plateaus’

Vanaf het moment dat de Politiewet aangenomen is (juni 2012), start de voorbereidingsfase, ook wel plateau 0 genoemd. De korpschef wordt voorbereid op de nieuwe verantwoordelijkheden en er wordt gewerkt aan continuïteit in de bestaande werkprocessen.

In plateau 1 (2013-2015) wordt de Nationale Politie opgebouwd: onder andere een personele reorganisatie vindt plaats, het politiedienstencentrum (PCD) wordt gevormd en de informatievoorziening in ICT wordt verbeterd. Ook komt er één landelijke, uniforme informatiehuishouding.

Plateau 2 vindt plaats vanaf 1 januari 2015 tot 1 januari 2018. De gevormde structuren en werkprocessen worden geoptimaliseerd waar nodig. Ook worden de operationele doelen zoveel mogelijk gerealiseerd. Na 1 januari 2018 worden er geen nieuwe activiteiten meer opgestart voor de vorming van de Nationale Politie. Lopende activiteiten worden afgerond, waardoor er nog transitiekosten zijn in 2018. De verantwoordelijkheden omtrent de vorming worden overdragen van ‘Regieteam Realisatie’ naar de lijn.

Noot: (A) Fases zijn aangehouden zoals SIRM deze heeft vastgesteld. Fase 1 start als er bekend is dat er een stelselwijziging volgt. Fase 2 begint als de wetgeving is aangenomen. Fase 3 start op het moment dat de wet formeel in werking treedt. De grens tussen fase 1 en fase 2 kan lastig zijn om te identificeren.

Bronnen: (1) Realisatieplan Nationale Politie, Nationale Politie (2012), (2) Wetsvoorstel nationale politie naar Tweede Kamer, Nederlands Genootschap van Burgermeesters (2011)

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Transitiekosten mogelijk voor minstens twee actoren die betrokken waren bij het transitieproces van de vorming Nationale Politie

Verschillende actoren betrokken bij het transitieproces

De betrokken actoren in dit proces zijn onder andere(1):

Actoren(A)	Rol	Mogelijke transitiekosten
Politie	Uitvoerende organisatie (tien regionale eenheden, een Landelijke Eenheid en het Politiedienstencentrum zijn hier deel van)	— Personele inzet — Frictiekosten — Opleiding en vorming — Huisvesting — Vervoer — Verbindingen en automatisering — Operationeel — Beheer
Ministerie van Justitie en Veiligheid	De minister van Justitie en Veiligheid (JenV) is eindverantwoordelijk voor het goed functioneren van de politie	— Bijdrage aan transitiekosten vorming Nationale Politie — Personele inzet

Noot: (A) De Inspectie van Justitie en Veiligheid, de (hoofd)officier van Justitie en gemeenten zijn ook actoren in het transitieproces. Op basis van desktop research en interviews schatten we in dat de transitiekosten voor deze actoren relatief lager zijn dan de actoren die wel zijn gekwantificeerd. Het is aannemelijk dat er wel transitiekosten zijn gemaakt door deze actoren, maar deze kosten zijn niet gekwantificeerd in de casus.

Bronnen: (1) Organisatie Politie, Rijksoverheid (2020)

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

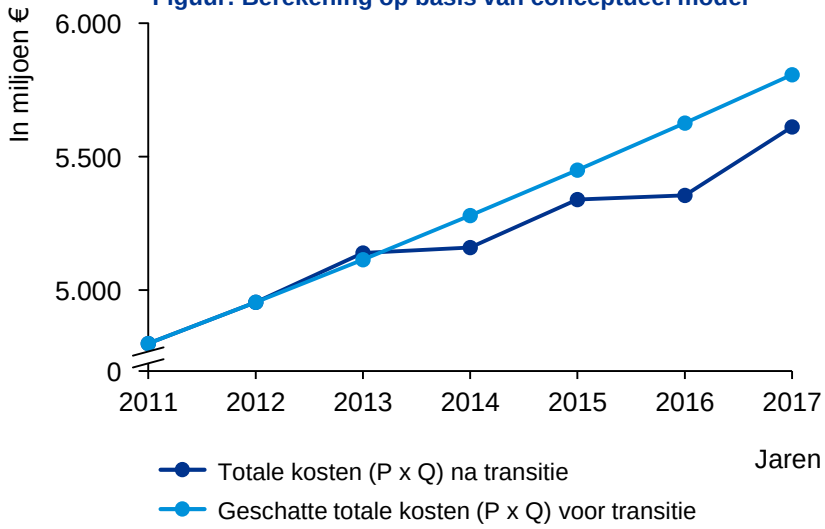
Totale transitiekosten zijn niet in te schatten middels een berekening op basis van het conceptuele model

Een inschatting van de transitiekosten is niet mogelijk aan de hand van het conceptueel model

In de grafiek rechts zijn twee lijnen zichtbaar. De donkerblauwe lijn geeft de totale kosten van de politie in Nederland aan. De lichtblauwe lijn geeft de totale kosten van de politie vóór de transitie lineair doorgetrokken (factor 1,03) weer. Deze twee lijnen zijn gecreëerd met behulp van de totale kosten (P x Q) van de Nationale Politie over de jaren heen(1).

Gelijktijdig aan de transitie verminderden de lasten van zowel de reorganisatie als de reguliere bedrijfsvoering. Hierdoor kwam € 230 miljoen(2) beschikbaar. Door de doorgevoerde besparingen, valt de lijn met werkelijke kosten onder de doorgetrokken lijn. Hierdoor is het niet mogelijk om het conceptuele model te gebruiken bij het bepalen van de transitiekosten.

Figuur: Berekening op basis van conceptueel model



Bronnen: (1) Jaarrekeningen, Nationale Politie (2013, 2014, 2015, 2016 en 2017), (2) Kamerstuk politie, Tweede Kamer (2015)

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

In 2012 werden de transitiekosten begroot op € 230 miljoen, in 2014 is de begroting herijkt naar € 460 miljoen

De totale begrote transitiekosten waren € 230 miljoen

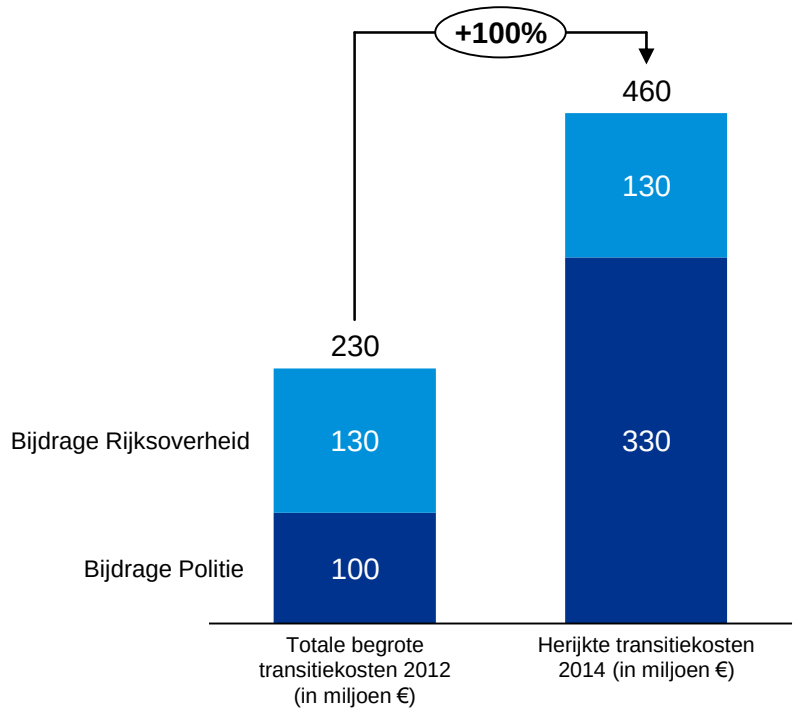
Voorafgaand aan de transitie is er een budget van € 230 miljoen beschikbaar gesteld voor de vorming van de Nationale Politie:

- Dit betreft een bedrag van € 100 miljoen dat in het onderhandelingsakkoord van 2009 is gereserveerd voor de centralisatie van de bedrijfsvoering;
- En een bedrag van € 130 miljoen dat aanvullend beschikbaar is gekomen vanuit de Rijksoverheid voor de vorming van de Nationale Politie(1). Dit bedrag was bedoeld voor onder andere reorganisatie- en projectkosten voor de programmaorganisatie en tijdelijke huisvesting(2,3);

De totale herijkte transitiekosten bedragen €460 miljoen

Deze begrote transitiekosten zijn bepaald toen veel nog niet helder was omtrent de reorganisatie. Zo waren er nog geen definitieve afspraken met vakbonden over sociaal flankerend beleid en was de duur van de reorganisatie nog niet zeker. Om die reden zijn in 2014 de transitiekosten van de vorming Nationale Politie herijkt. Deze herijking komt neer op totale, geschatte transitiekosten van € 460 miljoen(4). Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door het feit dat de vorming van de Nationale Politie vertraagd was. De geschatte kosten per kostenpost voor zowel 2012 en 2014 zijn te vinden op pagina 52. Een overzicht van de totale begrote transitiekosten op basis van de begrotingscijfers is te vinden in de figuur rechts.

Figuur: Overzicht ingeschatte transitiekosten



Bronnen: (1) Begroting 2016-2020, Nationale Politie (2015), (2) Ontwerpbegroting 2013-2017, Nationale Politie (2012), (3) Realisatieplan Nationale Politie, Nationale Politie (2012), (4) Kamerstuk politie, Tweede Kamer (2015)

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Twee scenario's met transitiekosten van 1,0% en 0,9% van totale exploitatiekosten politie

De transitiekosten zijn bepaald aan de hand van twee scenario's.

1. **Scenario 1: De totale transitiekosten worden door de politie ingeschat op € 460 miljoen(1) (zie tabel 1). Dit is 1,0% van de totale exploitatiekosten van de politie.** De berekeningen van de transitiekosten zijn in dit scenario gebaseerd op een kamerbrief en vinden hun basis onder andere in de realisatie 2014, actuele prognoses van de flankerende voorzieningen uit het Landelijk Sociaal Statuut (opleiding- en outplacementfaciliteiten en vergoedingen in het kader van vrijwillig vertrek van medewerkers) en de nieuwste inzichten over de ontwikkeling van de reiskosten. De transitiekosten, ook in verhouding met de totale kosten van de politie, zijn te vinden in tabel 1(1,2). 2019 is niet meegenomen in de berekening van het percentage transitiekosten – dat jaar valt buiten de vastgestelde transitieperiode.

2. **Scenario 2: De totale transitiekosten vanaf 2013 tot 2017 waren € 299 miljoen (zie tabel 2). Dit is 0,9% van de totale exploitatiekosten van de politie.** Vanaf 2013 zijn de jaarlijkse exploitatiekosten (vanaf hier transitiekosten) voor de vorming van de Nationale Politie in kaart gebracht middels jaarrekeningen (zie tabel 2)(3). Dit bedrag is opgebouwd uit verschillende componenten (zie pagina 52). Vóór 2013 is naar schatting € 19 miljoen besteed voor de vorming van de Nationale Politie(C,4). Hoewel dit bedrag een schatting is, geeft het wel een beeld van de omvang van de exploitatiekosten van de vorming van de Nationale Politie vóór 2013. De € 19 miljoen is toegevoegd aan de jaren 2011 en 2012. Deze jaren zijn niet meegenomen voor het percentage van de transitiekosten ten opzichte van de totale kosten. Omdat de transitiekosten waarschijnlijk niet volledig zijn, geeft dat een onderschatting van de transitiekosten.

Tabel 1: De transitiekosten in scenario 1

In miljoen €(1,2)	T/m 2014	2015	2016	2017	2018	2019(A)	Totaal
Transitiekosten	103	79	130	64	51	34	461(B)
Totale exploitatiekosten politie	20.052	5.339	5.355	5.612	5.783		42.141
% transitiekosten/totale kosten	**0,5%**	**1,5%**	**2,4%**	**1,1%**	**0,9%**		**1,0%**

Tabel 2: De transitiekosten in scenario 2

In miljoen €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Totaal
Transitiekosten	19(C,4)		14	70	110	56	40	10	299
Totale exploitatiekosten politie	4.799	4.954	5.139	5.160	5.339	5.355	5.612	5.783	37.342
% transitiekosten/totale kosten			**0,3%**	**1,3%**	**2,1%**	**1,0%**	**0,7%**	**1,1%**	**0,9%**

Noot: (A) Totale exploitatiekosten van de politie zijn nog niet bekend. Bovendien valt 2019 buiten de transitieperiode. Om die redenen is 2019 niet meegenomen in het percentage transitiekosten. Wel geeft de €34 miljoen inzicht in de transitiekosten die in 2019 nog steeds aanwezig waren. (B) Door afronding is de som van de transitiekosten €461 miljoen. In onderstaande bronnen word echter €460 miljoen aangehouden. Dat hebben wij ook aangehouden in deze rapportage. (C) Schatting geven in de Ontwerpbegroting 2013-2017 van de Nationale Politie. Voor de vorming van de Nationale Politie in 2013 zijn de transitiekosten niet gedocumenteerd in de jaarrekeningen. De schatting is zeer waarschijnlijk onvolledig. De jaren 2011 en 2012 worden daarom niet meegenomen voor het totale percentage transitiekosten.

Bronnen: (1) Begroting 2016-2020, Nationale Politie (2015), (2) Kamerstuk politie, Tweede Kamer (2015), (3) Jaarrekeningen, Nationale Politie (2013, 2014, 2015, 2016 en 2017), (4) Ontwerpbegroting 2013-2017, Nationale Politie (2012)

KPMG © 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

De geschatte transitiekosten bestaan uit elf kostensoorten

De tabel rechts geeft een overzicht van de geschatte transitiekosten per kostensoort van de begroting in 2012 en de herijking in 2014.

Tabel: Geschatte transitiekosten per kostensoort (2012 en 2014)

Kostensoorten[1]	2012 (in miljoen €)	2014 (in miljoen €)
Opleidingen	16	10
Outplacement	5	8
Verhuizingen	25	25
Woon-werkverkeer reorganisatie	68	159
Stimulering van vertrek	30	90
Loonsuppletie	8	8
Programmaorganisatie	32	82
PAC	4	4
Huisvesting	40	24
Administratie	5	5
Bedrijfsvoering	Afwezig	46
Totaal	**232**	**460**

Bronnen: (1) Kamerstuk politie, Tweede Kamer (2015)

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Toelichting exploitatiekosten vorming Nationale Politie

Tabel: Besteding vorming Nationale Politie

x €1000	2013	2014	2015	2016	2017 Totaal	
Exploitatiekosten jaarrekening						
Personeel	6.193	59.843	98.603	45.217	33.004	242.860
Opleiding en vorming	424	1.046	1.609	1.890	619	5.588
Huisvesting	2.413	3.371	3.412	3.601	2.925	15.722
Vervoer	3	59	8	-8		62
Verbindingen en automatisering	222	293	239	179	600	1.533
Operationeel	62	72	91	107	16	348
Beheer	4.323	4.824	6.372	5.217	2.638	23.374
Totaal exploitatiekosten	**13.640**	**69.508**	**110.334**	**56.203**	**39.802**	**289.487**

Tabel: Toelichting per kostenpost

Kostenpost	Toelichting
Personeel	Bestaat uit salariskosten, inhuur van derden, toevoeging aan voorzieningen ambtsjubilea en wachtgeld.
Opleiding en vorming	Opleiding en vorming van het reguliere contractonderwijs, waaronder de kosten van de opleiding mentale kracht en weerbaarheid.
Huisvesting	Bestaande uit afschrijvingen, energie, huur, overige zaken en diensten en mutaties voorzieningen.
Vervoer	Afschrijvingen, energie en huur van de gebruikte voertuigen.
Verbindingen en automatisering	Automatiseringskosten, voornamelijk uit het bijgestlede ICT-aanvalsprogramma.
Operationeel	Kosten verbandhoudende met opsporing, tolken, in beslag genomen goederen, arrestanten en dienstreizen.
Beheer	De kosten van catering, inhuur van deskundigheid, vergaderingen en druk- en bindwerk.

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

KPMG

Bijlage D.

Casus 4 - National Program for IT NHS (Engeland) 2002

Tussen 2002 en 2012 vond het transitieproces van het National Programme for IT plaats

Het 'National Program for IT' (NPfIT) werd in 2002 geïmplementeerd door de 'National Health Service' (NHS). De NHS is het overheidsorgaan verantwoordelijk voor het gezondheidszorgsysteem in Engeland(1).

Het NPfIT had als doel het moderniseren (en digitaliseren) van de manier waarop de NHS informatie gebruikte en service verleende aan patiënten. De inkoop van IT binnen de NHS werd met het NPfIT gecentraliseerd en gestandaardiseerd. Voorheen gebeurde dat nog door de individuele NHS organisaties, wat leidde tot hoge kosten en beperkte interoperabiliteit tussen de verschillende afdelingen van de NHS(2,3). De hervormingen binnen het NPfIT omvatten(1,2):

De introductie van de nieuwe functie 'Director General of NHS IT' (later 'NHS Connecting for Health') door het 'Department of Health' (DoH). De Director General hield toezicht op de implementatie van het programma, beheerde fondsen en stuurde de 'Strategic Health Authority' (SHA) en NHS Information Authority aan.

De implementatie van de volgende onderdelen(1,2,5):

- Geïntegreerde elektronische patiëntendossiers;
- Elektronisch voorschrijven;
- Elektronisch afspraken maken (choose and book);
- Onderbouwing van de IT-infrastructuur met voldoende capaciteit om zowel nationale toepassingen als lokale systemen te ondersteunen;
- Ondersteuning voor NHS artsen en medewerkers;
- Picture Archiving and Communications Systems (PACS).

Noot: (A) Fases zijn aangehouden zoals SIRM deze heeft vastgesteld. Fase 1 start als er bekend is dat er een stelselwijziging volgt. Fase 2 begint als de wetgeving is aangenomen. Fase 3 start op het moment dat de wet formeel in werking treedt. De grens tussen fase 1 en fase 2 kan lastig zijn om te identificeren.

Bronnen: (1) The National Programme for IT in the NHS, University of Cambridge (2014), (2) The National Programme for IT in the NHS, National Audit Office (2006),
(3) The National Programme for IT in the NHS: Progress since 2006, National Audit Office (2008)
(4) Review of the final benefits statement for programmes previously managed under the National Programme for IT in the NHS, National Audit Office (2013),
(5) The National Programme for IT, Dell (n.d.)

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

De verwachte transitieperiode voor het ontmantelen van NPfIT en afronden van resterende onderdelen is 2013 tot 2024

Bepaalde programma's binnen NPfIT zijn succesvol geïmplementeerd, terwijl anderen aanzienlijke vertraging hebben opgelopen (met name de geïntegreerde patiëntendossiers).

Vanaf september 2011 werd NPfIT ontmanteld in verschillende componenten (verwachte einddatum in 2024). De ontmanteling vond plaats op basis van rapporten van de NAO (in juni 2006, mei 2008 en mei 2011), PAC (in maart 2007, januari 2009 en juli 2011) en een review door de 'Major Projects Authority'(1). Sommige componenten waren destijds gecentraliseerd, waaronder inkoop van IT door de NHS (bijvoorbeeld NHSmail en elektronische voorschrijven). Andere componenten waren gedecentraliseerd, waarbij lokale NHS-onderdelen zelf leveranciers selecteerden (bijvoorbeeld elektronisch patiëntendossier).

Iedere ontmantelde component van het NPfIT-programma kreeg een senior eigenaar toegewezen. De eigenaren waren verantwoordelijk voor hun component (o.a. het leveren en beoordelen van het nut van de component).

De componenten waar nog aan gewerkt werd op het moment van ontmanteling (in verschillende mate van afronding), waren(2):

- Geïntegreerde elektronische patiëntendossiers in de regio's Londen, Zuid-Engeland en Noord, Midden en Oost-Engeland;
- Elektronisch afspraken maken (choose and book);
- Elektronisch patiëntendossier en 'summary care record' (SCR);
- NHS mail;
- Elektronisch voorschrijven.

Na de ontmanteling zijn de onvoltooide initiatieven ieder op een eigen manier opgepakt, bijvoorbeeld:

- De NHS heeft de implementatie van het elektronisch patiëntendossier gedecentraliseerd naar de lokale NHS trusts. De NHS trusts hebben de vrijheid hun eigen IT-systeem te kiezen. De beoogde deadline is 2020 voor volledige adoptie(3,4,5).
- In 2015 is de overheid een aantal initiatieven gestart om lokale gebieden aan te moedigen over te stappen van papieren naar elektronische dossiers. Voorbeelden van deze initiatieven zijn Integrated Digital Care Fund (2015), Nursing Technology Fund (2015) en NHS Innovation Accelerator scheme(3).
- Het percentage huisartsenpraktijken in Engeland met CSR online zichtbaar voor patiënten, elektronisch afspraken maken en elektronisch herhaalrecepten bestellen is tussen 2014 en 2016 gestegen van 3% naar 97%(3).
- In 2013 initieerde de NHS migratie van NHSmail naar NHSmail 2, met meer mailcapaciteit. Op andere tools werd mobiele integratie gefaciliteerd. De migratie werd voltooid in 2016(6).
- Tussen 2013 en 2016 heeft de overheid toenemende vooruitgang geboekt bij de introductie van elektronisch voorschrijven. De overheid kondigde complete uitrol van deze service aan vanaf december 2019(7,8).

Bronnen:
(1) Review of the final benefits statement for programmes previously managed under the National Programme for IT in the NHS, National Audit Office (2013),
(2) The National Programme for IT in the NHS, University of Cambridge (2014), (3) Electronic Health Records, House of Parliament (2016),
(4) CSC And NHS Reach £900m IT Service Compromise, McCaskill, S. (2012), (5) Spending review and autumn statement 2015, Gov.UK (2015),
(6) NHSMail 2 rolled out to 200,000 NHS staff, digitalhealth (2016), (7) Mandatory electronic prescriptions was the easy bit in NHS paperless plans, Hall, K. (2019),
(8) National roll-out of electronic prescription service, Gov.UK (2019)

KPMG
© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Transitiekosten mogelijk voor vier actoren die betrokken waren bij het transitieproces van het NPfIT

Meerdere actoren betrokken bij het transitieproces

De invoering van het NPfIT was een transitie van grote omvang. Veel organisaties waren betrokken bij deze transitie. Actoren die onder andere betrokken zijn in dit proces zijn onderstaand opgenomen[1,2,3].

Actoren[A]	Rol	Mogelijke transitiekosten
Department of Health (DoH)	Plannen en besturen implementatie van het programma en ontwerpen programmadocument	Kosten zijn niet gemaakt door DoH, maar door NHS England en binnen het NPfIT
NHS Engeland (NHS IT later NHS Connecting for Health)	Valt onder het 'Department of Health'. Verantwoordelijk voor de implementatie van de NPfIT	— Kosten voor programmamanagement — Implementatie nationale IT applicaties en infrastructuur en elektronisch patiëntendossier
Local Service Providers (LSP)	Leveren IT-services binnen de afgesloten contracten. Contracten afgesloten met vier providers: Accenture, Fujitsu, BT en CSC	— Afschrijven verliezen

Noot: (A) De Strategic Health Authority en lokale NHS onderdelen zijn ook actoren in het transitieproces. Op basis van desktop research en interviews schatten we in dat de transitiekosten voor deze actoren relatief lager zijn dan de actoren die wel zijn gekwantificeerd. Het is aannemelijk dat er wel transitiekosten zijn gemaakt door deze actoren, maar deze kosten zijn niet gekwantificeerd in de casus.

Bronnen: (1) The National Programme for IT in the NHS, University of Cambridge (2014), (2) The National Programme for IT in the NHS, National Audit Office (2006), (3) The National Programme for IT in the NHS: an update on the delivery of detailed care records systems, National Audit Office (2011)

KPMG © 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Scenario 1: de begrote transitiekosten voor NPfIT zijn £ 10.7 miljard tussen 2002 en 2024, 0,4% van de totale NHS uitgaven

Scenario 1 gaat uit van begrote kosten: de cumulatieve begrote transitiekosten voor NPfIT zijn geschat op £ 10.7 miljard tussen 2002 en 2024[A,B]

In de vier weergegeven jaren heeft de DoH steeds een begroting gemaakt van de verwachte kosten en een inschatting van de looptijd. De getallen geven de cumulatieve kosten in deze periode weer. De begroting en de looptijd van de transitie zijn in de loop der jaren bijgesteld. Belangrijkste oorzaken hiervan zijn vertragingen bij de implementatie, afname van de scope van onderdelen en toevoegingen aan het programma.

- In 2006 had de DoH de totale cumulatieve kosten voor NPfIT begroot op £ 12,6 miljard en de transitieperiode geschat op 2002-2014.
- In de latere begrotingen werden wijzigingen aangebracht en de kosten werden geleidelijk teruggebracht tot £ 10,7 miljard[B] in de definitieve begroting van maart 2012. De programmaperiode werd toen geschat op 2002-2024. De cumulatieve transitiekosten vertegenwoordigen in deze begroting 0,4% van de cumulatieve uitgaven voor gezondheidszorg in Engeland voor de periode 2002-2024.
- De uitsplitsing van de begrote transitiekosten is weergegeven in de tweede en derde tabel. Op basis van interviews is aangenomen dat zorgaanbieders weinig tot geen kosten hebben gemaakt. De DoH is niet als aparte stakeholder opgenomen, omdat deze kosten met name binnen de NHS gemaakt zijn.
- De afschrijvingen voor LSP's waren niet begroot, dus deze kosten zijn alleen meegenomen in methode 2, waarbij uitgegaan is van gerealiseerde kosten.

Tabel: Begrote transitiekosten per periode[1,2,3,4,A,B,C]

In miljarden £	2006[D]	2008	2011	2012
Periode	**2002-2014**	**2002-2016**	**2002-2016**	**2002-2024**
Verwachte transitiekosten (cumulatief)	**12,6**	**13,1**	**12,3**	**10,7**
Totale NHS uitgaven (cumulatief voor de periode)	1.037,0	1.267,5	1.267,5	2.410,3
Transitiekosten als % van totale uitgaven	1,2%	1,0%[E]	1,0%[E]	0,4%

Tabel: Begrote transitiekosten per periode – Opsplitsing per stakeholder [1,2,3,4,A,B,C]

In miljarden £	2006	2008	2011	2012
NHS IT	8,7	9,2	8,3	7,2
Commisioners'	3,9	3,9	4,0	3,5
Totale transitiekosten	**12,6**	**13,1**	**12,3**	**10,7**

Tabel: Begrote transitiekosten per periode – Opsplitsing voor NHS [1,2,3,4,A,B,C]

In miljarden £	2006	2008	2011	2012
Programma management	1,4	1,7	1,4	1,4
Nationale infrastructuur	1,6	1,5	1,6	1,3
Nationale applicaties	0,6	0,7	0,5	0,5
Patiëntendossier	5,0	5,2	4,7	4,0
Totale transitiekosten NHS	**8,7**	**9,2**	**8,3**	**7,2**

Noot: (A) De uitgaven in de originele NAO publicatie zijn gebaseerd op 2004-05 prijzen. Deze zijn gecorrigeerd voor inflatie om te komen tot kosten gebaseerd op prijzen van het betreffende jaar. (B) Het definitieve budget (2012) bevatte vanwege onzekerheid geen kosten voor implementatie van het Lorenzo system in Noord, Midlands en Oost Engeland (£572 miljoen) en toekomstige compensatie aan Fujitsu's voor het beëindiging van hun contract voor patiëntendossiers in het zuiden van Engeland (~£700 miljoen). (C) Stakeholder en NHS Breakdown voor de jaren 2006 en 2012 zijn niet gerapporteerd door NAO. Deze zijn geschat op basis van gemiddelde uitsplitsing voor de jaren 2008 en 2011. (D) Het bovenste jaar is het jaar waarin de begroting is gemaakt. De periode daaronder werd bekeken in de betreffende begroting. (E) Het percentage in 2008 is 1,03%, in 2011 0,97%. Door afronding worden beide percentages weergegeven als 1,0%.

Bronnen: (1) NPfIT Report, National Audit Office (2006), (2) The National Programme for IT in the NHS: Progress since 2006, National Audit Office (2008), (3) The National Programme for IT in the NHS: an update on the delivery of detailed care records systems, National Audit Office (2011), (4) Review of the final benefits statement for Programmes previously managed under the National Programme for IT in the NHS, National Audit Office (2013)

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Scenario 2: de gerealiseerde transitiekosten aan NPfIT waren £10,7 miljard tussen 2002 en 2012, 1,3% van de totale NHS uitgaven

Scenario 2 gaat uit van gerealiseerde kosten: de cumulatieve gerealiseerde transitiekosten voor de periode 2002 tot 2012 waren £ 10,7 miljard(A)

Scenario 2 is gebaseerd op gerealiseerde (daadwerkelijk gemaakte) kosten en is het voorkeursscenario. De gerealiseerde uitgaven voor NPfIT waren lager dan verwacht, vanwege vertragingen bij de levering van bepaalde systemen (vooral het elektronisch patiëntendossier). De leverancier werd pas betaald als bewezen was dat de dienst geleverd werd en werkte(1).

- Tussen 2002-2008 stonden de totale uitgaven op £4,0 miljard (dat was lager dan verwacht), als gevolg van aanzienlijke vertragingen bij de implementatie van het elektronisch patiëntendossier(3).
- In het definitieve NPfIT beoordelingsrapport voor de ontmanteling (maart 2012) zijn gerealiseerde uitgaven gerapporteerd van circa £ 10,7 miljard tussen 2002 tot 2012. Dit vertegenwoordigt 1,3% van de cumulatieve uitgaven voor gezondheidszorg in Engeland voor de periode 2002-2012.
- De uitsplitsing van de werkelijke transitiekosten wordt weergegeven in de tweede en derde tabel. Het merendeel van de kosten is gemaakt door NHS IT (NHS Connecting for Health sinds 2005). Deze vertegenwoordigen circa 70% van de totale gerealiseerde kosten tot 2012. Ook hier is op basis van interviews de aanname gedaan dat zorgaanbieders en DoH weinig tot geen kosten hebben gemaakt.
- Kosten voor Local Service Providers bestaan uit afschrijvingen die deze IT-leveranciers hebben moeten maken op de contracten die zij met de NHS hebben gesloten voor het NPfIT. De onderbouwing en aannames zijn opgenomen op pagina 62.

Tabel: Gerealiseerde transitiekosten per periode(1,2,3,4,A)

In miljarden £	2006	2008	2011	2012
Periode	**2002-2006**	**2002-2008**	**2002-2011**	**2002-2012**
Gerealiseerde transitiekosten (cummulatief voor de periode)	**0,7**	**4,0**	**8,5**	**10,7**
Totale NHS uitgaven (cummulatief voor de periode)	264,7	429,4	719,2	822,0
Transitiekosten als % van totale uitgave	0,2%	0,9%	1,2%	1,3%

Tabel: Gerealiseerde transitiekosten per periode – Opsplitsing per stakeholder periode(1,2,3,4,A,B)

In miljarden £	2006	2008	2011	2012
NHS IT	0,5	2,6	4,7	5,5
Commisioners'	0,2	1,1	2,1	2,5
Local Service provider (LSP)(C)	0,0	0,3	1,6	2,7
Total Transition costs	**0,7**	**4,0**	**8,5**	**10,7**

Tabel: Gerealiseerde transitiekosten per periode – Opsplitsing voor NHS (1,2,3,4,A,B)

In miljarden £	2006	2008	2011	2012
Programma management	0,1	0,5	1,0	1,2
Nationale infrastructuur	0,2	0,8	1,5	1,7
Nationale applicaties	0,0	0,3	0,5	0,5
Patiëntendossier	0,2	1,0	1,8	2,0
Totale bijdrage door de NHS	**0,5**	**2,6**	**4,7**	**5,5**

Noot: (A) De uitgaven in de originele NAO publicatie zijn gebaseerd op 2004-2005 prijzen. Deze zijn gecorrigeerd voor inflatie om te komen tot kosten gebaseerd op prijzen van het betreffende jaar.
(B) Stakeholder en NHS Breakdown voor de jaren 2006, 2008 en 2012 zijn niet gerapporteerd door DoH. Deze zijn berekend op basis van het jaar 2011, waarin de uitsplitsing wel gerapporteerd is. Daarbij is ervan uitgegaan dat de verdeling(%) in 2006, 2008 en 2012 hetzelfde is als in 2011. (C) Methode en aannames zijn uitgewerkt op pagina 60-62.

Bronnen: (1) The National Programme for IT in the NHS, National Audit Office (2006), (2) The National Programme for IT in the NHS: Progress since 2006, National Audit Office (2008),
(3) The National Programme for IT in the NHS: an update on the delivery of detailed care records systems, National Audit Office (2011),
(4) Review of the final benefits statement for Programmes previously managed under the National Programme for IT in the NHS, National Audit Office (2013)

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Methodologie voor aanpassing prijzen gebaseerd op 2004-05 waarden naar nominale waarden voor dat jaar

— De totale gerapporteerde uitgaven (begroot/gerealiseerd) zijn opgesplitst in de volgende twee categorieën:
  - Vaste-prijscontracten: contracten worden tegen vaste prijzen uitgerold en konden in de loop der jaren niet veranderen. Deze omvatten de kosten van nationale infrastructuur, nationale toepassingen en lokale services (d.w.z. patiëntendossiers);
  - Overige kosten: uitgaven voor het beheer van het programma door de NHS of lokale NHS-trusts. Deze werden aanvankelijk niet vastgelegd via een contract en we zijn ervan uitgegaan dat deze in de loop van de jaren veranderden.

— De kosten voor vaste-prijscontracten zijn overgenomen zoals gerapporteerd in de betreffende jaren.

— De overige kosten zijn aangepast door te corrigeren voor de inflatie in het jaar waarin de kosten werden gerapporteerd door te vermenigvuldigen met de inflatie-index voor dat jaar volgens onderstaande tabel:

De kosten voor vaste-prijscontracten en aangepaste overige kosten zijn opgeteld om tot de definitieve waarde te komen.

Tabel: Overzicht inflatie 2005-2012

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Inflatie %	2.1%	2.3%	2.32%	3.6%	2.2%	3.3%	4.5%	2.8%
Inflatie index	1.000	1.023	1.047	1.085	1.108	1.145	1.196	1.230

Tabel: Voorbeeld aanpassing in begrote en gerealiseerde uitgaven 2011(1)

In miljoenen £	Gerealiseerd	Begroot	
Nationale infrastructuur			
Spine	814	902	
N3 network	530	530	
NHSmail	159	207	
Nationale applicaties			
Choose and Book	154	154	
GP2GP transfer	25	25	
Toegevoegde contracten	297	341	**Vaste-prijscontracten** Kosten genomen zoals gerapporteerd
Lokale services			
London	444	948	
South	213	454	
North, Midlands and East	854	2.507	
Additional Supply Capability and Capacity	–	470	
Interoperabilieit	–	52	
Totaal ingehouden door Accenture	122	110	
Totaal ingehouden door Fujitsu	151	151	
Lokale NHS kosten			
PACS	675	886	**Overige kosten** Kosten vermenigvuldigd met inflatie-index m.b.t. 2004-05 (1.196 in 2011) om aangepaste uitgave te verkrijgen
N3 Network	216	216	
Kosten voor lokale personele inzet	882	2.084	
Interoperabiliteit	–	172	
Centrale programmakosten	817	1.190	
Totaal	**6.354**	**11.400**	

Bronnen: (1) The National Programme for IT in the NHS: an update on the delivery of detailed care records systems, National Audit Office (2011)

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Verwachte kosten nadat NPfIT was ontmanteld waren circa £ 4.04 miljard voor de periode 2013-2024

Tabel: Verwachte kosten per jaar na ontmanteling van het NPfIT in verschillende componenten[1]

In miljarden £	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Totaal
NHS en commissioners	0,23	0,23	0,23	0,23	0,23	0,23	0,23	0,23	0,23	0,23	0,23	0,23	**2,74**
Aanvullende kosten Lorenzo initiatief[A,1]	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	**0,57**
Aanullende kosten Fujitsu geschillenregeling[B,2]	-	-	-	-	-	-	-	0,70	-	-	-	-	**0,70**
Kosten juridische ondersteuning[C,1]	0,04	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	**0,04**
Totaal begrote transitiekosten	**0,31**	**0,28**	**0,28**	**0,28**	**0,28**	**0,28**	**0,28**	**0,98**	**0,28**	**0,28**	**0,28**	**0,28**	**4,04**
Totale uitgaven	105,2	109,8	113,3	117,2	120,5	125,2	130,8	137,8	145,1	152,8	161,0	169,6	1.588,3
Totaal begrote transitiekosten als % van de uitgaven	**0,3%**	**0,3%**	**0,2%**	**0,2%**	**0,2%**	**0,2%**	**0,2%**	**0,7%**	**0,2%**	**0,2%**	**0,2%**	**0,2%**	**0,3%**

De cumulatieve begrote transitiekosten voor de periode 2013 tot 2024 waren £ 4.04 miljard

- Op basis van het verschil tussen de begrote en werkelijke uitgaven gepubliceerd in maart 2012, hebben we aangenomen dat de resterende £ 2,74 miljoen werd uitgegeven tussen 2013 en 2024.
- Hieraan hebben we de extra kosten toegevoegd: kosten voor het Lorenzo-initiatief[A], kosten van Fujitsu-geschillenregeling[B,2] en bijbehorende juridische kosten[C]. Daarmee zijn we gekomen tot de totale verwachte uitgaven tussen 2013-2024.
- Dit vertegenwoordigt 0,3% van de totale uitgaven voor gezondheidszorg in Engeland voor de periode 2013-2024.

Noot: (A) Omvat toekomstige kosten voor het contract van het ministerie met CSC om het Lorenzo-zorgregistratiesysteem te leveren aan acute trusts, psychische trusts en gemeenschapsdiensten in Noord-, Midden en Oost-Engeland. (B) Omvat kosten die voortvloeien uit de beëindiging van het contract door Fujitsu voor zorgregistratiesystemen in Zuid-Engeland. De geschatte kosten liggen tussen £ 400 - 700 miljoen. We zijn uitgegaan van £ 700 miljoen in bovenstaande schattingen. (C) Bestaande uit £ 31,5 miljoen, £ 2,9 miljoen en £ 2,7 miljoen, betaald aan DLA Piper voor juridisch advies in de rechtszaak Fujitsu, CSC-onderhandelingen en andere onderhandelingen met betrekking tot NPfIT-contracten

Bronnen: (1) Review of the final benefits statement for Programmes previously managed under the National Programme for IT in the NHS, National Audit Office (2013),
(2) Department close to settling 10-year NPfIT legal battle with Fujitsu, Digitalhealth (2018)

KPMG © 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Methode en aannames verliezen voor Local Service Providers (LSP's)

Methode en aannames bij kwantificeren verliezen voor LSP's

— **Accenture**: beëindigde het contract voor NPfIT in september 2006. De geschatte verliezen omvatten:
  – Een voorziening voor toekomstig verwacht verlies van £ 0,23 miljard vanwege het NPfIT (contract beëindigd in september later dat jaar).
  – Daarnaast moest Accenture £ 0,07 miljard terugbetalen aan de NHS dat het bedrijf had ontvangen als vooruitbetaling[1,2].

— **Fujitsu**: beëindigde het contract met de NHS in mei 2008. Het bedrijf voerde een rechtszaak waarbij £ 0,70 miljard werd gevraagd als eindafrekening. Aangenomen is dat dit het verlies is dat Fujitsu heeft geleden[3,4].

— **BT**: de volgende aannames zijn gemaakt:
  – In Q4 2009 (in dit geval door gebroken boekjaar: januari tot maart 2009) heeft BT voorzieningen getrokken voor verliezen op contracten voor £ 1.2 miljard.
  – Dit verlies hing samen met twee contracten van BT Global Services, waarvan NPfIT er één was.
  – Aangenomen is dat de helft van het verlies (dus £ 0,60 miljard) voor NPfIT was[5,6,7].

— **CSC**: verliezen van CSC bestaand uit twee delen:
  – Een afschrijving van £ 0,96 miljard aan investeringen die CSC heeft gedaan voor NPfIT. Dit omvat £ 0,82 miljard voor onderhande werk, £ 0,13 voor gefactureerde en niet-gefactureerde vorderingen en £ 0,01 overig.
  – Daarnaast moest CSC de NHS £ 0,17 miljard terugbetalen dat het bedrijf had ontvangen als vooruitbetaling[8,9].

Tabel: Cumulatief verlies voor LSP's door NPfIT[1,2,3,4,5,6,7]

In miljarden £ (cumulatief)	2006	2008	2011	2012
NHS financieel jaar	**2007**	**2009**	**2009**	**2012**
Accenture[A]	-	0,30	0,30	0,30
Fujitsu	-	-	0,70	0,70
BT[B]	-	-	0,60	0,60
CSC[C]	-	-	-	1,134
Totaal verlies voor LSP's	-	**0,30**	**1,60**	**2,73**

Noot: (A) Conversie in 2006: £1=$1.95, (B) Conversie in 2011: £1=$1.55, (C) In 2013 ontving BT bijna alle bedragen voor contracten die als LSP fungeerde - Londen en Zuid-Europa (gecontracteerd voor zorgregistratie)

Bronnen: (1) The National Programme for IT in the NHS, National Audit Office (2006), (2) Fujitsu may quit NHS National Programme for IT, Computerweekly (2008), (3) Department close to settling 10-year NPfIT legal battle with Fujitsu, Digitalhealth (2018) (4) Fujitsu to withdraw from the NPfIT - what happens now?, Computerweekly (2008), (5) BT's writedown on London NPfIT contract, Computerweekly (2009), (6) BT earns £1.3bn extra from "dismantled" NHS IT scheme, Campaign4Change (2014), (7) Financial Results, BT (2009), (8) CSC set to write-off £1bn spent on NPfIT, Digitalhealth (2012), (9) Financial report Q3, Computer sciences corporation (2012)

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

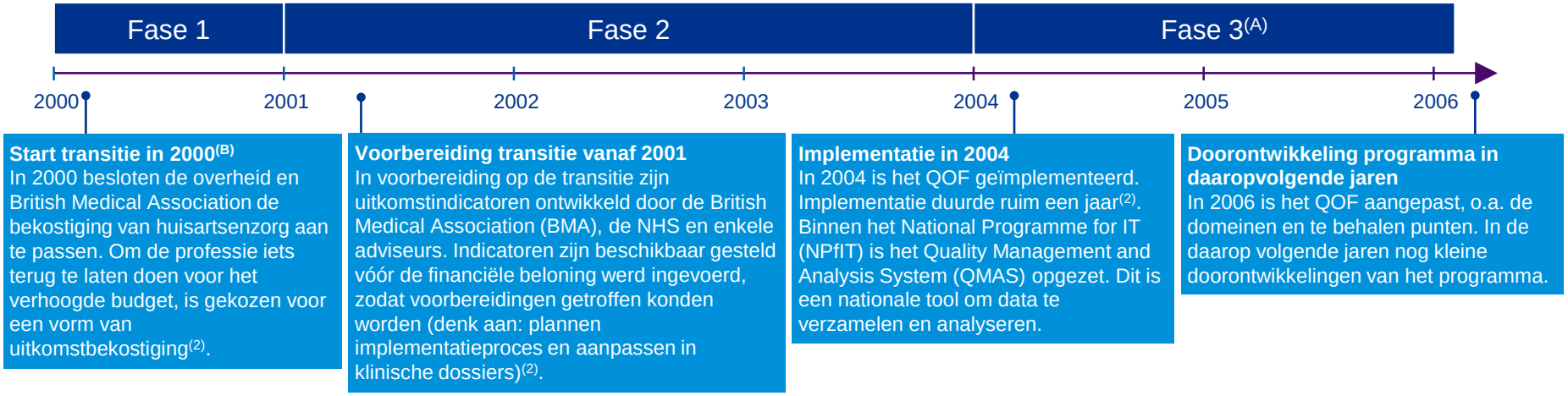
KPMG

Bijlage E.

Casus 5 - Invoering Quality Outcome Framework (Engeland) 2004

Tussen 2000 en 2006 vond het transitieproces van het Quality and Outcome Framework (QOF) plaats

Het Quality and Outcome Framework (QOF) is een vrijwillig programma van jaarlijkse beloning voor huisartsen. Hoewel het programma is geïmplementeerd in Engeland, Wales, Schotland en Noord-Ierland, gaan we in deze casus alleen uit van de transitie in Engeland. QOF valt binnen het General Medical Service (GMS) contract voor huisartsen. Het systeem is geïmplementeerd door de National Health Service (NHS) in april 2004. De intentie was het verbeteren van de kwaliteit van huisartsenzorg door het belonen van 'good practices' en het oplossen van het tekort aan huisartsen. Huisartsen verdienen punten. Hoe hoger de score, hoe hoger de beloning[1,2].



Noot: (A) Fases zijn aangehouden zoals SIRM deze heeft vastgesteld. Fase 1 start als er bekend is dat er een stelselwijziging volgt. Fase 2 begint als de wetgeving is aangenomen. Fase 3 start op het moment dat de wet formeel in werking treedt. De grens tussen fase 1 en fase 2 kan lastig zijn om te identificeren. (B) Hoewel de implementatieperiode in 2000 begint, zijn pas vanaf 2014 (het moment van implementatie) transitiekosten gerapporteerd.

Bronnen: (1) QOF 2018/19 results, NHS digital (2020), (2) Quality and Outcomes Framework: what have we learnt?, Roland, M. & Guthrie, B. (2016)

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Transitiekosten mogelijk voor drie actoren die betrokken waren bij het transitieproces van het QOF

Vier actoren betrokken bij het transitieproces

Onderstaande vier actoren waren betrokken bij het transitieproces van het QOF en hebben mogelijk transitiekosten gemaakt.

Actoren	Rol	Mogelijke transitiekosten
NHS (England)(1)	Valt onder het 'UK National Health Service'. Verantwoordelijk voor de implementatie van het QOF	— Aanvullend salaris huisartsen — Personele inzet voor reorganisatie, administratiekosten — Ontwikkelen en beschikbaar stellen software tools QOF — Opstellen gedetailleerde handleidingen voor huisartsen — Ondersteuning bij implementatie
Huisartsen	Uitvoerende partijen huisartsenzorg	— Personele inzet en administratieve lasten: o.a. verzamelen benodigde data, monitoren uitkomsten en betaling(1,2) — Systeemveranderingen zoals implementatie universele elektronische dossiers benodigd om betaling te ontvangen(1) — Frictiekosten
NHS Primary Care Trusts	Toezicht houden en controleren van het QOF en uitvoeren gerelateerde betalingen	— Inrichten systemen voor toezicht, controle en betaling

Bronnen:

(1) Quality and Outcomes Framework: what have we learnt?, Roland, M. & Guthrie, B. (2016),
(2) Impact of financial incentives on clinical autonomy and internal motivation in primary care, Ruth, D et al. (2007)

KPMG

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Vier scenario's om de transitiekosten QOF te bepalen

In de transitiekosten QOF zijn twee posten het meest onzeker (zie figuur rechts):

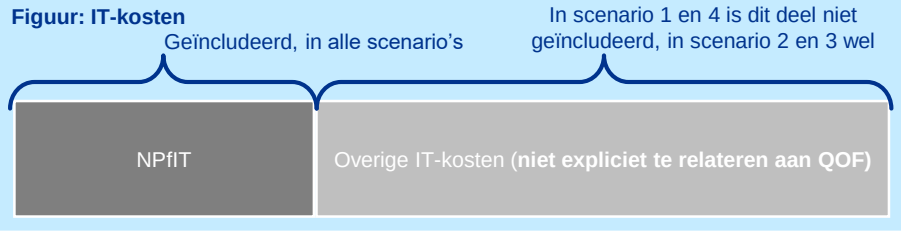
— Onverwacht aanvullend salaris huisartsen: door de implementatie van het QOF ontvingen huisartsen een aanvullend salaris bij goede uitkomsten. Echter, dit aanvullende salaris was in de eerste jaren fors hoger dan begroot. Huisartsen haalden in het eerste jaar 90% van de te behalen punten, in plaats van de verwachte 75%. De kosten voor de nieuwe contracten met huisartsen waren daardoor hoger dan begroot(1,2).

— IT-kosten: de transitiekosten IT omvatten kosten voor huisartsenzorg in het kader van het National Programme for IT (NPfIT), ondersteunend aan het Quality Outcome Framework. Dit zijn investeringen in huisartsenzorg die alleen in de contracten van 2003/2004 en 2005/2006 zijn opgenomen(3). Daarnaast zijn echter ook overige IT-kosten gemaakt. Voor deze IT-kosten kan geen onderscheid gemaakt worden in transitiekosten en reguliere IT-kosten.

Uitgaande van deze twee onzekerheden, zijn vier scenario's gemaakt van de transitiekosten (zie tabel rechts). Daarbij wisselt of de kosten voor bovenstaande posten worden gezien als onderdeel van de transitie en dus geïncludeerd worden als transitiekosten. Of dat ze gezien worden als reguliere kosten en niet geïncludeerd worden als transitiekosten.

Figuur: aanvullend salaris huisartsen door QOF

Figuur: IT-kosten



Tabel: Vier scenario's transitiekosten QOF

	Onverwacht aanvullend salaris huisartsen	Overige IT-kosten
Scenario 1	Niet geïncludeerd	Niet geïncludeerd
Scenario 2	Niet geïncludeerd	Wel geïncludeerd
Scenario 3	Wel geïncludeerd	Wel geïncludeerd
Scenario 4	Wel geïncludeerd	Niet geïncludeerd

Bronnen: (1) NHS Pay Modernisation: New Contracts for General Practice Services in England, National Audit Office (2008), (2) Do GPs deserve their recent pay rise?, Timmins, N. (2005), (3) Investment in General Practice 2003/04 to 2009/10 England, Wales, Northern Ireland and Scotland, The Health and Social Care Information Centre (2010)

KPMG © 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

De transitiekosten QOF bedragen tussen 2003 en 2006 gemiddeld jaarlijks 1,9% tot 3,9% afhankelijk van het gekozen scenario

Transitiekosten tussen 2003 en 2006 gemiddeld 1,9% tot 3,9% afhankelijk van het gekozen scenario

In scenario 1 zijn de gemiddelde transitiekosten tussen 2003 en 2006 1,9%, in scenario 2 2,7%, in scenario 3 3,9% en in scenario 4 3,2%. Een uitsplitsing van de kosten, onderbouwing en toelichting zijn te vinden op pagina 68 en 69. De transitiekosten zijn gebaseerd op gerealiseerde kosten. Waar deze kosten niet beschikbaar waren, zijn inschattingen gemaakt op basis van aannames.

Tabel: Inschatting transitiekosten QOF Engeland[1,2,3,4,5,6]

In miljoen £	2003	2004	2005	2006	Totaal
Totale uitgaven huisartsenzorg na de transitie[A]	5.185	5.811	6.914	7.747	**25.657**
Scenario 1: exclusief onverwacht aanvullend salaris huisartsen en IT-kosten					
Totale transitiekosten exclusief onverwacht aanvullend salaris huisartsen en IT-kosten	0	185	219	82	**485**
% transitiekosten / totale uitgaven	**0,0%**	**3,2%**	**3,2%**	**1,1%**	**1,9%**
Scenario 2: exclusief onverwacht aanvullend salaris huisartsen en IT-kosten, inclusief IT-kosten					
Totale transitiekosten exclusief onverwacht aanvullend salaris huisartsen en IT-kosten, inclusief IT-kosten	0	247	285	150	**682**
% transitiekosten / totale uitgaven	**0,0%**	**4,3%**	**4,1%**	**1,9%**	**2,7%**
Scenario 3: inclusief onverwacht aanvullend salaris huisartsen en IT-kosten					
Totale transitiekosten inclusief onverwacht aanvullend salaris huisartsen en IT-kosten	0	247	440	318	**1.005**
% transitiekosten / totale uitgaven	**0,0%**	**4,3%**	**6,4%**	**4,1%**	**3,9%**
Scenario 4: inclusief onverwacht aanvullend salaris huisartsen, exclusief IT-kosten					
Totale transitiekosten inclusief onverwacht aanvullend salaris huisartsen, exclusief IT-Kosten	0	185	374	250	**808**
% transitiekosten / totale uitgaven	**0,0%**	**3,2%**	**5,4%**	**3,2%**	**3,2%**

Noot: (A) Voor de totale uitgaven huisartsenzorg na de transitie in 2003 is de aanname gedaan dat dit 85% van de uitgaven in het totale VK is (Engeland, Wales, Noord-Ierland en Schotland. In de jaren 2004 tot en met 2019 was dit steeds 85% of 86% (gemiddeld 85%).

Bronnen:
(1) Investment in General Practice 2003/04 to 2009/10 England, Wales, Northern Ireland and Scotland, The Health and Social Care Information Centre (2010),
(2) Investment in General Practice 2006/07 to 2010/11 England, Wales, Northern Ireland and Scotland, The Health and Social Care Information Centre (2011),
(3) Investment in General Practice 2011/12 to 2015/16 England, Wales, Northern Ireland and Scotland, The Health and Social Care Information Centre (2016),,
(4) Investment in General Practice 2006/07 to 2010/11 England, Wales, Northern Ireland and Scotland, The Health and Social Care Information Centre (2011),
(5) Investment in General Practice 2003/04 to 2007/08 England, Wales, Northern Ireland and Scotland, The Health and Social Care Information Centre (2009),
(6) The new GMS Contract for GPs and other Healthcare Professionals, Audit commission in Wales, (2004)

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Toelichting, onderbouwing en aannames transitiekosten QOF (1/2)

Toelichting berekening transitiekosten QOF

- In de berekeningen is uitgegaan van de kosten in Engeland. Kosten voor Wales, Noord-Ierland en Schotland zijn buiten beschouwing gelaten in alle posten.
- De NHS rapporteert in financiële jaren die lopen van april tot en met maart. We gaan in de berekeningen uit van het jaareinde van het boekjaar. Dus 2004 is de periode van april 2003 tot en met maart 2004.
- Data van de transitiekosten zijn beschikbaar vanaf 2003. De NHS rapporteert over de periode.

Onderbouwing en aannames berekening transitiekosten QOF per post

- **NPfIT en IT-kosten**: de transitiekosten IT omvatten kosten voor huisartsenzorg in het kader van het National Programme for IT (NPfIT), ondersteunend aan het Quality Outcome Framework. Dit zijn investeringen in huisartsenzorg die alleen in de contracten van 2003/2004 en 2005/2006 zijn opgenomen(1). Daarnaast zijn echter ook overige IT-kosten gemaakt. Voor deze IT-kosten kan geen onderscheid gemaakt worden in transitiekosten en reguliere IT-kosten. In scenario 1 en 4 zijn deze kosten niet geïncludeerd in de transitiekosten, in scenario 2 en 3 wel.
- **Training en educatie huisartsen**: een inschatting voor de kosten voor training en educatie huisartsen is gemaakt met de aanname dat 0,2% van de totale uitgave huisartsenzorg besteed wordt aan training en educatie. 0,2% is gebaseerd op kosten voor training en educatie van huisartsen in Noord-Ierland in 2009 en 2010(1,2), opgehoogd voor de transitiejaren.
- **Voorbereidingskosten**: werden betaald aan iedere huisartsenpraktijk om de kosten te dekken voor de implementatie van QOF. Praktijken ontvingen een gemiddelde voorbereidingskosten van £ 9,000 in 2003/2004 en £ 3,250 in 2004/2005(3). Daarna werden geen voorbereidingskosten meer betaald. Deze bedragen zijn vermenigvuldigd met het aantal huisartsenpraktijken in het betreffende jaar(4).
- **Transitiekosten gemaakt door huisartsen**: voor de transitiekosten voor huisartsen is (nog) geen directe cijfermatige onderbouwing gevonden. Vooralsnog zijn we uitgegaan van een grove inschatting die als volgt is bepaald: eerst is de jaarlijkse groei van de kosten voor huisartsenzorg berekend in de periode na de transitie(5). Daarvoor is de compound annual growth rate (CAGR) berekend over de periode 2006-2018. Aangenomen is dat dit reguliere kosten zijn voor huisartsenzorg. Vervolgens is deze groei afgetrokken van de kostenstijging in de periode van de transitie (2004-2006), om de transitiekosten te bepalen. Dit is een grove inschatting, verdere cijfermatige onderbouwing is (nog) niet gevonden.
- **Onverwacht aanvullend salaris huisartsen**: door de implementatie van het QOF ontvingen huisartsen een aanvullend salaris bij goede uitkomsten. Dit was één van de doelen van QOF en niet tijdelijk. Echter, dit aanvullende salaris was in de eerste jaren fors hoger dan begroot. Huisartsen haalden in het eerste jaar 90% van de te behalen punten, in plaats van de verwachte 75%. De kosten voor de nieuwe contracten met huisartsen waren daardoor hoger dan begroot(6,7). Omdat de standaarden met de ontwikkeling van QOF zijn aangepast, worden deze kosten gezien als tijdelijke kosten en daarmee als transitiekosten.

Bronnen:
(1) Investment in General Practice 2003/04 to 2009/10 England, Wales, Northern Ireland and Scotland, The Health and Social Care Information Centre (2010),
(2) Investment in General Practice 2003/04 to 2008/09 England, Wales, Northern Ireland and Scotland, NHS, 2009,
(3) The new GMS Contract for GPs and other Healthcare Professionals, Audit Commission in Wales (2004), (4) Number of GP practices in England falls below 7,000, GP Online (2019),
(5) GP Earnings and Expenses Estimates 2017/18, NHS (2019), (6) NHS Pay Modernisation: New Contracts for General Practice Services in England, National Audit Office (2008),
(7) Do GPs deserve their recent pay rise?, Timmins, N. (2005)

KPMG © 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Toelichting, onderbouwing en aannames transitiekosten QOF (2/2)

Tabel: Onderbouwing transitiekosten QOF per scenario (inclusief Engeland)[1,2,3,4,5,6]

In miljoen £	2003	2004	2005	2006	Totaal
Scenario 1: exclusief onverwacht aanvullend salaris huisartsen en IT-kosten					
NPfIT	0	38	43	66	**147**
Training en educatie huisartsen[A]	0	12	14	16	**41**
Voorbereidingskosten[A]	0	76	28	0	**104**
Transitiekosten gemaakt door huisartsen[A]	0	59	135	0	**193**
Scenario 2: exclusief onverwacht aanvullend salaris huisartsen en IT-kosten, inclusief IT-kosten					
NPfIT	0	38	43	66	**147**
Training en educatie huisartsen[A]	0	12	14	16	**41**
Voorbereidingskosten[A]	0	76	28	0	**104**
Transitiekosten gemaakt door huisartsen[A]	0	59	135	0	**193**
IT-kosten	0	63	66	68	**197**
Scenario 3: inclusief onverwacht aanvullend salaris huisartsen en IT-kosten					
NPfIT	0	38	43	66	**147**
Training en educatie huisartsen[A]	0	12	14	16	**41**
Voorbereidingskosten[A]	0	76	28	0	**104**
Transitiekosten gemaakt door huisartsen[A]	0	59	135	0	**193**
IT-kosten	0	63	66	68	**197**
Onverwacht aanvullend salaris huisartsen	0	0	155	168	**323**

Tabel: Onderbouwing transitiekosten QOF per scenario (inclusief Engeland)[1,2,3,4,5,6]

In miljoen £	2003	2004	2005	2006	Totaal
Scenario 4: inclusief onverwacht aanvullend salaris huisartsen, exclusief IT-kosten					
NPfIT	0	38	43	66	**147**
Training en educatie huisartsen[A]	0	12	14	16	**41**
Voorbereidingskosten[A]	0	76	28	0	**104**
Transitiekosten gemaakt door huisartsen[A]	0	59	135	0	**193**
Onverwacht aanvullend salaris huisartsen	0	0	155	168	**323**

Noot: (A) Gebaseerd op aannames.

Bronnen: (1) Investment in General Practice 2003/04 to 2009/10 England, Wales, Northern Ireland and Scotland, The Health and Social Care Information Centre (2010), (2) Investment in General Practice 2006/07 to 2010/11 England, Wales, Northern Ireland and Scotland, The Health and Social Care Information Centre (2011), (3) Investment in General Practice 2011/12 to 2015/16 England, Wales, Northern Ireland and Scotland, The Health and Social Care Information Centre (2016), (4) Investment in General Practice 2006/07 to 2010/11 England, Wales, Northern Ireland and Scotland, The Health and Social Care Information Centre (2011), (5) Investment in General Practice 2003/04 to 2007/08 England, Wales, Northern Ireland and Scotland, The Health and Social Care Information Centre (2009), (6) The new GMS Contract for GPs and other Healthcare Professionals, Audit Commission in Wales (2004)

KPMG © 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

KPMG

Bijlage F.

Casus 6 - Invoering Health and Social Care Act (Engeland) 2012

Tussen 2011 en 2015 vond het transitieproces van de Health and Social Care Act plaats

De Health and Social Care Act 2012 is geïntroduceerd als onderdeel van de National Health Service (NHS). Dit is het overheidsorgaan dat verantwoordelijk is voor het gezondheidssysteem in Engeland(1). De Health and Social Care Act is geïntroduceerd vanwege stijgende de zorgvraag en zorgkosten in Engeland. Hierdoor nam de druk op de NHS toe. Het is een van de meest uitgebreide en radicale reorganisaties van zorginkoop in de NHS. De Health and Sociale Care Act schafte de NHS Primary Care Trusts (152 PCT's) en de Strategic Health Authorities (10 SHA's) af en verplaatste verantwoordelijkheid voor zorginkoop naar Clinical Commissioning Groups (211 CCG's). De transitie resulteerde daarmee in een verschuiving van inkoopmacht, waarbij de verantwoordelijkheid meer in de regio is belegd(2).

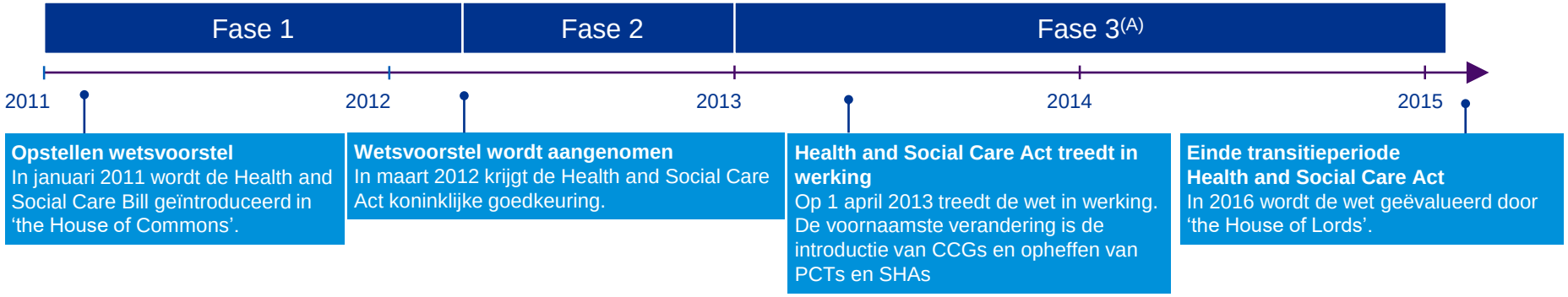
De beoogde veranderingen door de Health and Social Act waren onder andere(3,4):

— Verantwoordelijkheden voor het inkopen van zorg en verdeling van de budgetten worden overgedragen van Strategic Health Authority (SHA) en Primary Care Trust (PCT) naar 'Clinical Commissioning Groups' (CCGs). De insteek was om zorginkoop meer regionaal te beleggen en dat o.a. huisartsen hierdoor meer verantwoordelijkheid en vrijheid zouden krijgen om het zorgaanbod beter rondom de patiënt te organiseren, en hiermee de kwaliteit van zorg te verhogen;

— Competitieve tenders. Competitie moet op basis van kwaliteit gaan, niet op basis van prijs. Op deze manier hoopt de overheid dat mensen betere zorg krijgen;

— Meer keuzevrijheid voor patiënten voor innovatieve diensten en producten;

— Vergrote betrokkenheid patiënten door vergrote rol patiëntorganisaties.



Noot: (A) Fases zijn aangehouden zoals SIRM deze heeft vastgesteld. Fase 1 start als er bekend is dat er een stelselwijziging volgt. Fase 2 begint als de wetgeving is aangenomen. Fase 3 start op het moment dat de wet formeel in werking treedt. De grens tussen fase 1 en fase 2 kan lastig zijn om te identificeren.

Bronnen: (1) NHS reform bill, the Guardian (2012), (2) Glover-Thomas N. (2013). The Health and Social Care Act 2012: The emergence of equal treatment for mental health care or another false dawn?. Medical law international, 13(4), 279–297. https://doi.org/10.1177/0968533214521090, (3) Overview of the Health and Social Care Act fact sheet, UK Government (2012), (4) The Health and Social Care Act 2012, Glover-Thomas (2013)

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Transitiekosten mogelijk voor vier actoren die betrokken waren bij het transitieproces van de Health and Social Care Act 2012

Meerdere actoren betrokken bij het transitieproces

De invoering van de Health and Social Care Act was een transitie van grote omvang. Veel organisaties waren betrokken bij deze transitie. De actoren die onder andere betrokken zijn in dit proces(1):

Actoren	Rol	Mogelijke transitiekosten
Department of Health (DoH)	Wet- en regelgeving Health and Social Care Act op landelijk niveau, o.a. door opstellen en indienen wetsvoorstel	— Kosten opstellen en implementeren wetsvoorstel — Evaluatie wet
NHS Engeland	Valt onder het 'department of health'. Verantwoordelijk voor de implementatie van de Health and Social Care Act	— Personele inzet voor reorganisatie — Administratieve kosten
Lokale zorg inkoop organisaties (transitie van inkoopmacht van PCTs en SHAs naar CCGs)	Maken het op lokaal niveau mogelijk om de wet te implementeren	— Personele inzet voor onder andere opleidingskosten CCG — Controle CCG — Frictiekosten PCTs en SHAs
Zorgaanbieders (oa huisartsen, tandartsen, opticiens)	De zorgaanbieders worden gefinancierd door de Health and Social Care Act	— Opleidingskosten — Systeemveranderingen — Productiviteitsverlies door transitie

Bronnen: (1) ''The end of the NHS as we know it''? A guide to the Health and Social Care Act, the UK's Independent Fact Checking Charity (2013)

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Variant 1: De cumulatieve, begrote transitiekosten voor de Health and Social Care Act zijn circa £ 1,1 tot 1,2 miljard, 5,6% en 6,2% van de totale DoH-administratiekosten

Variant 1 - drie scenario's: cumulatieve transitiekosten zijn in 2011 begroot op circa £ 1,1 - 1,2 miljard

Middels een impact assessment zijn door de Department of Health (DoH) twee inschattingen gemaakt van de transitiekosten. Dit zijn scenario 1 en 2. Daarnaast is in 2013 een business case gemaakt op basis van deels gerealiseerde kosten en deels nog te verwachte kosten. Dit is scenario 3.

- Scenario 1: lage inschatting transitiekosten. De transitiekosten werden in dit scenario geschat op circa £ 1,1 miljard. Dit komt neer op 5,6% van de totale uitgaven. Voor de totale kosten zijn de kosten vanuit de business case overgenomen.
- Scenario 2: hoge inschatting transitiekosten. De transitiekosten werden in dit scenario geschat op circa £ 1,2 miljard, met een verschil van £120 miljoen tussen de lage en de hoge inschatting. Dit is 6,2% van de totale uitgaven. Voor de totale kosten zijn de kosten vanuit de business case overgenomen.
- Scenario 3: aan de hand van een business case is in 2013 een inschatting gemaakt van de transitiekosten(1). De cumulatieve transitiekosten zijn in dit scenario geschat op £ 1,5 miljard. Dit is 7,9% van de administratiekosten van de DoH.(A)

In de laatste tabel is een opsplitsing weergegeven van de transitiekosten. Daarbij vormen de totale afvloeiingskosten circa 60% van de cumulatieve transitiekosten.

Tabel: Begrote transitiekosten impact assessment 2011 – scenario laag(2)

In miljoen £	2011	2012	2013	2014	2015	Totaal
Totale transitiekosten	215	376	116	239	115	1.061
Totale uitgaven na transitie	4.260	3.969	3.811	3.553	3.337	18.930
% transitiekosten/totale kosten	**5,0%**	**9,5%**	**3,0%**	**6,7%**	**3,4%**	**5,6%**

Tabel: Begrote transitiekosten impact assessment 2011 – scenario hoog(2)

In miljoen £	2011	2012	2013	2014	2015	Totaal
Totale transitiekosten	239	419	129	266	128	1.181
Totale uitgaven na transitie	4.260	3.969	3.811	3.553	3.337	18.930
% transitiekosten/totale kosten	**5,6%**	**10,6%**	**3,4%**	**7,5%**	**3,8%**	**6,2%**

Tabel: Geschatte transitiekosten business case 2013(1)

In miljoen £	2011	2012	2013	2014	2015	Totaal
Totale transitiekosten	200	340	413	364	168	1.485
Totale uitgaven na transitie	4.260	3.969	3.811	3.553	3.337	18.930
% transitiekosten/totale kosten	**4,7%**	**8,6%**	**10,8%**	**10,2%**	**5,0%**	**7,8%**

Tabel: Opsplitsing geschatte transitiekosten business case 2013(1)

In miljoen £	2011	2012	2013	2014	2015	Totaal
Geschatte afvloeiingskosten	195	219	141	218	83	856
Kostprijs vastgoed	-	5	20	85	85	195
IT kosten	-	13	114	40	-	167
Interne kosten	5	38	43	-	-	86
Externe kosten	-	65	95	21	-	181
Totale transitiekosten	**200**	**340**	**413**	**364**	**168**	**1.485**

Bronnen: (1) Business case, Department of Health (2013), (2) Health and Social Care Bill 2011, Impact assessment, Department of Health (n.d)
Noot: (A) betreft jaarlijkse kosten om de zorginkoop uit te kunnen voeren, in de specifieke casus jaarlijkse kosten voor PCTs en SHAs en na de transitie voor de CCGs

KPMG © 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Variant 2: De transitiekosten in de drie beschreven scenario's zijn 0,2% van de totale uitgaven aan Health en Social Care door de NHS in Engeland

Variant twee: de tweede variant bevat dezelfde transitiekosten, met een aangepaste noemer

De tweede variant bevat een andere grondslag. De transitiekosten zijn afgezet tegen de totale uitgaven aan Health en Social Care door NHS in Engeland(A). Dit resulteert in een lager percentage transitiekosten in alle drie de scenario's afgerond 0,2%. Door afronding lijkt dit percentage in alle drie de scenario's gelijk(B).

De transitiekosten in de drie scenario's zijn zoals beschreven op de vorige pagina.

- Scenario 1: lage inschatting transitiekosten. De transitiekosten werden in dit scenario geschat op circa £ 1,1 miljard. Dit komt neer op 0,2% van de totale uitgaven. Voor de totale kosten is het budget van de Department of Health and Social Care van de NHS aangehouden.
- Scenario 2: hoge inschatting transitiekosten. De transitiekosten werden in dit scenario geschat op circa £ 1,2 miljard, met een verschil van £120 miljoen tussen de lage en de hoge inschatting. Dit is 0,2% van de totale uitgaven. Voor de totale kosten is het budget van de Department of Health and Social Care van de NHS aangehouden.
- Scenario 3: aan de hand van een business case is in 2013 een inschatting gemaakt van de transitiekosten(1). Hiervoor geldt dezelfde opsplitsing zoals weergegeven in de tabel op de vorige bladzijde. De cumulatieve transitiekosten zijn in dit scenario geschat op £ 1,5 miljard. Dit is 0,2% van het budget van de Department of Health and Social Care van de NHS.

Tabel: Begrote transitiekosten impact assessment 2011 – scenario laag(2)

In miljoen £	2011	2012	2013	2014	2015	Totaal
Totale transitiekosten	215	376	116	239	115	1.061
Totale uitgaven na transitie	118.200	118.600	121.500	123.800	127.100	609.200
% transitiekosten/totale kosten	**0,2%**	**0,3%**	**0,1%**	**0,2%**	**0,1%**	**0,2%**

Tabel: Begrote transitiekosten impact assessment 2011 – scenario hoog(2)

In miljoen £	2011	2012	2013	2014	2015	Totaal
Totale transitiekosten	239	419	129	266	128	1.181
Totale uitgaven na transitie	118.200	118.600	121.500	123.800	127.100	609.200
% transitiekosten/totale kosten	**0,2%**	**0,4%**	**0,1%**	**0,2%**	**0,1%**	**0,2%**

Tabel: Geschatte transitiekosten business case 2013(1)

In miljoen £	2011	2012	2013	2014	2015	Totaal
Totale transitiekosten	200	340	413	364	168	1.485
Totale uitgaven na transitie	118.200	118.600	121.500	123.800	127.100	609.200
% transitiekosten/totale kosten	**0,2%**	**0,3%**	**0,3%**	**0,3%**	**0,1%**	**0,2%**

Noot: (A) Het budget is weergegeven van maart tot maart in het volgende jaar en representeert daardoor niet volledig het genoemde jaar. (B) De werkelijke waarden liggen op 0,17% (scenario 1), 0,19% (scenario 2) en 0,24% (scenario 3).

Bronnen: (1) Business case, Department of Health (2013), (2) Health and Social Care Bill 2011, Impact assessment, Department of Health (n.d)

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

KPMG

Bijlage G.

Hypothetische beleidsoptie 1 - Medisch specialisten in loondienst

Het hypothetische proces van de nieuwe wet- en regelgeving die de medisch specialist verplicht in loondienst te treden duurt ongeveer 5 jaar

Deze hypothetische beleidsoptie heeft betrekking op het verplicht in loondienst treden van alle medisch specialisten. Deze hypothetische beleidsoptie is in kaart gebracht op verzoek van de opdrachtgever en is niet gebaseerd op een suggestie / voorstel van KPMG. In dit onderzoek worden geen uitspraken gedaan over de (on)wenselijkheid van deze hypothetische beleidsoptie.

Naar aanleiding van wetgeving per 1 januari 2015, hebben medisch specialisten op dit moment nog de keuze uit drie modellen:

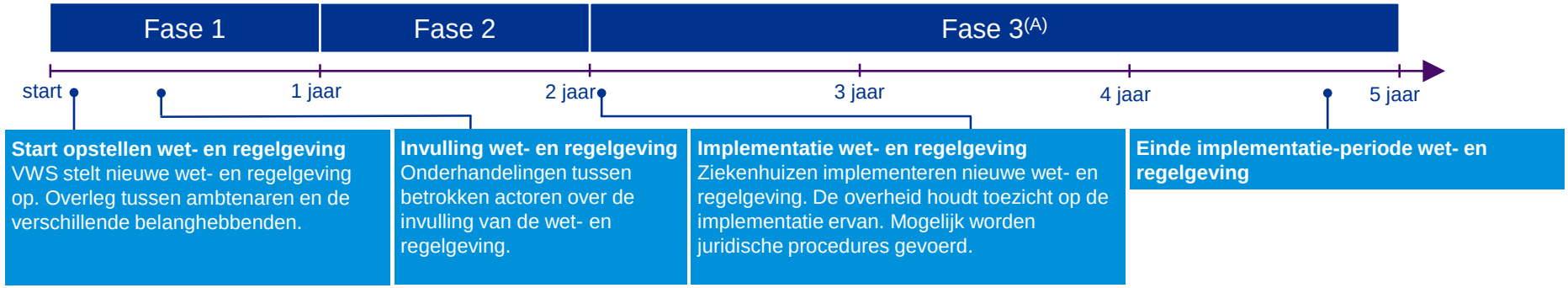
— De medisch specialist treedt in loondienst bij het ziekenhuis;

— De medisch specialist wordt aandeelhouder van het ziekenhuis in het zogenoemde participatiemodel;

— De medisch specialist wordt via een persoonlijke BV onderdeel van Medisch Specialisten Bond (MSB) die samenwerkt met het ziekenhuis.

Op 1 januari 2019 waren in Nederland ruim 25.000 medisch specialisten werkzaam(1). Ruim de helft hiervan werkte in loondienst, 40% werkte als zelfstandig ondernemer en 10% combineerde beide modellen(2). Er is een trend richting loondienst zichtbaar(3).

In de casus gaan we uit van een situatie waarin alle medisch specialisten verplicht in loondienst treden. Voor de duur van het proces gaan we uit van 5 jaar(3) (zie onderstaande figuur). In de eerste twee jaar wordt de nieuwe wet- en regelgeving opgesteld door het Ministerie van VWS en wordt deze door verschillende partijen goedgekeurd(4). In het derde jaar start de implementatie. De arbeidscontracten van specialisten werkzaam in 71 ziekenhuizen worden in deze periode opgesteld en aangepast. Na drie jaar is de wetswijziging volledig geïntegreerd in het zorgsysteem(3). Gelet op het verplichte karakter lopen na vijf jaar mogelijk nog juridische procedures. De duur van juridische procedures is echter een onzekere factor. Daarom is uitgegaan van een transitieperiode van vijf jaar, maar het proces zou ook langer kunnen duren.



Noot: (A) Fases zijn aangehouden zoals SIRM deze heeft vastgesteld. Fase 1 start als er bekend is dat er een stelselwijziging volgt. Fase 2 begint als de wetgeving is aangenomen. Fase 3 start op het moment dat de wet formeel in werking treedt. De grens tussen fase 1 en fase 2 kan lastig zijn om te identificeren.

Bronnen: (1) Onderzoeksverslag voor het Capaciteitsorgaan, Prismant (2019) NB: In dit cijfer ontbreken de Klinisch Fysici en de klinisch chemici.
(2) Geld voor medisch specialisten blijft op de plank liggen, NOS (2019), (3) Zorgkeuzes in kaart, Technische werkgroep Zorgkeuzes in kaart (2015),
(4) Hoe komt een wet tot stand?, Rijksoverheid (2020)

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Transitiekosten mogelijk voor drie actoren die betrokken zijn bij de hypothetische beleidsoptie

Gedurende het hypothetische proces worden kosten gemaakt die toegerekend kunnen worden aan drie verschillende actoren(1).

Actoren	Rol	Mogelijke transitiekosten
Ministerie van VWS	Wet- en regelgeving op landelijk niveau, o.a. door opstellen en indienen wetsvoorstel, het opzetten van een projectteam dat VWS vertegenwoordigt in de onderhandelingen, het afbetalen van goodwill	— Opstellen wet- en regelgeving — Inwinnen van juridisch advies — Bekostiging van transitiefonds dat misgelopen goodwill compenseert — Toezicht houden op implementatie wet- en regelgeving — Voeren van juridische procedures.
Ziekenhuizen met vrijgevestigde medisch specialisten	In dienst nemen medisch specialisten	— In dienst nemen medisch specialisten — Compensatie misgelopen goodwill medisch specialist uit maatschap — Voeren van juridische en arbeidsrechtelijke procedures — Inwinnen van financieel advies
Vrijgevestigde medisch specialisten	Opgeven eigen onderneming en in loondienst van ziekenhuis treden	— Lobby om wet- en regelgeving te beïnvloeden — Voeren van juridische procedures

Bronnen: (1) Transitiekosten van stelselwijzigingen in de zorg, SIRM (2015)

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Cumulatieve transitiekosten op basis van schatting *minimaal* € 47 miljoen, gemiddeld 0,9% van de honorarium kosten voor vrijgevestigde medisch specialisten(A,1)

Variant 1: Theoretische inschattingen leiden waarschijnlijk tot onderschatting transitiekosten

Onderstaande tabel geeft de hypothetische transitiekosten weer voor het ministerie van VWS, ziekenhuizen met vrijgevestigde medisch specialisten en vrijgevestigde medisch specialisten. Onderbouwing en toelichting is opgenomen op pagina 80 tot en met 82.

De lopende kosten, gedragseffecten en de onvoorziene kosten zijn volgens SIRM onderdeel van het percentage transitiekosten. Deze zijn deels opgenomen als kostencomponenten onder de actoren ministerie van VWS, ziekenhuizen en vrijgevestigd medisch specialisten. Daarbij zijn gedragseffecten en onvoorziene kosten de grote onzekere factoren, wat waarschijnlijk resulteert in een onderschatting van de transitiekosten.
Op basis van een inschatting van met name de lopende kosten, bedragen de totale hypothetische transitiekosten *minimaal* €47 miljoen. Dit komt neer op gemiddeld minimaal 0,9% van de honorariumkosten vrijgevestigd medisch specialisten(A,1). Daarnaast zijn er transitiekosten van het type 'waardeoverdracht'. In deze casus is dat de compensatie van de misgelopen goodwill van de vrijgevestigde medisch specialisten. Deze kosten vallen buiten de genoemde 1,5% transitiekosten in de huidige rekenregel. Inclusief waardeoverdracht zijn de transitiekosten €2,9 miljard, wat neerkomt op gemiddeld 53,5% van het honorarium voor medisch specialisten.

Tabel: Uitwerking inschatting hypothetische transitiekosten medisch specialisten in loondienst

In miljoen €	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 5	Totaal
Totale uitgaven	**1.007**	**1.046**	**1.087**	**1.128**	**1.172**	**5.440**
Ministerie van VWS						
Inwinnen juridisch advies	0,8	0,8	·	·	·	1,5
Belangenbehartiging	0,4	0,4	·	·	·	0,7
Juridische procedure	·	·	1,3	1,3	1,3	4,0
Overige personele inzet	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	4,6
Ziekenhuizen						**0**
Inwinnen financieel advies	·	·	13,5	10,1	6,8	30,4
Belangenbehartiging	0,3	0,3	·	·	·	0,7
Vrijgevestigd Medisch Specialist						**0**
Juridische procedure	·	·	1,3	1,3	1,3	4,0
Belangenbehartiging	0,4	0,4	·	·	·	0,7
Totale kosten	**3**	**3**	**17**	**14**	**10**	**47**
% transitiekosten/totale kosten	**0,3%**	**0,3%**	**1,6%**	**1,2%**	**0,9%**	**0,9%**
Waardeoverdracht: compensatie goodwill medisch specialisten		2.865				2.865
Totale kosten	**3**	**2.868**	**17**	**14**	**10**	**2.912**
% transitiekosten/totale kosten	**0,3%**	**274,1%**	**1,6%**	**1,2%**	**0,9%**	**53,5%**

Bronnen: (1) Op basis van honorariumkosten vrijgevestigd medisch specialisten, DigiMV (2017 en 2018)

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Op basis van de mediaan van de zes casussen zijn de hypothetische transitiekosten ruim tweeënhalf keer hoger, cumulatief circa € 122 miljoen

Variant 2: Transitiekosten op basis van mediaan zes casussen

Op basis van de mediaan van de zes casussen komen de cumulatieve transitiekosten uit op circa € 122 miljoen (zie onderstaande tabel). Dit is ruim tweeënhalf keer hoger dan de transitiekosten op basis van de theoretische inschattingen, die voornamelijk een kwantificering van de lopende kosten bevatten.

Tabel: Inschatting hypothetische transitiekosten op basis van mediaan zes casussen (exclusief waardeoverdracht)

In miljoen €	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 5	Totaal
Totale uitgaven	1.007	1.046	1.087	1.128	1.172	5.440
Transitiekosten op basis van mediaan zes casussen (2,25%)	22,7	23,5	24,5	25,4	26,4	122,4
% transitiekosten	**2,25%**	**2,25%**	**2,25%**	**2,25%**	**2,25%**	**2,25%**

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

De geschatte transitiekosten voor waardeoverdracht zijn waarschijnlijk een onderschatting

Voor de compensatie van de goodwill van medisch specialisten is uitgegaan van €250.000 per medisch specialist(1,2). Voor de medisch specialisten die deels in loondienst werken en deels ondernemer zijn, is aangenomen dat zij minstens 50% van hun werktijd als zelfstandig ondernemer functioneren. Aan de hand hiervan is de prijs van hun goodwill op €125.000 geschat(3). De berekeningen achter de totale prijs voor het compenseren van de goodwill is in de tabel rechts zichtbaar.

Echter, deze inschatting is waarschijnlijk een onderschatting van de transitiekosten:

- € 250.000 per medisch specialist is waarschijnlijk een onderschatting. Dit bedrag is gebaseerd op vrijwillig vertrek van artsen aan het eind van hun carrière. Het verplichtende karakter van deze hypothetische beleidsoptie drijft de transitiekosten mogelijk op. Bijvoorbeeld: als het vaste salaris in loondienst niet in verhouding is met de vergoeding die artsen vanuit een MSB zouden ontvangen, is dat ongunstig voor artsen. Zeker jonge artsen, die nog langdurig uitzicht hadden op een hoger inkomen vanuit een MSB, zullen mogelijk een hogere vergoeding willen ontvangen voor het gemiste verdienpotentieel als zij in loondienst treden tegen een lager inkomen.
- Mogelijk leidt het in loondienst treden tot een productiviteitsdaling, omdat de financiële prikkels niet meer gericht zijn op productie. Dit is niet per definitie nadelig en kan ook bijdragen aan het enkel leveren van zinnige zorg.
- De sociale lasten zijn in loondienst mogelijk hoger dan in een MSB en worden in dat geval door het ziekenhuis gedragen.
- Niet alle transitiekosten zijn meegenomen in dit bedrag. Schadeclaims kunnen bijvoorbeeld voor aanvullende transitiekosten zorgen. Deze post is echter complex om te kwantificeren. Dit bedrag is afhankelijk van meerdere factoren, onder andere de omvang van het bedrag voor het compenseren van de goodwill van medisch specialisten. Hierdoor zijn de totale transitiekosten in de tabel waarschijnlijk een onderschatting van het werkelijke bedrag.

Tabel: Toelichting post 'compensatie goodwill medisch specialisten'

Compenseren goodwill medisch specialist (in miljoen €)	
Aantal MS vrijgevestigd 2020	10.188
Aantal MS vrijgevestigd en in loondienst 2020	2.547
Prijs goodwill MS vrijgevestigd	0,25
Prijs goodwill MS vrijgevestigd en loondienst	0,125
Totale prijs compenseren goodwill medisch specialist	**2.865**

Noot: (A) Betreft schatting van het minimale bedrag per medisch specialist. De verwachting is dat dit bedrag hoger zal liggen door het verplichte karakter

Bronnen: (1) VWS: een ton goodwill per specialist, Zorgvisie (2014), (2) Artsen failliet Ruwaard voor miljoenen gedupeerd, Skipr (2014), (3) Onderzoeksverslag voor het Capaciteitsorgaan, Prismant (2019)

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Onderbouwing en aannames medisch specialisten in loondienst

Onderstaand zijn de verschillende posten van de hypothetische transitiekosten voor medische specialisten in loondienst toegelicht. Ook zijn de aannames benoemd. Onderbouwing bij de posten is opgenomen in de tabellen rechts. De kwantificering van transitiekosten en onderliggende aannames zijn gebaseerd op inschattingen. De daadwerkelijke uitkomsten van deze schattingen kunnen in de praktijk anders uitpakken.

— **Inwinnen juridisch advies**: Dit zijn kosten voor VWS voor de inzet van juridisch adviseurs die helpen bij het opstellen van de nieuwe wet- en regelgeving. Daarbij is alleen uitgegaan van aanvullende inzet specifiek voor de transitie. Reguliere inzet van juridisch adviseurs is niet meegenomen.

— **Belangenbehartiging**: Vanuit iedere groep actoren wordt een projectgroep opgesteld, die in de onderhandelingen over de invulling van de nieuwe wet- en regelgeving de belangen van zijn/haar groep behartigt. Deze kosten lopen tot aan het officieel in werking treden van de nieuwe wet- en regelgeving.

Tabel: Toelichting post 'inwinnen juridisch advies'

Inwinnen juridisch advies (in miljoen €)	
Aantal juridisch adviseurs	5
Frequentie juridisch advies in (in fte)	1
Jaarsalaris advocaat	0,15
Totale kosten per jaar	**0,75**

Tabel: Toelichting post 'belangenbehartiging'

Belangenbehartiging (in miljoen €)	
Ministerie van VWS	
Jaarsalaris (top) ambtenaar	0,1
Aantal ambtenaren vertegenwoordiging VWS	5,0
Fase 1: frequentie onderhandelingen wet (fte) VWS	1,0
Kosten per jaar	0,4
Kosten totaal	0,7
Ziekenhuizen	
Aantal ziekenhuizen (excl. UMC's)	71,0
Jaarsalaris lid raad van bestuur	0,2
Fase 1: frequentie onderhandelingen wet (fte) per ziekenhuis	0,0
Kosten per jaar	0,3
Kosten totaal	0,7
Vrijgevestigd medisch specialisten	
Gem. inkomen vrijgevestigd medisch specialist	0,2
Aantal medisch specialisten in vertegenwoordiging	71,0
Fase 1: frequentie onderhandelingen wet (fte) per ziekenhuis	0,0
Kosten per jaar	0,4
Kosten subtotaal	0,7
Kosten belangenbehartiging totaal	**2,1**

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Onderbouwing en aannames medisch specialisten in loondienst

De kwantificering van transitiekosten en onderliggende aannames zijn gebaseerd op inschattingen. De daadwerkelijke uitkomsten van deze schattingen kunnen in de praktijk anders uitpakken.

— **Juridische procedure**: Aangenomen is dat een deel van de medisch specialisten de handen ineen slaat en in beroep gaat tegen de nieuwe wet- en regelgeving. Deze procedure zal gedurende de hele periode doorlopen en hiervoor wordt juridisch bijstand verleend aan zowel de overheid als de medisch specialisten. Daarbij zijn we uitgegaan van één gezamenlijke claim. In jaar 3 worden alle kostenposten in tabel 3 aangerekend aan zowel VWS als de medisch specialisten. In jaar 4 en 5 worden enkel nog de kosten voor de advocaat en overige kosten meegenomen in de berekening(1,2).

— **Overige personele inzet:** Aangenomen is dat gedurende de hele transitieperiode een nationaal team vanuit VWS werkzaam is om invulling te geven aan het nieuwe stelsel. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het herijken van processen en het aanpassen van contracten. Om deze kosten te berekenen zijn aannames gedaan over de benodigde functies met bijbehorend salaris. Deze zijn weergeven in de tabel(3).

— **Inwinnen financieel advies**: Dit zijn kosten voor ziekenhuizen voor het consulteren van financieel adviseurs die de transitie in goede banen leiden. Hierbij is uitgegaan van een afnemende frequentie in het driejarige implementatieproces (zie tabel 5).

Tabel: Toelichting post 'juridische procedure'

Juridische procedure (in miljoen €)	
Griffierecht	0,01
Liquidatietarief rechtbank	0,10
Salaris per punt (vordering vanaf €1.000.000)	0,01
Aantal punten	18,50
Advocaat	0,15
Overige kosten	0,01
Kosten per procedure	0,27
Aantal procedures per jaar	5,00
Totale kosten per jaar	**1,34**

Tabel: Toelichting post 'overige personele inzet'

Projectteam VWS				
Functie	Jaarsalaris	Schaal	Totaal FTE	Totale kosten
Senior beleidsspecialist	€ 59.324	Schaal 13	4	€ 225.432
Senior wetgevingsjurist	€ 59.324	Schaal 13	3	€ 189.837
Senior communicatieadviseur	€ 59.324	Schaal 13	3	€ 154.243
Bestuurlijk-juridisch specialist	€ 73.517	Schaal 15	3	€ 249.957
Beleidsveldmanager	€ 66.124	Schaal 14	2	€ 105.799
Totaal per jaar			**15**	**€ 925.268**

Tabel: Toelichting post 'inwinnen financieel advies'

Inwinnen financieel advies (in miljoen €)	
Dagprijs	1905,75
Frequentie (dagen/week) jaar 1	3
Frequentie (dagen/week) jaar 2	2
Frequentie (dagen/week) jaar 3	1

Bronnen: (1) Proceskosten in civiele zaken per 01-01-2020, E-legal (2019) (2) Liquidatietarief per 1 mei 2018, De rechtspraak (2018), (3) Functies en salarisschalen bij de overheid, Intermediair (2009)

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

KPMG

Bijlage H.

Hypothetische beleidsoptie 2 - Publiek stelsel met centrale aansturing en regionale uitvoerders

Het hypothetische proces naar een publiekrechtelijk zorgstelsel met centrale aansturing en regionale uitvoerders duurt ongeveer tien jaar

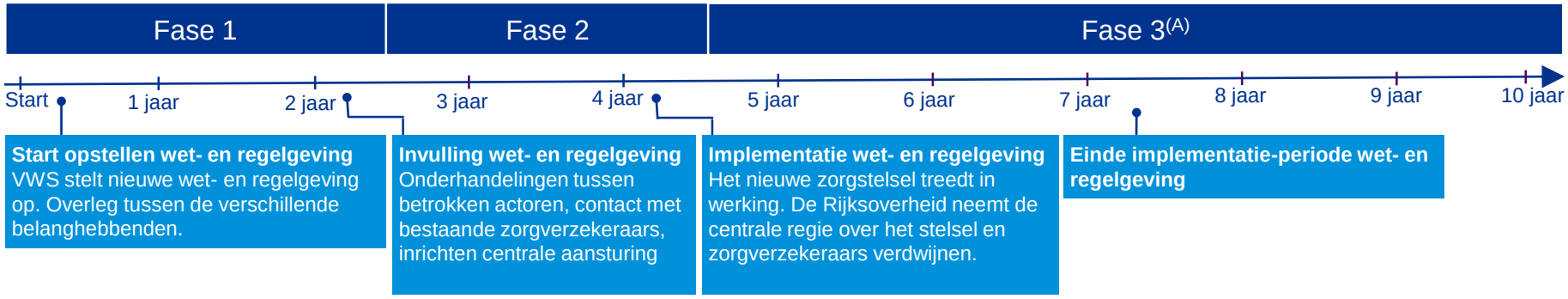
Door een publiekrechtelijk zorgstelsel wordt zorg een voorziening, gefinancierd uit algemene middelen

Deze hypothetische beleidsoptie heeft betrekking op een publiekrechtelijk zorgstelsel in de curatieve zorg. Deze hypothetische beleidsoptie is in kaart gebracht op verzoek van de opdrachtgever en is niet gebaseerd op een suggestie / voorstel van KPMG. In dit onderzoek worden geen uitspraken gedaan over de (on)wenselijkheid van deze hypothetische beleidsoptie.

Zorg wordt bij deze hypothetische beleidsoptie een voorziening in plaats van een recht(1). De huidige zorgverzekeraars verdwijnen en de Rijksoverheid neemt de centrale regie over het stelsel. De centrale aansturing verloopt via regionale instituten die verantwoordelijk worden voor de zorg van de burgers in hun regio, inclusief de publieke gezondheidszorg.

Het huidige stelsel is een privaatrechtelijke zorgverzekering met gereguleerde concurrentie onder zorgverzekeraars die winst mogen maken.

De duur van het gehele proces van de nieuwe wet- en regelgeving wordt door het CPB geschat tussen de zes en tien jaar(1). Wij gaan in de uitwerking van dit voorbeeld uit van een periode van tien jaar (zie onderstaande figuur) gezien de grote omvang van de casus. Echter, de duur van de hypothetische beleidsoptie is moeilijk in te schatten en een onzekerheid in deze casus.



Noot: (A) Fases zijn aangehouden zoals SIRM deze heeft vastgesteld. Fase 1 start als er bekend is dat er een stelselwijziging volgt. Fase 2 begint als de wetgeving is aangenomen. Fase 3 start op het moment dat de wet formeel in werking treedt. De grens tussen fase 1 en fase 2 kan lastig zijn om te identificeren.

Bronnen: (1) Zorgkeuzes in kaart, Technische werkgroep Zorgkeuzes in kaart (2015)

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Transitiekosten mogelijk voor vier actoren die betrokken zijn bij de hypothetische beleidsoptie

Gedurende het hypothetische proces worden vier verschillende actoren betrokken, die verschillende mogelijke transitiekosten maken(1,2).

Actoren(A)	Rol	Mogelijke transitiekosten
Ministerie van VWS	Wet- en regelgeving op landelijk niveau, o.a. door opstellen en indienen wetsvoorstel, contact en onderhandelingen met zorgkantoren, centrale aansturing zorgstelsel (o.a. toezicht houden op regionale uitvoerders)	— Opstellen wet- en regelgeving — Inwinnen juridisch advies — Compensatie waardeoverdracht zorgverzekeraars — Toezicht houden op implementatie — Personele kosten (projectteam en centrale aansturing) — ICT-kosten (inrichten systemen voor centrale aansturing) — Overige kosten: campagnes, ondersteuning veldpartijen
Zorgverzekeraars	Geen rol in het nieuwe stelsel	— Compensatie waardeoverdracht (positief of negatief) — Personeelsverloop — Naar aanloop van transitie verminderde inspanningen zorgverkoop en lagere productiviteit
Zorgaanbieders	Implementeren nieuwe manier van financiering en werken in processen en cultuur	— Inhuren financieel adviseurs voor implementatie nieuwe stelsel — Gedragseffecten op ontbreken van volumeprikkel en concurrentie tussen zorgaanbieders — Wegvallen innovatieprikkel

Noot: (A) Regionale instituten zijn ook actoren in het transitieproces. De transitiekosten voor deze actoren (personele kosten, ICT-kosten, aanleggen extra kapitaalbuffers, tijdelijk lagere productiviteit door opstarten, nieuwe contracten personeel) zijn relatief kleiner en niet gekwantificeerd in de casus.

Bronnen: (1) Transitiekosten van stelselwijzigingen in de zorg, SIRM (2015), (2) Zorgkeuzes in kaart, Technische werkgroep Zorgkeuzes in kaart (2015)

KPMG © 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Een inschatting van de kosten voor waardeoverdracht van zorgverzekeraars is complex en niet eenduidig te bepalen

Waardeoverdracht zorgverzekeraars

In de hypothetische beleidsoptie naar een publiek stelsel is een component om rekening mee te houden de waardeoverdracht van zorgverzekeraars dan wel de compensatie die geboden dient te worden aan (de aandeelhouders van) de bestaande zorgverzekeraars. Dit is echter complex en binnen de kaders van dit onderzoek niet mogelijk. Indirecte effecten zoals toegenomen inkoopkracht en (in)efficiëntie door samenvoegen onder één dak vallen tevens buiten de scope van dit onderzoek. De complexiteit van het waarderen van een zorgverzekeringsportefeuille wordt gedreven door de volgende elementen:

	Toelichting	Implicaties
Winstbeklemming	— Een waardering van een portefeuille of onderneming wordt gedreven door vrij uitkeerbare kasstromen. Voor zorgverzekeraars geldt echter een winstbeklemming.	— Een waardering op basis van het verdisconteren van vrije kasstromen is niet mogelijk.
Kostendekking	— De premie inkomsten uit de zorgverzekeringsactiviteiten kunnen kostendekking bieden voor andere activiteiten. Hiervan is slechts sprake bij verzekeringsgroepen die naast zorg een breder aanbod bieden (bv. Achmea en ASR).	— Wegvallen zorgverzekeringsactiviteiten leidt tot wegvallen kostendekking voor overhead en andere activiteiten. Verzekeraars wensen mogelijk een compensatie.
Kapitaalseisen / Solvency II	— Solvency II bepaalt de minimale kapitaalsvereisten voor (zorg)verzekeraars. In combinatie met andere verzekeringen bieden zorgverzekeringen diversificatievoordeel onder Solvency II.	— Wegvallen zorgverzekeringsactiviteiten leidt (voor verzekeringsgroepen met brede activiteiten) tot nadelige effecten op de kapitaalspositie. Verzekeraars wensen mogelijk een compensatie.
Impact op verbonden activiteiten	— Binnen de keten van zorgverzekeringen zijn tevens volmachtpartijen en intermediairs actief, die verdienen aan de distributie van zorgverzekeringen.	— Overgang naar een publiek stelsel maakt rol intermediair en volmacht overbodig. Aandeelhouders van deze partijen wensen mogelijk compensatie.
Scope van waardering en alternatieve methodes	— In geval van nadelige effecten als gevolg van overheidsbeleid zou een nadeelcompensatie kunnen gelden in plaats van going concern marktwaarde. — Een alternatieve methode zou een waardering op basis van multiples kunnen zijn.	— Nadeelcompensatie ziet vaak op een kortere termijn dan een going concern waardering die in principe uitgaat van oneindige kasstromen. — Voor een multiple waardering ontbreken vergelijkbare beursgenoteerde peers en/of vergelijkbare transacties.

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Naast waardeoverdracht zorgverzekeraars nog enkele geschatte transitiekosten die in de praktijk waarschijnlijk hoger zullen uitvallen

Variant 1: Theoretische inschattingen leiden waarschijnlijk tot onderschatting transitiekosten

Onderstaande tabel geeft de kostencomponenten voor de hypothetische beleidsoptie naar een publiek stelsel.

De kwantificering van transitiekosten en onderliggende aannames zijn gebaseerd op inschattingen. De daadwerkelijke uitkomsten van deze schattingen kunnen in de praktijk anders uitpakken.

Daarnaast zijn er twee kostencomponenten niet meegenomen in de onderstaande inschatting. Dit resulteert in een onderschatting van de transitiekosten.

De volgende twee kostencomponenten zijn niet meegenomen:

1. De kosten voor waardeoverdracht van zorgverzekeraars vormen een relatief grote kostencomponent. De kwantificering van deze component ontbreekt in deze casus, daardoor geven de cijfers geen totaalbeeld van de transitiekosten voor deze casus.
2. Mogelijk zijn de onderstaande kostencomponenten een onderschatting, omdat relatief kleinere en onzekere kostenposten (zoals mogelijk juridische procedures) niet meegenomen zijn.

Tabel: Toelichting transitiekosten

In miljoen €	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 5	Jaar 6	Jaar 7	Jaar 8	Jaar 9	Jaar 10	Totaal
VWS											
Projectteam zorgkantoren			6	9	7	6	6	6	6	4	50
Projectteam VWS	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	7
IT kosten	509	509	509								5.093
Boventallig personeel				168							168
Zorgaanbieders											0
Inwinnen financieel en IT advies ziekenhuizen				16	16	8	8	8	8	8	70
Totale kosten VWS en zorgaanbieders	**510**	**510**	**516**	**194**	**24**	**15**	**14**	**14**	**14**	**12**	**5.388**
Totale uitgave na transitie	49.123	50.844	52.626	54.471	56.380	58.356	60.401	62.518	64.709	66.977	576.404
% transitiekosten/totale kosten	**1,0%**	**1,0%**	**1,0%**	**0,4%**	**0,0%**	**0,0%**	**0,0%**	**0,0%**	**0,0%**	**0,0%**	**0,9%**

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Op basis van de mediaan van de zes casussen zijn de hypothetische transitiekosten bijna tweeënhalf keer hoger, cumulatief circa € 12,9 miljard

Variant 2: Transitiekosten op basis van mediaan zes casussen

Op basis van de mediaan van de zes casussen komen de cumulatieve transitiekosten uit op circa € 12,9 miljard (zie onderstaande tabel). Dit is bijna tweeënhalf keer hoger dan de transitiekosten op basis van de theoretische inschattingen, die voornamelijk een kwantificering van de lopende kosten bevatten.

Tabel: Inschatting hypothetische transitiekosten op basis van mediaan zes casussen (exclusief waardeoverdracht)

Kosten (in miljoen €)	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 5	Jaar 6	Jaar 7	Jaar 8	Jaar 9	Jaar 10	Totaal
Totale uitgave na transitie	49.123	50.844	52.626	54.471	56.380	58.356	60.401	62.518	64.709	66.977	576.404
Transitiekosten op basis van mediaan zes casussen (2,25%)	1.105	1.144	1.184	1.226	1.269	1.313	1.359	1.407	1.456	1.507	12.969
% transitiekosten	**2,25%**	**2,25%**	**2,25%**	**2,25%**	**2,25%**	**2,25%**	**2,25%**	**2,25%**	**2,25%**	**2,25%**	**2,25%**

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Onderbouwing en aannames publiek stelsel met centrale aansturing en regionale uitvoerders (1/2)

Onderstaand zijn de relatief kleinere kostencomponenten van de hypothetische beleidsoptie 'Publiek stelsel met centrale aansturing en regionale uitvoerders' toegelicht. Ook zijn de aannames benoemd. Onderbouwing bij de posten is opgenomen in de tabellen rechts.

De kwantificering van transitiekosten en onderliggende aannames zijn gebaseerd op inschattingen. De daadwerkelijke uitkomsten van deze schattingen kunnen in de praktijk anders uitpakken.

- **Projectteam zorgkantoren(A):** De aanname is gedaan dat de regionale uitvoering vanuit de zorgkantoorregio's georganiseerd wordt. In elk van deze regio's wordt een projectteam ingezet om de implementatie van het nieuwe stelsel te realiseren. Aangenomen is dat de inzet van fte's in jaar 4 en jaar 5 het hoogst is(2).
- **Projectteam VWS(A):** Aangenomen is dat gedurende de hele periode een nationaal team vanuit VWS werkzaam is om invulling te geven aan het nieuwe stelsel. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het herijken van processen en het aanpassen van contracten. Om deze kosten te berekenen zijn aannames gedaan over de benodigde functies met bijbehorend salaris. Deze zijn weergeven in de tabel(2). De tabel rechts geeft het totaal aantal FTE en de totale kosten over de gehele periode (10 jaar).

Tabel: Toelichting post 'projectteam zorgkantoren'

Projectteam zorgkantoren				
Functie	Jaarsalaris (€)	Schaal	Totaal FTE	Totale kosten (in miljoen €)
IT-medewerker	34.303	schaal 8	18	21
Projectleider	53.116	schaal 12	8	9
Projectgroep	46.251	schaal 11	16	19
Totaal			**42**	**50**

Tabel: Toelichting post 'projectteam VWS'

Projectteam VWS				
Functie	Jaarsalaris (€)	Schaal	Totaal FTE over transitiejaren	Totale kosten (in miljoen €)
ICT programma-manager	73.517	Schaal 15	19	1
Senior beleidsspecialist	59.324	Schaal 13	19	1
Senior wetgevingsjurist	59.324	Schaal 13	16	1
Senior communicatieadviseur	59.324	Schaal 13	13	1
Bestuurlijk-juridisch specialist	73.517	Schaal 15	17	1
Beleidsveldmanager	66.124	Schaal 14	8	1
Beleidsmedewerker	53.116	Schaal 11	19	1
Totaal			**111**	**7**

Noot: (A) Salarissen zijn bruto-bedragen. Een gemiddelde van de onderkant en de bovenkant van de salarisschaal is aangehouden per maand. Dit bedrag is vermenigvuldigd met twaalf om tot een jaarsalaris te komen.

Bronnen: (1) Zorgkeuzes in kaart, Technische werkgroep Zorgkeuzes in kaart (2015), (2) Functies en salarisschalen bij de overheid, Intermediair (2009.

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Onderbouwing en aannames publiek stelsel met centrale aansturing en regionale uitvoerders (2/2)

De kwantificering van transitiekosten en onderliggende aannames zijn gebaseerd op inschattingen. De daadwerkelijke uitkomsten van deze schattingen kunnen in de praktijk anders uitpakken.

- **IT kosten**: Om de kosten van de opzet van een nieuw IT-systeem te berekenen, is de vergelijking gemaakt met Casus 6: Invoering Health and Social Care Act (Engeland) 2012. In deze casus bedroegen de IT-kosten 1% van de totale uitgaven(1). De aanname is gedaan dat ook in deze hypothetische beleidsoptie de IT-kosten 1% van de totale uitgaven en deze kosten zijn teruggerekend naar kosten per jaar. Aangenomen is dat in de drie voorbereidende jaren voor de implementatie kosten zijn gemaakt voor IT.
- **Boventallig personeel:** Bij de Nederlandse zorgverzekeraars zijn bijna 23.000 werknemers in dienst. Wanneer we aannemen dat er 550 werknemers nodig zijn per zorgkantoorregio, betekent dit dat er een groep van 5.364 boventallige werknemers ontstaat. De kosten voor het beëindigen van een dienstverband zijn voor verschillende situaties weergeven in de tabel(2). Bij het berekenen van de totale kosten is uitgegaan van een gelijk aantal werknemers (33%) per ontslagroute.
- **Financieel en IT advies ziekenhuizen:** Van alle zorgaanbieders die vallen onder de zorgverzekeringswet, zullen de grote zorginstellingen een traject moeten opzetten om de veranderingen in het IT-systeem en het bekostigingsmodel te implementeren. Dit betreft vooral de ziekenhuizen. Aangenomen is dat vanaf jaar 3 elk ziekenhuis een team van adviseurs consulteert, om hen te begeleiden in de transitie. De kosten zijn weergeven in de tabel.

Tabel: Toelichting post 'IT-kosten'

IT-kosten (in miljoen €)	€
Totale uitgaven Zvw gedurende transitieperiode	576.404
Percentage IT-kosten	1%
Totale uitgaven IT gedurende transitieperiode	5.093
Uitgaven IT per jaar	**509**

Tabel: Toelichting post 'boventallig personeel'

Boventallig personeel	€
Aantal werknemers zorgverzekeringen in NL	22.964
Werknemers beschikbaar per regio	718
Aantal benodigde werknemers per regio	550
Boventallig personeel	5.364
Ontslagroutes	
Gemiddelde ontslagkosten met wederzijds goedvinden (2015-2016)	24.000
Kosten ontslagvergunning via het UWV	18.248
Kosten ontbindingsverzoek via de kantonrechter	51.456
Totale kosten (in miljoen €)	**168**

Tabel: Toelichting post 'zorgaanbieders'

Financieel en IT advies ziekenhuizen	
Dagprijs team	1.906
Frequentie (dagen/week) jaar 4 en 5	2
Frequentie (dagen/week) jaar 6 tm 10	2
totale kosten ziekenhuizen (in miljoen €)	**70**

Bronnen: (1) Business case, Department of Health (2013), (2) De kosten van ontslag met wederzijds goedvinden voor werkgevers, SEO Economisch Onderzoek (2013), (3) Ontslagkosten van werkgevers in 2012, Panteia (2013)

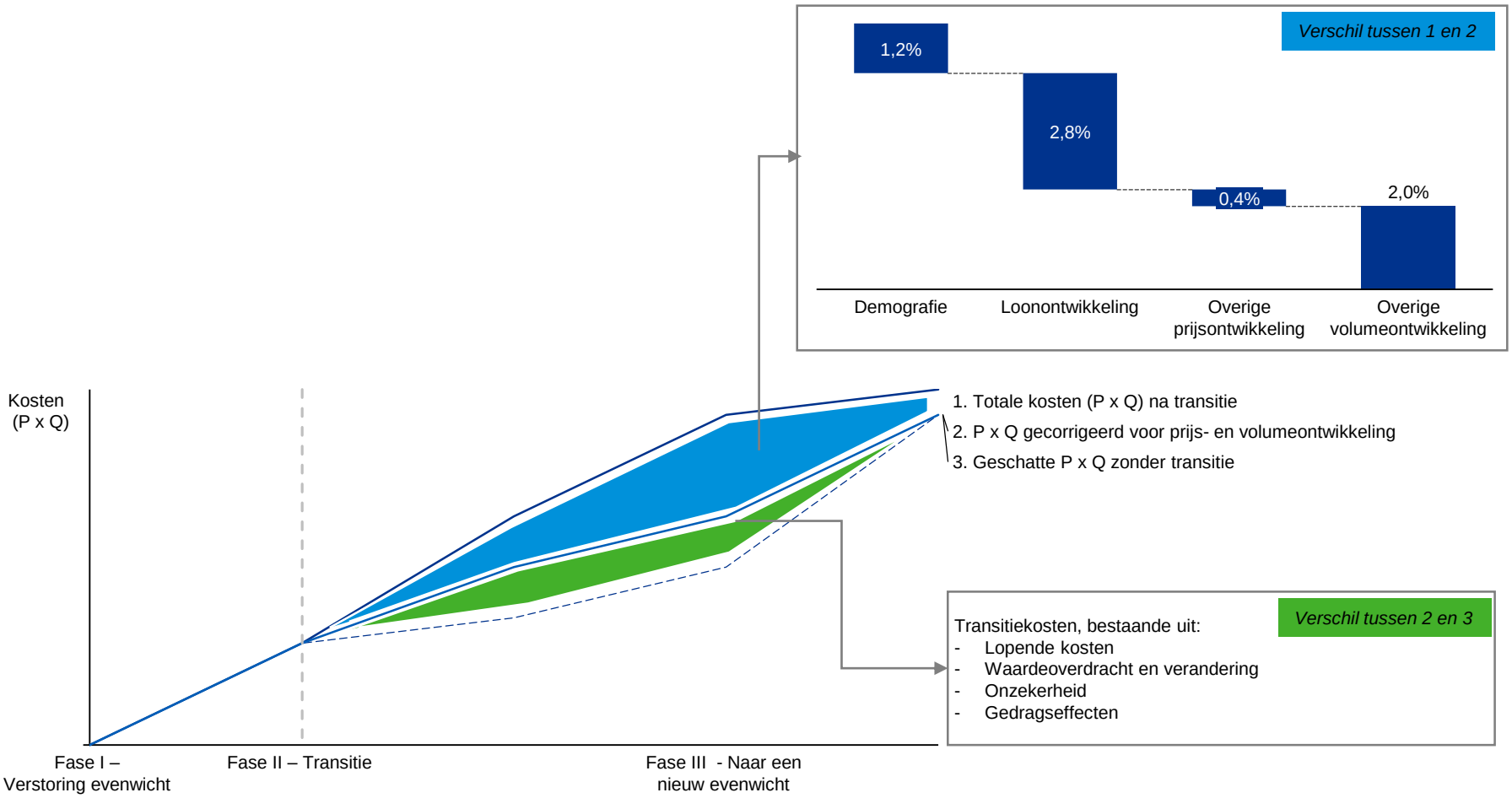
© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

KPMG

Bijlage I.

Visuele weergave methode 1: Kwantitatieve onderbouwing op basis van conceptueel model

Methode 1: conceptueel model om transitiekosten in kaart te brengen



© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

KPMG

Bijlage J.

Overzicht resultaten alle scenario's casussen

Bijlage: Overzicht resultaten alle scenario’s casussen

De tabel op de volgende pagina geeft een overzicht van de resultaten van de kwantitatieve analyse van de zes casussen. Bij casussen waar gewerkt is met meerdere scenario’s, zijn de resultaten van deze scenario’s apart weergegeven. Per casus is de duur van de transitie gegeven en de methode van kwantificering. Daarbij zijn de gemiddelde berekende transitiekosten per jaar(A,B) gegeven en de cumulatieve transitiekosten over de looptijd van de transitie(C). De achterliggende uitwerking van de casussen is opgenomen in bijlage A tot en met F.

Noot:

(A) Indien via documentatieonderzoek, interviews met experts en analyses van openbare data geen data beschikbaar bleek, is gewerkt met schattingen en aannames.
(B) Percentage berekend door de som van transitiekosten over alle transitiejaren te delen door de som van het totale budget / de totale uitgave over alle transitiejaren
(C) Cumulatieve transitiekosten berekent door de gemiddelde transitiekosten per jaar te vermenigvuldigen met de duur van de transitie. Dit getal is bedoeld om een indicatie te geven van de transitiekosten voor de gehele looptijd van de transitie in vergelijking met de andere casussen.

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

Bijlage: Overzicht resultaten alle scenario's casussen

Casus	Duur transitie (in jaren)	Methode kwantificering			Gemiddelde transitiekosten per jaar	Cumulatieve transitiekosten
Casus 1 - Decentralisatie huishoudelijke hulp 2007	5	2	3	Scenario 1	6,2%	31,0%
		2	3	Scenario 2	5,3%	26,4%
Casus 2 - Implementatie DOT in ziekenhuizen 2012	5	3			0,5%	2,3%
Casus 3 - Vorming nationale politie 2013	6	2	3	Scenario 1	1,0%	6,0%
		3		Scenario 2	0,9%	5,4%
Casus 4 - National Program for IT NHS (Engeland) 2002	22	2		Scenario 1	0,4%	8,8%
	10	3		Scenario 2	1,3%	13,0%
Casus 5 - Invoering Quality Outcome Framework (Engeland) 2004	6	3		Scenario 1	1,9%	11,4%
		3		Scenario 2	2,7%	16,2%
		3		Scenario 3	3,9%	23,4%
		3		Scenario 4	3,2%	19,2%
Casus 6 - Invoering Health and Social Care Act (Engeland) 2012 *Variant 1: grondslag totale kosten o.b.v. de business case en administratiekosten(A) van het DoH*	5	2		Scenario 1	5,6%	28,0%
		2		Scenario 2	6,2%	31,0%
		2	3	Scenario 3	7,9%	39,5%
Casus 6 - Invoering Health and Social Care Act (Engeland) 2012 *Variant 2: grondslag totale kosten o.b.v. budget van de Department of Health and Social Care van de NHS*	5	2		Scenario 1	0,2%	0,9%
		2		Scenario 2	0,2%	1,0%
		2	3	Scenario 3	0,2%	1,2%

Noot: (A) betreft jaarlijkse kosten om de zorginkoop uit te kunnen voeren, in de specifieke casus jaarlijkse kosten voor PCTs en SHAs en na de transitie voor de CCGs

© 2020 KPMG Advisory NV. Alle rechten voorbehouden.

KPMG

KPMG on social media

KPMG app

© 2020 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative (‘KPMG International’), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

De naam KPMG en het logo zijn geregistreerde merken van KPMG International.