



# Wie doet het met wie

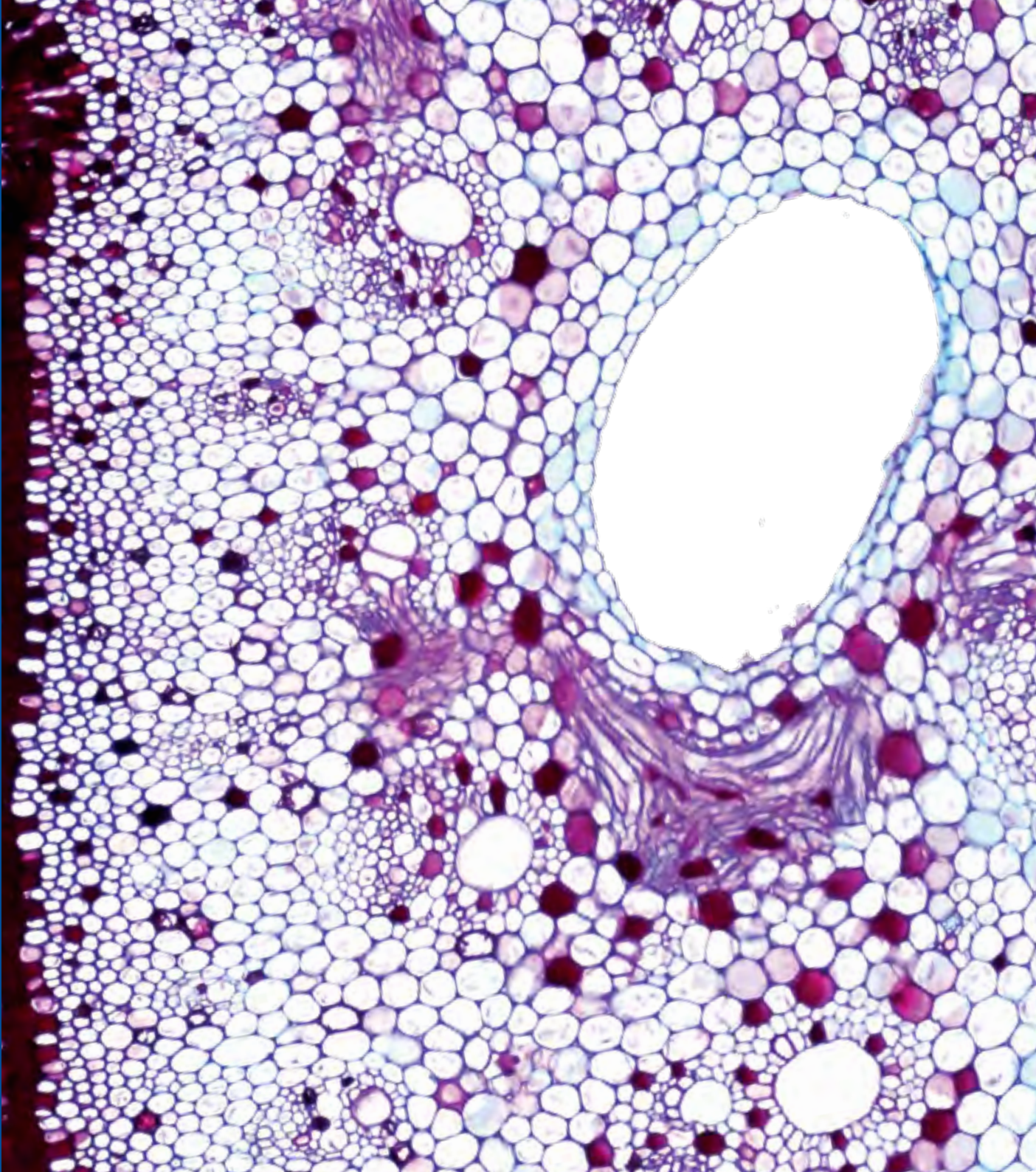
**Nieuwe allianties**

Aflevering 2016

KPMG Health

---

[kpmg.com/nl/wiedoethetmetwie](http://kpmg.com/nl/wiedoethetmetwie)





# Nieuwe allianties in de ziekenhuiszorg

---

Nieuwe allianties zijn het thema van deze nieuwe aflevering van *Wie doet het met wie*. De ervaring binnen deze sector is steeds meer universeel toepasbaar. Sinds wij in 2012 met deze jaarlijkse publicatie begonnen, stonden fusies en overnames steeds centraal. Ook dit keer hebben wij hiernaar gevraagd in de enquête die bij deze publicatie hoort. En ook dit keer vindt u hiervan de uitkomsten. Maar de focus is vernieuwd, want we zitten op een omslagpunt.

De samenwerkingsagenda van ziekenhuizen gaat wezenlijk veranderen. Omgevingstrends als digitalisering, (roep om) transparantie en internationalisering hebben een onverbidelijke impact op de zorg. Voeg hierbij dat burgers en patiënten steeds meer zelf regisseur van hun eigen gezondheid willen zijn, en het beeld rijst op van een toekomst waarin de dominante rol van het ziekenhuis niet langer vanzelfsprekend is.

De komende jaren krijgen deze trends ook in Nederland meer voet aan de grond. Eén strategie om de uitdagingen die dit stelt het hoofd te bieden, is het aangaan van nieuwe allianties. Met aanbieders binnen de klassieke keten van zorg en welzijn. Maar vooral ook daarbuiten: met aanbieders van medische technologie en bedrijven uit de wereld van farma en life science, én met aanbieders van informatietechnologie en grote spelers op de consumentenmarkt voor digitale lifestyle.

Er zijn intussen al eerste voorbeelden van spraakmakende nieuwe samenwerkingen, in het buitenland maar ook bij ons. Betrokken bestuurders, van zowel ziekenhuizen als nieuwe partners, delen in deze publicatie in interviews hun ervaringen en inzichten. Rode draad in deze ontwikkeling is dat

ziekenhuizen niet langer meer 'alles zelf doen'. Via partnerships wordt de beste expertise van buiten ingezet, met nieuwe varianten van 'sharing': van taken, verantwoordelijkheden, risico's, kosten, opbrengsten. Wij noemen dit *intelligent insourcing* - één van drie nieuwe concepten voor de nieuwe tijd die op ons af stormt, waarover u in het vierde hoofdstuk leest.

Dat vierde hoofdstuk heet: *Polygamie wordt de norm*. Nu nog is de impact van nieuwe allianties in het Nederlandse zorgstelsel beperkt, maar dit gaat snel veranderen. Ziekenhuizen moeten hierop in hun samenwerkingsagenda anticiperen. We zien nu al dat fusies met andere ziekenhuizen niet langer de boventoon voeren in het samenwerkingsspel.

De inhoud van deze publicatie is behalve op openbare bronnen ook gebaseerd op informatie, kennis en inzichten uit onze eigen praktijk. Daarnaast hebben we opnieuw de Nederlandse ziekenhuisbestuurders geënquêteerd, met vragen over samenwerking in de periode april 2014 - december 2015. En met een aantal bestuurders mochten wij verdiepende gesprekken voeren. Hiervoor veel dank: zonder u was deze publicatie er niet gekomen.



**Anna van Poucke**  
Sectorleider KPMG Health



# Acht conclusies

1

## Het roer moet om

Ziekenhuizen in Nederland zullen van koers moeten gaan veranderen. Het zorglandschap blijft sterk in beweging. Dalende omzetten en hoge investeringskosten zorgen voor blijvende financiële druk. Patiënten worden steeds kritischer, mondiger en veeleisender. De dominante positie van het ziekenhuis is niet langer vanzelfsprekend, en overleven kan alleen bij het inslaan van nieuwe paden. Met als meest belangrijke: het aangaan van nieuwe soorten allianties met partijen buiten de klassieke zorgketen, en het aanscherpen van de samenwerkingen binnen de keten.

2

## Regie is vereist

Nieuwe allianties stuiten op obstakels in de inrichting van ons zorgstelsel. Regels voor mededinging moeten anders. De traditionele beleids- en toezichtsfocus op individuele instellingen in plaats van op samenwerkingsverbanden is achterhaald. Maar wie neemt de regie van een systeemvernieuwing? Zorgverzekeraars lijken dit niet aan te durven, en ook de politiek loopt zich nog niet warm. Maar iemand zal het moeten doen, misschien naar Scandinavisch voorbeeld.

3

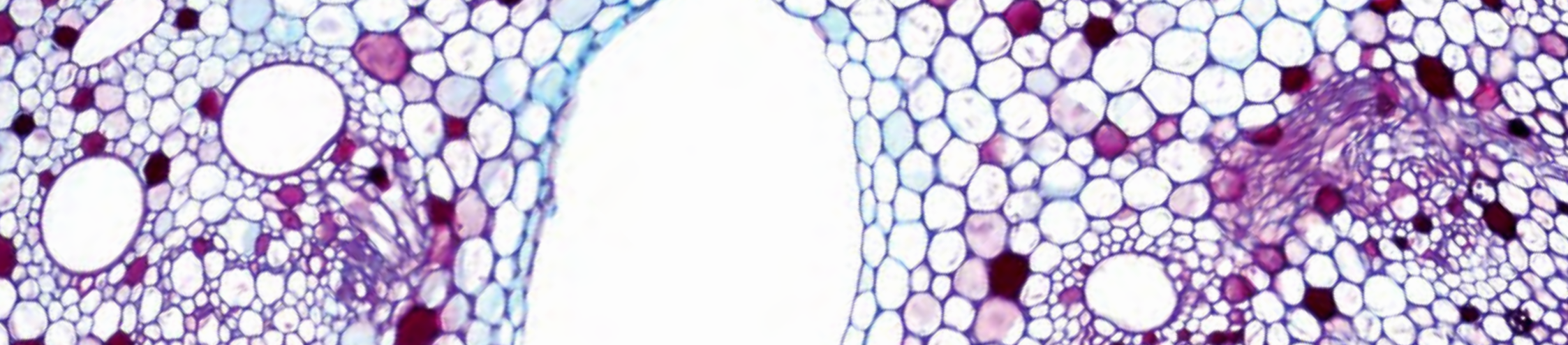
## Fusies zijn niet meer het antwoord

Vergeleken met onze vorige onderzoeksperiode kwamen er dit keer duidelijk minder nieuwe ziekenhuisfusies bij. Fusie als dé strategische oplossing lijkt dus haar scherpste te verliezen. Maar tegelijk blijven de 'hoofdbrekens' van ziekenhuisbestuurders onverminderd talrijk en urgent. Aanpassingen in de infrastructuur, zoals concentratie van complexe zorg mét behoud van lokale kernvoorzieningen, blijven een uitdaging voor de naaste toekomst.

4

## Innovatieve partnerships zijn nodig

Nu ziekenhuisfusies niet langer het panacee voor alle zorgen blijken, moeten nieuwe vormen van samenwerking uitkomst brengen. 'Alles zelf doen' wordt steeds minder een optie. Het zoeken is daarom naar nieuwe partners, vooral ook buiten de klassieke zorgketen: in medtech, farma, life science en ICT. Partners die niet alleen nieuwe kennis inbrengen, maar die deze kennis ook samen met ziekenhuizen verder willen ontwikkelen, op basis van gedeelde risico's, kosten en opbrengsten.



5

## Eerste voorlopers in Nederland

Ook bij ons zijn er inspirerende voorbeelden van nieuwe allianties tussen ziekenhuizen en partijen buiten de klassieke zorgketen. Voorbeelden zijn de samenwerking HagaZiekenhuis en techpartners in cardiologie. Het 'ThuismeetService'-project van Slingeland Ziekenhuis, Sensire en FocusCura. En de innovatie-aanpak van RShape Center als 'vrijstaat' binnen Radboudumc.

6

## Het tempo moet omhoog

Tegelijk stellen we vast dat de samenwerkingsvoorkeur van Nederlandse ziekenhuizen zich nog steeds primair focust op de zorgsector zelf. Met weliswaar een verbreding naar andere partijen, zoals huisartsen(posten) en verpleeghuizen. Maar met prioriteit, blijkt uit onze enquête onder ziekenhuisbestuurders, voor samenwerking met collega-ziekenhuizen. De ontwikkeling richting nieuwe allianties gaat dus nog niet snel genoeg, en nog niet ver genoeg.

7

## Polygamie wordt de norm

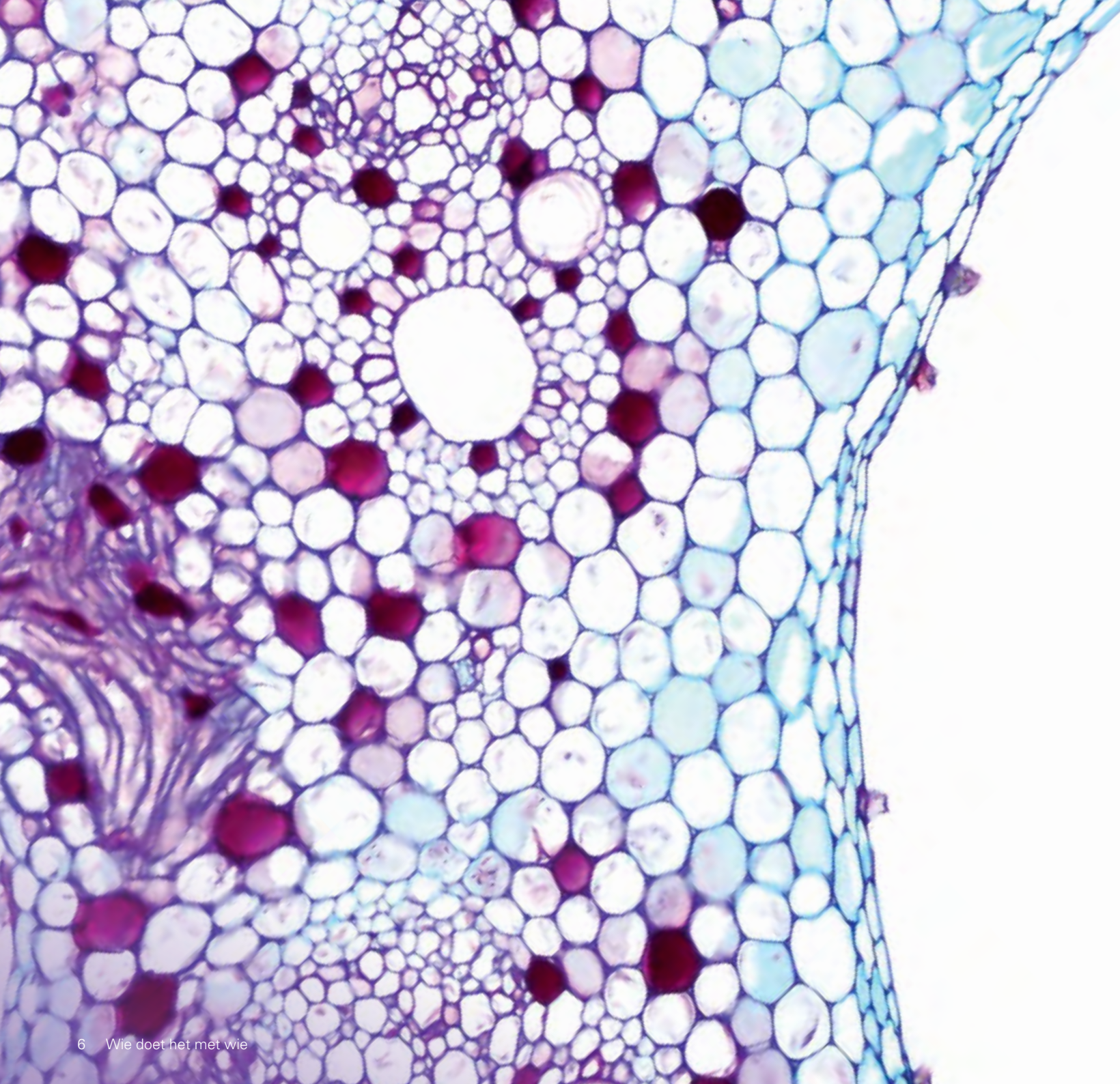
Welke nieuwe allianties precies passend zijn, hangt natuurlijk af van de positie die een ziekenhuis in het nieuwe zorgveld nastreeft. Maar een ziekenhuis dat toekomstbestendig wil zijn, moet in ieder geval een concrete samenwerkingsstrategie hebben op drie terreinen die wij in dit rapport signaleren en benoemen: *intelligent insourcing*, *innovative development* en *integrated delivery*.

8

## Elf 'next steps' voor meer impact

Nu nog is de impact van nieuwe allianties op het Nederlandse zorgstelsel beperkt, maar hier komt hopelijk snel verandering in. We moeten vanuit de experiment fase naar de 'scale-up'-fase. Ziekenhuizen moeten hierop in hun samenwerkingsagenda anticiperen, maar ook van andere partijen is actie vereist. Het slothoofdstuk van deze nieuwe aflevering van *Wie doet het met wie* benoemt elf concrete stappen.





# Inhoud

## 1. Wie doet het met welk ziekenhuis

8

Het aantal nieuwe fusies loopt terug, maar de hoofdbreken van ziekenhuisbestuurders blijven talrijk en urgent. Vooral nieuwe varianten van samenwerking kunnen uitkomst brengen.

## 2. Wat gebeurt er in de wereld?

18

Zorgtransparantie wordt een must, burgers willen eigen gezondheidsregie, digitale lifestyle verovert ook het medisch domein. Gevolg: de dominante rol voor het ziekenhuis vermindert.

## 3. Wat gebeurt er in Nederland?

26

Nog steeds verwachten ziekenhuizen veel van samenwerking onderling. Maar de eerste allianties met andere spelers, vooral leveranciers van medtech, komen van de grond.

## 4. Polygamie wordt de norm

32

Toekomstbestendige ziekenhuizen hebben een samenwerkingsstrategie op drie terreinen. Wij noemen die *intelligent insourcing*, *innovative development* en *integrated delivery*.

## 5. Next steps

40

De impact van nieuwe allianties op ons zorgstelsel is nu nog beperkt. Om de potentie te realiseren is daarom van alle betrokken partijen actie nodig - op elf concrete hoofdpunten.

## Over KPMG Health

48



A microscopic image of tissue, likely a histological section, showing cellular structures. A large, semi-transparent blue rectangular area covers the left and center portions of the image. The text '1' is positioned within this blue area.

1

# Wie doet het met welk ziekenhuis



Bij het maken van deze nieuwe aflevering van *Wie doet het met wie* zaten we in een spagaat. We willen doorgaan met ons jaarlijkse overzicht van fusies van en samenwerking tussen ziekenhuizen. Maar we willen ook recht doen aan andere trends, die een nog grotere impact gaan hebben op de samenwerkingsagenda van ziekenhuizen. Het thema van dit jaar is dan ook: 'Nieuwe allianties'.

De blik van deze publicatie is verruimd, maar we houden het natuurlijk wel kort en bondig. Daarom starten we in dit hoofdstuk met een compacter overzicht van de samenwerkingen tussen ziekenhuizen dan u gewend bent uit eerdere afleveringen. In de daarop volgende hoofdstukken gaan we vooral in op de trend in nieuwe allianties, en op de totale samenwerkingsagenda van ziekenhuizen.

### Minder nieuwe fusies

Vergeleken met het aantal fusies aangekondigd tot april 2014, de einddatum van de onderzoeksperiode van *Wie doet het met wie* van vorig jaar, kwamen er in 2015 weinig fusies bij (7). Dit betekent niet dat fusie

geen onderwerp aan de bestuurstafel meer is: de fusies die al liepen, zijn nog in volle gang. Bijna de helft van de bestuurders uit onze enquête is nog bij een fusie betrokken: 29% bij een juridische fusie, en 20% bij een bestuurlijke (zie figuur 1.1 op pagina 10). Een aantal eerder aangekondigde fusies is in 2015 niet doorgegaan. Dit kwam deels door oorzaken van buitenaf: zo is de fusie tussen Albert Schweitzer ziekenhuis en Rivas Zorggroep door de Autoriteit Consument & Markt tegengehouden. Maar vaker waren het juist de betrokken partijen zelf die een fusie stopzetten, zoals ziekenhuis St Jansdal & Isala, Antoni van Leeuwenhoek & UMC Utrecht, en Antonius Ziekenhuis Sneek & ziekenhuis Nij Smellinghe.

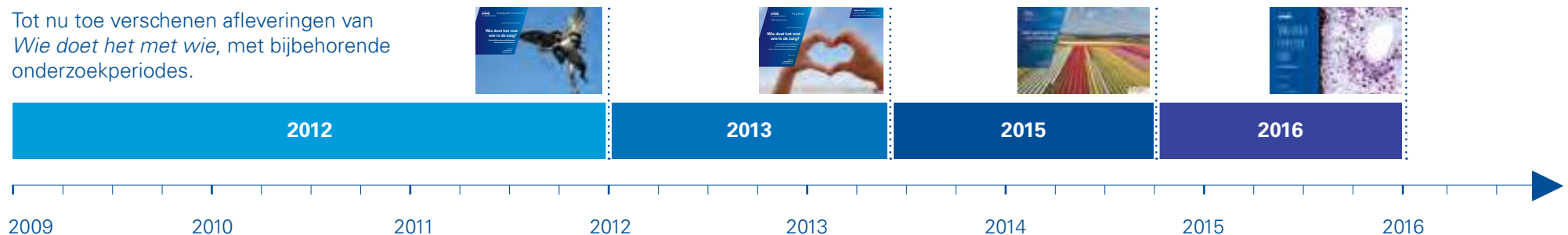
## Varianten van fusies

Bij een **bestuurlijke fusie** blijven de fusiepartners als afzonderlijke rechtspersonen voortbestaan, maar komen zij onder een gemeenschappelijk bestuur en een (deels) gemeenschappelijke raad van toezicht.

Een **juridische fusie** is een veel verdergaande vorm van samenwerking: in de meest gangbare variant gaan beide partners op in een nieuw op te richten rechtspersoon.

De **joint venture** is een vorm van samenwerking waarbij de samenwerkende organisaties een deel van hun vermogen inbrengen in een nieuw bedrijf, dat voor gezamenlijke rekening en risico een project tot ontwikkeling brengt. De joint venture verschilt van een fusie in die zin dat de partners helemaal zelfstandig blijven bestaan.

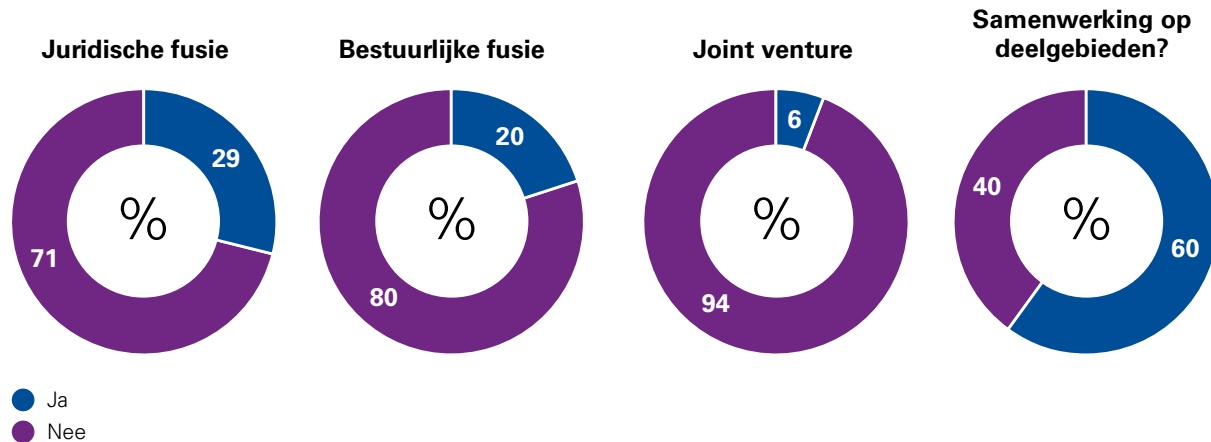
Tot nu toe verschenen afleveringen van *Wie doet het met wie*, met bijbehorende onderzoeksperiodes.





**Figuur 1.1**

Percentage ziekenhuizen dat betrokken is (geweest) bij een vorm van samenwerking sinds april 2014



Bron: Vragenlijst en openbare publicatie

Dat er minder is gefuseerd, laat onverlet dat er intensief wordt samengewerkt in de sector: 60% van de ziekenhuizen (figuur 1.1) is een samenwerkingsovereenkomst aangegaan op deelgebieden (bijvoorbeeld cardiologie of een ander specialisme). Samenwerking blijft dus hoog op de bestuurlijke agenda staan, maar naast fusies en joint ventures worden ook nieuwe wegen ingeslagen, vaak gericht op specifieke onderwerpen. Samenwerking tussen ziekenhuizen krijgt dus steeds meer focus en functionaliteit.

Sinds april 2014 zijn zeven bestuurlijke fusies tot stand gekomen of in wording (figuur 1.3):

- Westfriesgasthuis & Waterlandziekenhuis
- HagaZiekenhuis & Reinier de Graaf
- Catharina Ziekenhuis & St. Anna Zorggroep
- St. Antonius Ziekenhuis & Zuwe Hofpoort Ziekenhuis
- VU medisch centrum & AMC
- Slingeland Ziekenhuis & SKB Winterswijk
- Zorgcombinatie Noorderboog & Isala

Op dit moment wordt door de meeste ziekenhuizen direct na de bestuurlijke fusie doorgezet naar een juridische fusie. Dit lijkt een accentverschuiving ten opzichte van eerder, toen daar vaak een aantal jaren tussen zat. In onze onderzoekperiode zijn negen bestuurlijke fusies verder doorgezet tot juridische fusies:

- Medisch Centrum Alkmaar en Gemini Ziekenhuis gaan verder als Noordwest Ziekenhuisgroep
- Kennemer Gasthuis en Spaarne Ziekenhuis gaan verder als Spaarne Gasthuis.
- Diaconessenhuis Leiden en Rijnland Zorggroep gaan verder als Alrijne Zorggroep.
- Medisch Centrum Haaglanden en Bronovo-Nebo zijn gefuseerd tot Stichting Medisch Centrum Haaglanden en Bronovo-Nebo.
- Sint Franciscus Gasthuis & Vlietland Ziekenhuis gaan verder als Franciscus Gasthuis & Vlietland.
- Lievensberg ziekenhuis en Franciscus ziekenhuis zijn opgegaan in Bravis Ziekenhuis.
- TweeSteden Ziekenhuis en St. Elisabeth Ziekenhuis zijn gefuseerd tot Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis.
- Zuyderland is de naam van de fusiestichting ontstaan uit Atrium en Orbis.
- OLVG en SLAZ gaan op in OLVG.



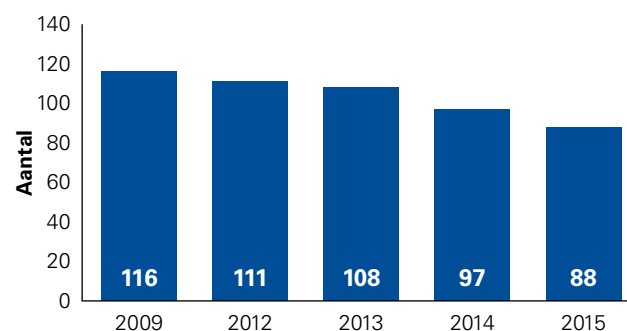
De trend van overnames die we in aflevering 2015 van *Wie doet het met wie* zagen, zet ook in deze aflevering door. Sinds de onderzoeksdata in de aflevering 2015 zijn er drie overnames gerealiseerd dan wel in voorbereiding:

- Ommelander Ziekenhuis Groep door Universitair Medisch Centrum Groningen.
- Sionsberg in Dokkum door ZuidOostZorg in Drachten, DC Klinieken en Cardiologie Centra Nederland (CCN).
- Admiraal De Ruyter Ziekenhuis door Erasmus Medisch Centrum (in voorbereiding).

Daarnaast zijn ook nog andere mogelijke overnames in voorbereiding. Een duidelijk patroon blijft dat kleinschaligheid steeds moeilijker te handhaven is. Vooral investeringen in nieuwbouw en IT (onder meer aanschaf epd) zijn voor een kleinschalig ziekenhuis moeilijk op te brengen. Net als in de voorgaande jaren ontstaat er voor een aantal aanbieders een moment dat de financiële zelfstandigheid niet meer haalbaar is, waarna een overname-scenario volgt. Hoewel het aantal organisaties hiermee krimpt, zien we wel dat door de overnames toegankelijkheid van zorg juist gewaarborgd wordt. Dit geldt zeker voor de perifere gebieden van Nederland.

In figuur 1.2 is, op basis van ons onderzoek de voorgaande jaren, het verloop van het aantal ziekenhuizen weergegeven. Het aantal zelfstandige ziekenhuizen is de afgelopen periode opnieuw gedaald: van 97 per april 2014 naar 88 per november 2015. Gezien de recentelijk aangekondigde overname van het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis door het Erasmus MC, zal dit dus in 2016 alweer dalen, naar 87 zelfstandige ziekenhuizen. Begin 2009 waren het er nog 116. Dit getal was het uitgangspunt van onze eerste aflevering. In die publicatie gaven we nog aan dat het aantal ziekenhuizen zou dalen naar onder de 90. We stellen vast dat in 2015 dit ook daadwerkelijk is gebeurd.

**Figuur 1.2**  
Ontwikkeling aantal zelfstandige ziekenhuizen 2009-2015

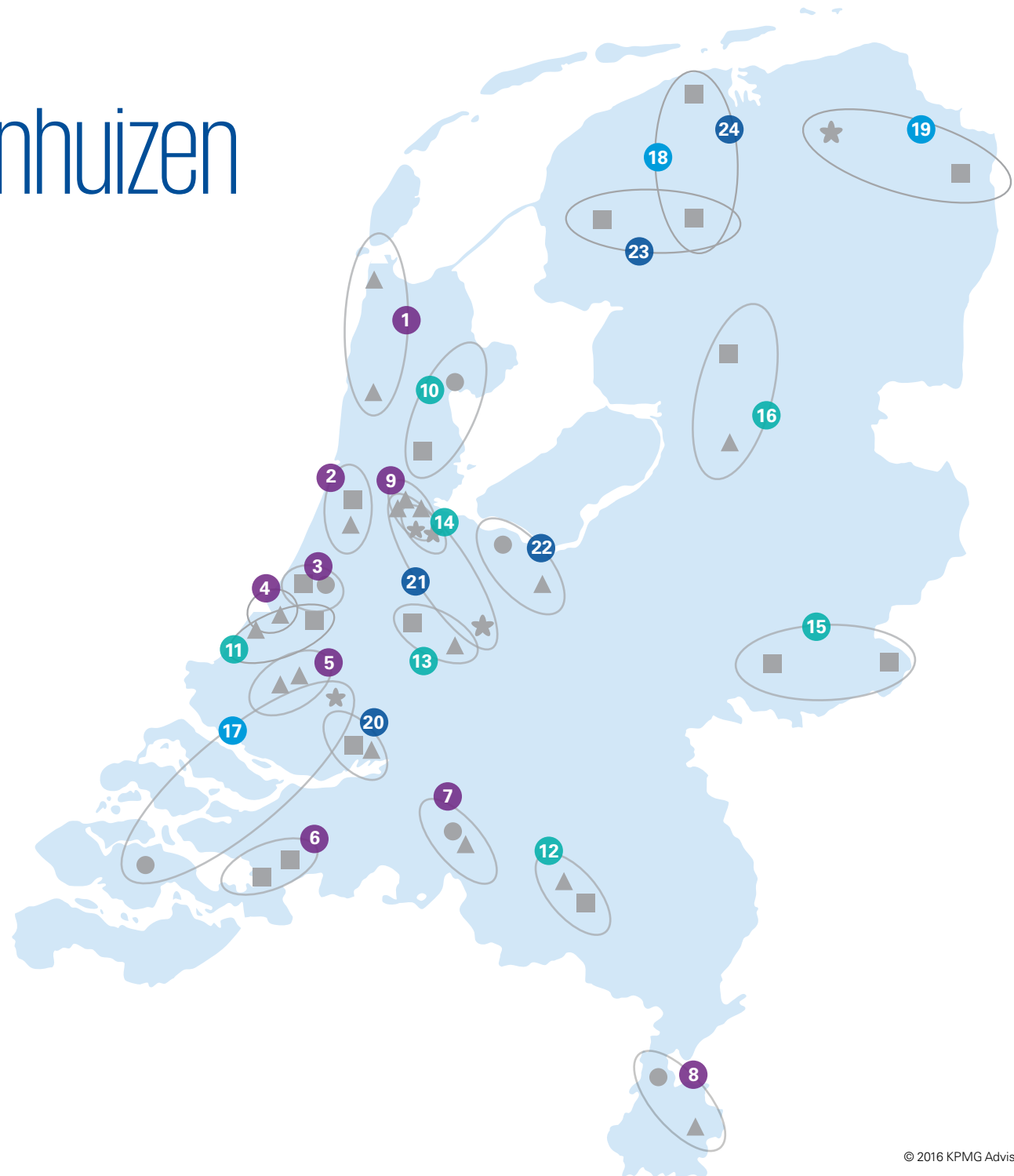




Figuur 1.3

# Landkaart ziekenhuizen maart 2016

- ★ UMC
- ▲ Topklinisch
- SAZ
- Overig algemeen
- Juridische fusie
- Bestuurlijke fusie
- Overname
- Afgeblazen/ontmantelde fusie



## Juridische fusie

- 1 Noordwest Ziekenhuisgroep**  
Status 2014: n.v.t.  
Status 2015: juridische fusie gerealiseerd
- 2 Spaarne Gasthuis**  
Status 2014: bestuurlijke fusie gerealiseerd  
Status 2015: juridische fusie gerealiseerd
- 3 Alrijne Zorggroep**  
Status 2014: bestuurlijke fusie gerealiseerd  
Status 2015: juridische fusie gerealiseerd
- 4 Stichting Medisch Centrum Haaglanden en Bronovo-Nebo**  
Status 2014: bestuurlijke fusie gerealiseerd  
Status 2015: juridische fusie gerealiseerd
- 5 Sint Franciscus Gasthuis en Vlietland Ziekenhuis**  
Status 2014: n.v.t.  
Status 2015: juridische fusie gerealiseerd
- 6 Bravis ziekenhuis**  
Status 2014: bestuurlijke fusie gerealiseerd  
Status 2015: juridische fusie gerealiseerd
- 7 Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis**  
Status 2014: bestuurlijke fusie gerealiseerd  
Status 2015: juridische fusie gerealiseerd
- 8 Zuyderland**  
Status 2014: toestemming ACM  
Status 2015: juridische fusie gerealiseerd
- 9 OLVG**  
Status 2014: n.v.t.  
Status 2015: juridische fusie gerealiseerd

## Bestuurlijke fusie

- 10 Westfriesgasthuis en Waterlandziekenhuis**  
Status 2014: intentie/gerichte gesprekken  
Status 2015: NZa/ACM-vergunning in aanvraag
- 11 HagaZiekenhuis en Reinier de Graaf**  
Status 2014: Toestemming ACM  
Status 2015: bestuurlijke fusie gerealiseerd
- 12 Catharina Ziekenhuis en St. Anna Zorggroep**  
Status 2014: intentieverklaring getekend  
Status 2015: NZa/ACM-vergunning in aanvraag
- 13 Sint Antonius Ziekenhuis en Zuwe Hofpoort Ziekenhuis**  
Status 2014: toestemming ACM  
Status 2015: bestuurlijke fusie gerealiseerd
- 14 VU medisch centrum en AMC**  
Status 2014: intentieverklaring getekend  
Status 2015: NZa/ACM-vergunning in aanvraag
- 15 Slingeland Ziekenhuis en SKB Winterswijk**  
Status 2014: n.v.t.  
Status 2015: NZa/ACM-vergunning in aanvraag
- 16 Zorgcombinatie Noorderboog en Isala**  
Status 2014: toestemming ACM  
Status 2015: bestuurlijke fusie gerealiseerd

## Overname

- 17 Erasmus MC neemt Admiraal De Ruyter Ziekenhuis over**  
Actueel: overname is aangekondigd en ACM-melding in voorbereiding

- 18 ZuidOostZorg, DC klinieken en CCN nemen Sionsberg over**  
Status 2015: juridisch gerealiseerd
- 19 UMCG neemt OZG over**  
Status 2014: melding ACM  
Status 2015: juridisch gerealiseerd

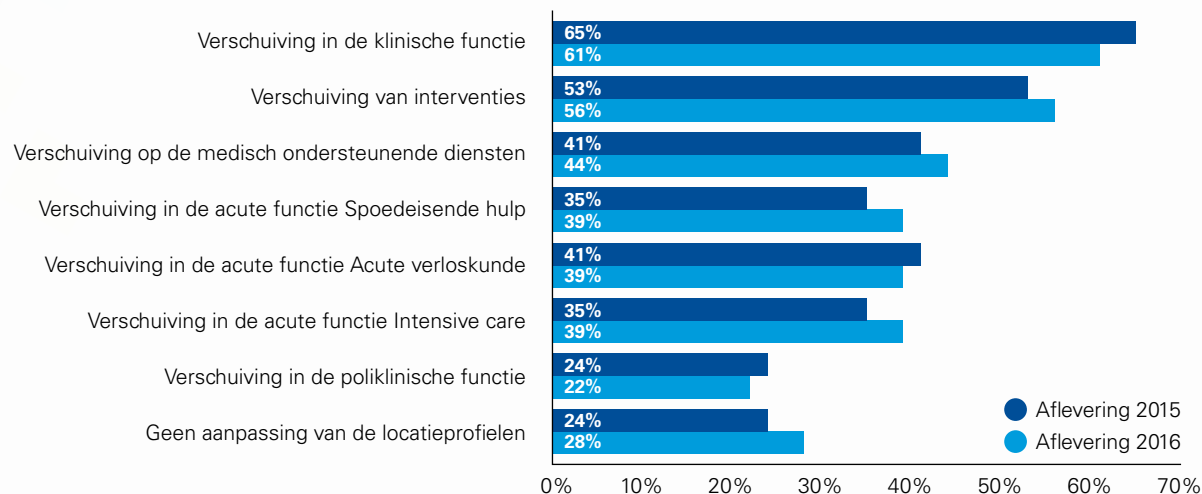
## Afgekeurde of ontmantelde fusie

- 20 Albert Schweitzer ziekenhuis en Rivas Zorggroep**  
Status 2014: melding ACM  
Status 2015: ACM-vergunningaanvraag afgewezen
- 21 Antoni van Leeuwenhoek en UMCU**  
Status 2014: n.v.t.  
Status 2015: niet langer actueel
- 22 Meander MC en Tergooi**  
Status 2014: intentie/gerichte gesprekken  
Status 2015: fusie afgeblazen
- 23 Antonius Ziekenhuis Sneek en ziekenhuis Nij Smellinghe**  
Status 2014: toestemming ACM  
Status 2015: fusie afgeblazen
- 24 Ziekenhuis Nij Smellinghe en Zorggroep Pasana**  
Status 2014: n.v.t.  
Status 2015: fusie afgeblazen



**Figuur 1.4**

Verschuiving van locatieprofiel door een bestuurlijke of juridische fusie



#### Aantal locaties stabiel, maar profielen wijzigen

Ondanks de daling van het aantal zelfstandige ziekenhuizen, blijft het aantal locaties stabiel. Wel wordt hard gewerkt aan het aanscherpen van locatieprofielen. Optimaliseren van het zorgportfolio en verbeteren van kwaliteit van zorg zijn dan ook de twee meest genoemde doelen voor een ziekenhuisfusie.

De meeste verschuivingen in locatieprofiel betreffen klinische functies en interventies, maar ook allerlei andere functies verschuiven (zie figuur 1.4). Het minst vaak verschuiven poliklinieken: maar 22% van de respondenten maakt hiervan melding. De toegangspoort van ziekenhuizen blijft hiermee breed open. De verandering in het zorglandschap leidt niet tot een mindere toegankelijkheid van de zorg. Wel zien we vergeleken met aflevering 2015 van *Wie doet het met wie* een toename van verschuiving van de kernfuncties interventies, spoedeisende hulp en intensive care,

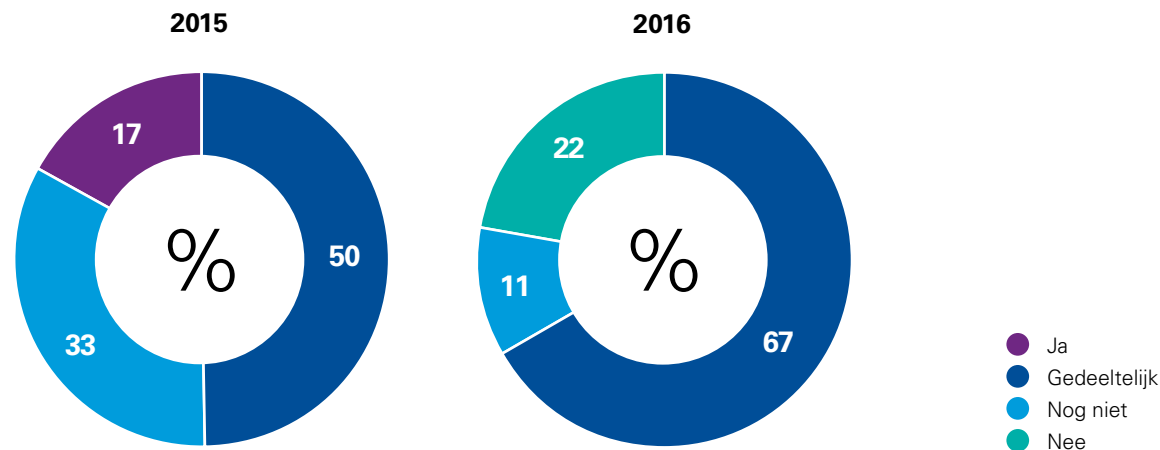
en van medisch ondersteunende diensten. Hiermee komt concentratie van complexe functies en van dure infrastructuur geleidelijk tot stand. De concentratie is een positieve ontwikkeling; tegelijk zijn de schaal waarin en het tempo waarmee dit gebeurt nog te beperkt.

#### Aan resultaten wordt nog hard gewerkt

Uit andere sectoren weten we dat het behalen van de beoogde resultaten bij een fusie geen gemakkelijke zaak is. Dit zien we ook bij ziekenhuizen (zie figuur 1.5). Geen enkele bestuurder geeft dit keer aan dat de resultaten al helemaal gerealiseerd zijn, wat in de voorgaande aflevering van *Wie doet het met wie* bij 17% van de gevallen wél zo was. Méér bestuurders antwoorden nu dat resultaten gedeeltelijk behaald zijn. En voor het eerst zijn er ook bestuurders (22%) die antwoorden dat resultaten niet behaald zijn.

**Figuur 1.5**

Mate waarin doelstellingen zijn behaald voor gerealiseerde juridische en bestuurlijke fusies



Hoewel in onze enquête niet expliciet gevraagd is naar de achterliggende reden, kunnen we hier op basis van onze ervaring in het veld wel een aantal uitspraken over doen. We zien dat het ambitieniveau van de doelstellingen voor fusies op dit moment hoger ligt dan een aantal jaren geleden. Het accent van fusies lag toen sterker op de bestuurlijke fusie, waarbij de lijn was om daarna te bepalen hoe er daadwerkelijk geïntegreerd zou worden. Dat proces is sterk veranderd, wellicht ook door de eisen van toezicht-houders en financiers. Daarmee zijn de doelstellingen vaak ambitieuzer geformuleerd: kwaliteitsverbetering, concentratie van kritische functies, reallocatie van ingrepen. In de praktijk blijken die doelstellingen niet altijd even makkelijk te realiseren. Het vraagt veel vertrouwen van medische staven om tot reallo-catie over te gaan, ook omdat dit grote effecten op de inkomens kan hebben. Daarnaast kijkt ook de buitenwereld kritisch mee naar het realiseren van

reallocatieplannen. Ten aanzien van ambities op het gebied van kwaliteit geldt dat kwaliteit nog beperkt gemeten wordt; daardoor is niet na te gaan of doelstellingen op dit gebied ook daadwerkelijk worden bereikt.

#### Breed scala hoofdbreken

Dat er minder gefuseerd wordt en er minder overnames zijn, betekent zeker niet dat het landschap stabiel is geworden. Als we bestuurders vragen of ze zich zorgen maken over de toekomst, wordt juist een veelheid van punten genoemd. Drie hoofdzaken springen naar voren. Ten eerste dat er een noodzaak is om samen te werken, om redenen van kwaliteit of financiën, maar dat dit mededingingstechnisch niet mogelijk is of lijkt. Ten tweede zorgen om de concurrentie- en financiële positie. En ten derde zorgen om de hoeveelheid vermogen die nodig is om te investeren in nieuwe (informatie-) technologie.





#### Meest genoemde hoofdbreken van ziekenhuisbestuurders

- Kwaliteit vraagt om samenwerking, maar die is mededingingstechnisch niet mogelijk
- Mogelijke volatiliteit van omzet
- Meer technologieontwikkeling
- Beperkte onderhandelingskracht tegenover zorgverzekeraars/leveranciers
- Financiële situatie vraagt om samenwerking, maar die is mededingingstechnisch niet mogelijk
- Onvoldoende schaalgrootte voor ICT-investeringen
- Financiële situatie niet houdbaar
- Slechte concurrentiepositie

#### Ook landelijk blijft druk op de ketel

De kosten van ziekenhuisbehandelingen, gecorrigeerd voor cao-effecten en de overheveling van dure geneesmiddelen, stegen de afgelopen acht jaar (2007 tot en met 2014) met gemiddeld circa 5% per jaar. Als we alleen inzoomen op de periode vanaf 2011, dan zien we dat deze omzetgroei is afgevlakt (door omzetplafonds voortkomend uit de Hoofdpijnenakkoorden). We verwachten dat deze ontwikkeling verder zal doorzetten. De komende jaren zal er een aanhoudend grote druk op de omzet van ziekenhuizen blijven.

Opvallend is dat we het teruglopen van de feitelijke productie van de ziekenhuizen niet direct vertaald terugzien in een lagere omzet. De gecorrigeerde omzet groeit nog steeds, zij het minder snel. Betekent dit dat we als samenleving nu voor méér euro's minder ziekenhuiszorg terugkrijgen? Dit is waarschijnlijk te simpel geconcludeerd. Door substitutie van zorg naar de eerste lijn en/of langer wegblijven van patiënten wordt de casemix voor ziekenhuizen zwaarder. Dan is het niet vreemd dat ook de kosten per eenheid productie stijgen.

Maar de stuksprijs gaat óók omhoog doordat een deel van de ziekenhuiskosten niet op korte termijn in lijn kan worden gebracht met de teruglopende productie. Dit geldt vooral voor de kosten van huisvesting en van dure infrastructuur. En de vraag is of dit op termijn houdbaar blijft, of dat er meer fundamentele ingrepen in ons zorglandschap nodig zijn om consumptie en kosten met elkaar in balans te brengen. Figuur 1.6 laat zien hoe de lijnen van omzet en productie uit elkaar zijn gaan lopen.

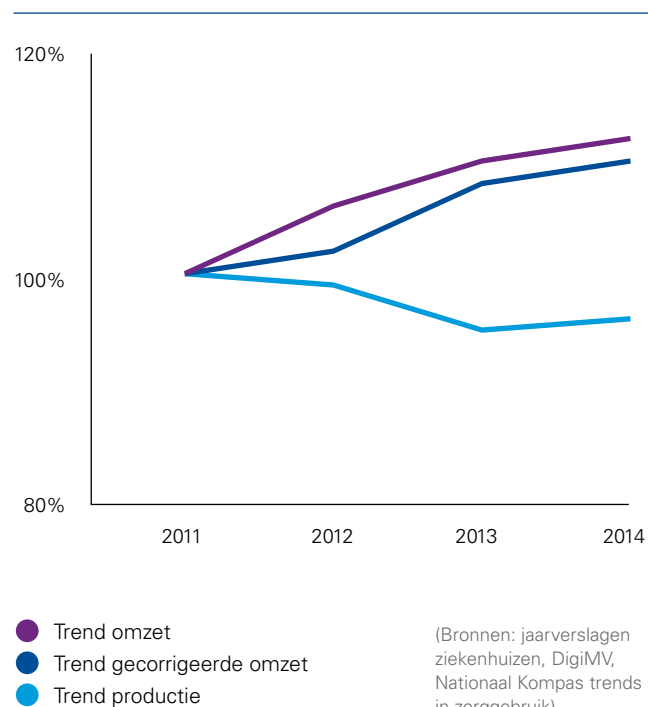
De contouren van een nieuw zorglandschap worden helder. Teruglopende zorgconsumptie én tegelijk de noodzaak van dure, vaak technologiegedreven nieuwe investeringen zetten de financiële positie van vooral kleinere ziekenhuizen onder druk. Dit vraagt om een beweging naar concentratie van (hoog)complexe functies en infrastructuur. Het aantal zelfstandige ziekenhuisorganisaties zal hierdoor blijven afnemen, maar zonder dat dit ten koste mag gaan van goede lokale bereikbaarheid van poliklinische voorzieningen in de regio.

Wat we nu zien is dat het fusie-instrument niet langer uitkomst lijkt te brengen. Inderdaad wordt gezocht naar een nieuwe samenwerkingsagenda, maar die focust nog steeds op de traditionele zorgketen zelf. Samenwerking met bijvoorbeeld huisartsen(posten) en verpleeghuizen wordt steeds meer gemeengoed. Tegelijkertijd laat onze enquête zien dat de meest nagestreefde variant van transformatiesamenwerking nog steeds die met collega-ziekenhuizen is.

Met andere woorden: de processen blijven nog te zeer in zichzelf gekeerd. Het is 'de zorg die de zorg verandert' – maar 'buiten' is intussen veel meer aan de hand en neemt de windkracht voortdurend toe. Voorkeuren en verlangens van patiënten veranderen ingrijpend. En aanbodpartijen die geen deel uitmaken van de klassieke zorgketen staan te trappelen om nieuwe zorgmarkten te betreden. De Nederlandse ziekenhuis-sector moet daarom nog doortastender dan nu de blik naar buiten richten. Op zoek naar nieuwe allianties, die aanhaken bij internationale trends die worden beschreven in het volgende hoofdstuk.

**Figuur 1.6**

Trend gecorrigeerde omzet en productie ziekenhuizen 2011-2014






The background of the slide is a microscopic image of plant cells, showing a network of cell walls. The left half of the image is overlaid with a solid blue rectangle. The text is white and positioned on the left side, over the blue area.

2

Wat gebeurt  
er in de  
wereld?



Roep om transparantie, het verlangen naar de rol van regisseur van de eigen gezondheid, digitalisering, internationalisering: dit zijn allemaal trends die een dominante rol voor het ziekenhuis steeds minder vanzelfsprekend gaan maken. De trends zijn voor patiënten goed nieuws: het gezondheidsniveau kan nog veel hoger, vaak tegen lagere of gelijke kosten.

Dit hoofdstuk brengt internationale voorbeelden van hoe die trends al snel dagelijkse praktijk worden. De veranderingen zijn zo ingrijpend dat ziekenhuizen hun strategie moeten gaan aanpassen. Met vernieuwde allianties kunnen ze aansluiting vinden bij datgene wat consumenten van hen verwachten. Maar dit zal niet voor ieder ziekenhuis zijn weggelegd.

### Evolutie versnelt vanuit transparantie

Transparantie is een randvoorwaarde voor kiezen van betere zorg en meer sturen op kwaliteit. Onderzoek laat zien dat door het meten van uitkomsten van medisch handelen de kwaliteit van zorg verbetert<sup>1</sup>. Essentieel is de beschikbaarheid en toegankelijkheid van informatie over uitkomsten van behandeling, over patiënttevredenheid, over ervaringen met (individuele) geregistreerde zorgverleners en met wanpraktijken. Dit helpt de marktordening, en biedt aanbieders meer kans om van elkaar te leren.

Steeds meer burgers verlangen informatie om zelf keuzes te kunnen maken: *healthcare becomes selfcare*. Als consument nemen ze meer eigen regie over het leven. Kennis en opleiding stellen ons in staat afwegingen te maken waardoor we langer gezond en vitaal blijven. Ziek zijn en beter worden krijgen steeds meer aandacht, er is continu bewustzijn van gezondheid.

Aandacht voor leef- en voedingspatronen, ontspanning en mentale fitheid vormen meer en meer onderdeel van het werken aan gezondheid. Daarmee is gezondheid niet meer alleen het domein van de medisch-curatieve zorg, maar wordt zij in toenemende mate onderdeel van de consumentenmarkt. Ook de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) concludeerde dit al, uit de opkomst van consumenten e-health<sup>2</sup>.

Hoewel er in Nederland veel wordt gemeten, worden uitkomsten maar beperkt gepubliceerd en moet selectie op kwaliteit zijn vlucht nog maken. Hoe individuele ziekenhuizen scoren is voor de consument nog steeds grotendeels een raadsel. Dit houdt keuzevrijheid tegen. Het pijnlijke is vooral dat het merendeel van de gewenste gegevens wel beschikbaar is<sup>3</sup>.

Kwaliteit meten gebeurt bovendien nodeloos duur, met versnippering en overlap en vaak los van epd's<sup>4</sup>. In landen om ons heen speelt transparantie al een dominantere rol. Zoals in Engeland binnen de **National Health Service** (NHS), waar 'absolute transparantie' niet alleen de norm, maar ook een sturend element is gemaakt in kwaliteitsverbetering en standaardisatie. Of door initiatieven van burgers zelf, via persoonlijke gezondheidsdossiers of platforms zoals **PatientsLikeMe** (in Massachusetts USA.<sup>5</sup>).

Ook in de herziening van zorginkoop in de staat New York in de Verenigde Staten, onderdeel van **Obamacare**, speelt het zichtbaar maken van kwaliteit en een keuze voor 'value-based payments' een grote rol. Met een aanjagend effect op samenwerking: tussen partijen in de keten, én met partijen daarbuiten.

<sup>1</sup> DSCA, (2011), *Registreren, terugkoppelen en publiceren*.  
Weggelaar-Janzen, (2015), *Learning to Improve, Improve Learning*.

<sup>2</sup> RVS, (2015), *Consumenten-eHealth*,  
[www.raadvr.nl/uploads/docs/Advies\\_Consumenten\\_eHealth.pdf](http://www.raadvr.nl/uploads/docs/Advies_Consumenten_eHealth.pdf)

<sup>3</sup> Ikkersheim & Tanke, (2016), [www.zorgvisie.nl/Financien-Verdieping/2016/3/Agenda-voor-nieuw-hoofdpijnenakkoord-ziekenhuizen](http://www.zorgvisie.nl/Financien-Verdieping/2016/3/Agenda-voor-nieuw-hoofdpijnenakkoord-ziekenhuizen)

<sup>4</sup> KPMG Plexus, (2015), *Onderzoek kosten kwaliteitsmetingen*, NVZ.

<sup>5</sup> [www.patientslikeme.com](http://www.patientslikeme.com)



# Obamacare: meer hoogwaardige zorg, veel lagere kosten

De uitbreiding van gezondheidsdekking voor de allerarmsten in de Verenigde Staten is een grote mijlpaal. Deze beleidswijzigingen zijn onderdeel van de **Patient Protection and Affordable Care Act** (PPACA), beter bekend als **Obamacare**. Het aantal onverzekerden is sinds 2013 met 35% verminderd en blijft verder dalen. Daarnaast beoogt Obamacare een hervorming van de werking van de gezondheidszorg zelf.

In de **staat New York** (NYS) worden grote vorderingen gemaakt binnen het *Delivery System Reform Incentive Payment* (DSRIP)-programma onder begeleiding van de Nederlander Marc Berg van KPMG. DSRIP is een model voor transformatie binnen **Medicaid**, de organisatie die zorgt voor de zorgverzekering voor personen en gezinnen met een laag inkomen en vermogen. DSRIP raakt het Medicaid NYS budget van 55 miljard dollar, en is bedoeld voor 6 miljoen gebruikers. De staat New York heeft een ontheffing om zo'n 8 miljard dollar aan besparingen opnieuw in DSRIP te investeren.

Het doel is een reductie van 25% van de vermijdbare kosten in ziekenhuizen, door versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg, verbetering van de zorgcoördinatie en vermindering van de afhankelijkheid van klinische zorg. Om dit duurzaam te bereiken, wordt het stelsel van de staat veranderd, moeten kosten worden omgebogen en moet de toegankelijkheid van hoogwaardige zorg voor alle Medicaid-ontvangers geborgd zijn.

Nieuwe bekostiging en nieuwe vormen van samenwerking spelen hierbij een belangrijke rol. Door 'fee for service'-modellen in te wisselen voor 'value-based payments' worden zorgaanbieders beloond voor goede uitkomsten. Dit gebeurt in drie niveaus, van een 'shared savings'-constructie per aanbieder tot en met een uitkomstbekostiging over de hele keten heen. De samenwerking tussen de aanbieders binnen de gehele keten vindt plaats in 'performing provider systems' (PPS's).

Zorgaanbieders bereiken het laatste niveau van bekostiging alleen als er ervaring is met risicodeling en een volwassen samenwerking. Aanbieders kunnen gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor de complete zorgketen van een chronische aandoening zoals diabetes of COPD; of voor een specifieke populatie, zoals patiënten met hiv/aids. Ze dragen dan zelf de kosten van complicaties, heropnames en revalidatie. Maar als ze minder uitgeven dan is afgesproken, mogen ze een deel daarvan houden.

Hoe meer risico aanbieders willen lopen, hoe hoger dat laatste percentage.

De eerste pilots tonen goede resultaten. Schimmelpreventie bij COPD-patiënten verhoogt bijvoorbeeld de kwaliteit van leven en verlaagt de kosten van zorg. Hetzelfde geldt voor de inzet van airconditioning voor diabetespatiënten in de heetste zomermomenten. Een mobiele airco van 200 euro bij mensen thuis voorkomt vaak nare ziekenhuisbezoeken die het tienvoudige kosten. Een derde voorbeeld is het vinden van huisvesting voor daklozen, om zo te voorkomen dat die de spoedeisende hulp als onderdak gebruiken.

De prikkels liggen nu zo dat de 'performing provider systems' met beter aanbod in de eerste lijn vervolgkosten kunnen voorkomen en hier samen met de staat voor beloond worden. Lead providers nemen vaak een regierol over de keten, waarin ook nieuwe samenwerking kan ontstaan. New York wil in 2019 zeker 80% van de zorg financieren met uitkomstbekostiging.

KPMG adviseert zowel het ministerie van Volksgezondheid (in programmaontwerp en -uitvoering) als de zorgaanbieders (in ondersteuning van initiatieven binnen het programma) en brengt de kosten van potentieel vermijdbare zorg in kaart.

[health.ny.gov/health\\_care/medicaid/redesign/dsrip](http://health.ny.gov/health_care/medicaid/redesign/dsrip)

### Zelfredzame burgers sturen integrale zorg

Ziekenhuizen blijven van vitaal belang, maar wél voor een steeds kleiner en complexer deel van de zorg. In veel stadia van het leven werken burgers steeds meer zelf aan hun gezondheid, via voeding en leefstijl. De rol van consumentenelektronica wordt hierbij steeds groter; de technology push en vraag van de burger versterken elkaar.

Voor een deel gaat dit om producten die niet direct als 'zorg' worden gezien. De invloed van de **Nintendo Wii Fit** op activering van kinderen<sup>6</sup> of het effect van de **iPad** op het tegengaan van eenzaamheid bij ouderen is niet te onderschatten. En dit zijn intussen alweer 'oudere' ontwikkelingen (introductions in 2008 en 2010). De mogelijkheden van 'digital health' worden almaar talrijker.

Veel burgers, zeker het groeiende aantal ouderen en chronisch zieken, willen nog meer. Er komen steeds meer digitale toepassingen specifiek voor patiënten zelf, met de mogelijkheid van naadloze aansluiting op andere vormen van ondersteuning. Een trend dus naar integrale zorg die ook zelfzorg omvat.

Ook hiervan zijn al concrete voorbeelden, zoals de **Goalie** smartphone-app voor patiënten in de geestelijke gezondheidszorg. Op basis van duidelijke doelen, automatische registratie van gedrag en handmatige aanvullingen kan deze app monitoring én coaching bieden. Goalie wordt door zorginstellingen ingezet voor bijvoorbeeld mensen met een depressie, ADHD of agorafobie.

In het volgende hoofdstuk volgt nog een mooi voorbeeld van hoe zelfdiagnostiek (thuismonitoring) ervoor zorgt dat patiënten niet alleen minder vaak in het ziekenhuis komen, maar ook dat hun zelfstandigheid en gevoel van gerustheid met grote sprongen toenemen. In bovenstaande trends spelen samenwerkingsverbanden tussen zorginstellingen en marktondernemingen een grote rol. Vaak zijn die laatste technologiespelers, maar ook heel andere partijen kunnen een bijdrage leveren. In Japan is dit bijvoorbeeld de **Japan Post Group**.

---

<sup>6</sup> Sheehan, D., & Katz, L., (2010), Using Interactive Fitness and Exergames to Develop Physical Literacy, *Physical and Health Education Journal*, 76(1), 12-19. Research 'Exergaming Research Centre, University of Calgary'.





# Japanse postbezorgers als infrastructuur voor nieuwe zorg

Japan vergrijst zo snel dat het in extreme mate geconfronteerd wordt met afname van groei van het bruto nationaal product en met onbeheersbaarheid van zorgkosten. De levensverwachting in Japan is een van de hoogste ter wereld, nu al is ruim een kwart van de bevolking ouder dan 65 jaar.

Deze vergrijzing zal er in combinatie met een bevolkingskrimp voor zorgen dat er in 2055 nog maar 1,3 werkenden zullen zijn op één oudere. In combinatie met de beperkte economische groei en een gesloten, op de familie gerichte cultuur, zorgt dit voor veel eenzaamheid en weinig sociale controle en hulp van de omgeving. Ziekenhuizen hebben niet genoeg capaciteit, alle ouderen te helpen. **Japan Post Group** speelt een belangrijke rol in de oplossing.

Samen met **IBM** en **Apple** heeft zij een speciale iPad-applicatie ontwikkeld die postbezorgers verbindt met familie, zorgverleners en de gemeenschap. Zo blijven kinderen, vaak op afstand wonend, in

verbinding met (groot-)ouders en worden de ouderen zelf voorzien van zorg, sociaal contact en participatie. Vooral de landelijke infrastructuur van Japan Post Group en het vermogen van dit bedrijf om bijna elke burger fysiek te bereiken maken het initiatief sterk. Japan Post Group heeft 24.000 postkantoren en 400.000 medewerkers en onderhoudt financiële banden met bijna alle volwassenen in Japan.

De ambitie van Japan Post Group is om deze service niet te beperken tot ouderen, maar om die binnen enkele jaren ook voor andere doelgroepen toegankelijk te maken.

[japanpost.jp/en/ir/news/pdf/150430.pdf](http://japanpost.jp/en/ir/news/pdf/150430.pdf)

## Digitalisering versterkt internationalisering

Hoewel het beeld bestaat dat het Nederlandse zorgstelsel het internationaal goed doet, blijkt er nog veel te leren. Wij Nederlanders worden vaak geprezen vanwege het solidariteitsbeginsel en de kwaliteit van de geleverde zorg. Toch zijn er geen specifieke punten te noemen waarop ons stelsel als beste excelleert, zoals pas nog naar voren is gebracht door Mark Britnell, voorzitter van de Global Health Practice van KPMG, in een vergelijking van zorgsystemen in 25 landen<sup>7</sup>.

Om één simpele yardstick te nemen: Nederland komt wat betreft gemiddelde levensverwachting op een (redelijke) plaats 13; maar alleen in de Verenigde Staten zijn de bestedingen aan gezondheidszorg nog hoger dan bij ons. En in de periode 2003-2013 stegen alleen in Mexico de zorgkosten nog sneller.

Veel ruimte dus nog voor verbetering van zorg en het in de hand houden van kosten. Enkele voorlopende landen, zoals Singapore en de Nordics, laten zien dat hierbij een sleutelrol is weggelegd voor digitalisering. En doordat betrokken technologiebedrijven vaak grote internationale spelers zijn, krijgt dit vernieuwen, verbeteren en kennis uitwisselen vanzelf een dimensie op wereldwijde schaal.

In de toekomst wordt steeds meer lokaal gewerkt op basis van internationaal geldende inzichten en zorgstandaarden die continu worden verbeterd. Ziekenhuisketens en verzekeraars breiden nu al volop uit via deze route, vaak in samenwerking met partners uit het bedrijfsleven. **Mayo Clinic** is als voorbeeld breed bekend en wil in 2020 door 'knowledge sharing' tot wel 200 miljoen patiënten bereiken via het Mayo Clinic Care Network. Omgekeerd wil **IBM** kennis die is opgedaan in verschillende landen en ziekenhuizen direct beschikbaar maken op de werkvloer: met supercomputer Watson, waar al meer dan een miljard dollar in is geïnvesteerd<sup>8</sup>. **ParkinsonNet** is een mooi Nederlands voorbeeld van de verbinding van digitale technieken met zorgverlening, dat zich ervoor leent om op internationale schaal uitgerold te worden.

<sup>7</sup> Britnell, M., (2015), *In search of the perfect health system*, UK: Palgrave.

<sup>8</sup> <http://bigdata-madesimple.com/ibm-one-billion-investment-in-watson-focuses-on-big-data-and-artificial-intelligence>

Digitalisering helpt niet alleen om internationale best practices naar lokaal niveau te brengen, ook patiënten zelf steken de grens over voor hoge kwaliteit hoogcomplexere zorg. We zien dit bijvoorbeeld bij expertisecentra binnen het Europese referentienetwerk<sup>9</sup> en bij de Martini-Kliniek van het **Universiteitsziekenhuis Hamburg-Eppendorf**. Zij trekken in toenemende mate een internationaal publiek. Cross-border strategieën zien we ook bij andere vooraanstaande ziekenhuizen, zoals **Johns Hopkins** en **Karolinska**.

Digitalisering en internationalisering hebben ook impact op ondersteunende diensten. Beeldmateriaal, bijvoorbeeld, kan al lange tijd op afstand beoordeeld worden. Voor diagnostiek in het algemeen zijn superlaboratoria ontstaan, die op grote schaal hoogwaardige dienstverlening bieden tegen een betere prijs. Zo bediende **Thyrocare** sinds zijn oprichting in 1996 al meer dan een miljard burgers. Dit gebeurt in volledig geautomatiseerde labs met **Siemens**-technologie, een schaalbaar model dat nu ook sterke doorgroei buiten India mogelijk maakt.

De juiste strategische keuze voor (internationale) partners kan een sleutelfactor worden voor blijvend succes van een ziekenhuis. Dit is echter niet alleen een kwestie van 'kiezen', maar ook van (de juiste partner) kunnen verleiden. **Medtronic**, bijvoorbeeld, evalueert per land welke ziekenhuizen het meest kansrijk zijn in het toekomstige speelveld, en alleen met deze partijen worden de meest vooruitstrevende samenwerkingsverbanden aangegaan. Mee blijven spelen als aantrekkelijke partner in het zorgveld van de toekomst, waarbij concurrentie in toenemende mate ook mondiaal zal zijn, vraagt dus om sterke strategische keuzen in partnerships, maar ook om een proactieve strategie om speerpunten te ontwikkelen en profileren.

<sup>9</sup> VSOP, (2014), *Visiedocument Concentratie en Organisatie van Zorg*, <http://www.zorgstandaarden.net/zza/media/upload/pages/file/Visiedocument/Visiedocument%20Concentratie%20en%20Organisatie%20van%20Zorg%20februari%202014.pdf>

## IBM's Watson versterkt evidence-based behandelopties kankerzorg

In de zorg worden steeds meer patiëntdata geregistreerd en verzameld. Medische innovaties maken steeds meer mogelijk in termen van behandelingen. Voor een zorgprofessional is het onmogelijk om uit deze berg van informatie gericht nieuwe kennis tot zich te nemen en de patiënt advies te geven volgens de laatste inzichten. Informatietechnologie gaat daarom een steeds belangrijkere rol spelen.

**IBM's Watson** is een slimme en zelflerende zoekmachine. Watson combineert alle gegevens over een individuele patiënt met alle wereldwijd beschikbare informatie, inclusief resultaten van meest recent medisch onderzoek. IBM koopt ook zelf informatie, door bedrijven over te nemen, zodat Watson steeds meer kan 'zien'. En als Watson meer kan zien, ziet ook de zorgprofessional meer en worden patiënttrajecten effectiever en efficiënter. Doordat Watson moeiteloos analyses maakt van zowel populaties als individuen, wordt snel inzicht verkregen in algemene trends én in persoonlijke diagnose en interventies.

Uiteindelijk profiteert de patiënt zo van de best mogelijke zorg.

Met Watson naast de arts in de spreekkamer krijgt de patiënt een op zijn persoon toegespitste diagnose en behandeling. Watson heeft voor oncologische zorg intussen de eerste ervaring en specifieke kennis opgebouwd en levert evidence-based behandelopties voor klinici van het **Memorial Sloan Kettering Cancer Center**. Samen met ziekenhuizen wordt Watson nu doorontwikkeld.

[ibm.com/smarterplanet/us/en/ibmwatson/watson-oncology.html](http://ibm.com/smarterplanet/us/en/ibmwatson/watson-oncology.html)





Karolinska en Philips:

# Niet langer alles zelf

**Karolinska Universitetssjukhuset** is een groot academisch ziekenhuis in Stockholm en is wereldwijd voorloper in samenwerking met de medtechsector. Al anderhalf jaar is er een partnership met **Philips**. Wij spraken hierover met Karolinska's hoofd strategische innovatie, **Stefan Vlachos**.

Ook in Zweden, legt Stefan uit, stijgen de kosten van de gezondheidszorg te hard en is er een drang naar meer 'value-based' inkoop en levering van zorg. "Een ding wisten we zeker toen we hieraan begonnen: we kunnen, ook als academisch ziekenhuis, niet langer alles zelf doen. We hebben patiënten, we hebben medische staf en ondersteuning, maar wij kunnen niet de machines of technische toepassingen ontwikkelen die nodig zijn om de zorg te verbeteren. Vandaar dit partnership met Philips."

Hoe is dat precies ingericht? Stefan: "Er is een gedeelde verantwoordelijkheid, het contract heeft een gezamenlijke governancestructuur. Natuurlijk is er altijd een culturele spanning tussen een privaat bedrijf en een publiek bedrijf. En soms is het moeilijk om de grens te vinden tussen innovatie en wetenschappelijk onderzoek. Hoe de innovaties er precies uit gaan zien, is overigens nog te vroeg om te zeggen; we willen daar nu nog geen begrenzing in aanbrengen."

"Het hoofdgedeelte van het contract, ongeveer 85% van onze inkoopwaarde, betreft het leveren en managen van apparatuur door Philips. Zij geven niet de garantie dat de nieuwste apparatuur in ons ziekenhuis staat, maar wel de beste gezien ons eigen profiel."

Het tweede gedeelte betreft inkoop gericht op optimalisatie van zorgpaden voor beroertes. Dat tweede gedeelte trekt natuurlijk de aandacht, omdat het gericht is op een samenwerking direct in de verlening van zorg aan de patiënt."

"De verdeling van de financiële baten tussen Karolinska en Philips is als formule op zich een simpele:  $W \cdot Q \cdot Z$ , ofwel kostenreductie maal kwaliteitsverbetering maal verdeelsleutel. Het lastige stuk is hoe we dit allemaal meten, aan de hand van welke parameters. Het aanleveren van de onderliggende data is het aller-astigste stuk, en daar moeten we nog veel uitwerken."

Het partnership zit dus in de uitwerkingsfase, maar wat is op termijn de ambitie? Stefan: "Het is heel ambitieus. Feitelijk willen we voor de hele regio rondom Stockholm de zorguitkomsten verbeteren. Verder is het zo dat onze mensen uit de kliniek, die dicht bij de patiënt staan, Philips kunnen laten zien wat zij dagelijks doen, en aanwijzingen kunnen geven waar Philips zelf dingen kan verbeteren of research naar kan doen. Zo kunnen we een partij als Philips helpen zijn research-budgetten te optimaliseren, wat weer ten goede komt aan de patiënt."

“

Onze mensen uit de kliniek kunnen meedenken over waar Philips dingen kan verbeteren of research naar kan doen.”



**Stefan  
Vlachos**





3

Wat gebeurt  
er in  
Nederland?

Hoofdstuk 1 liet zien dat de ziekenhuiszorg in Nederland toe is aan nieuwe stappen, die niet langer meer zullen komen van fusies. In hoofdstuk 2 beschreven we belangrijke (internationale) zorgtrends die ook bij ons al voet aan de grond krijgen en de gevolgen hiervan voor strategieën van samenwerking.

Dit hoofdstuk laat zien dat nieuwe allianties er ook bij ons zijn, met een aantal mooie voorbeelden. Onze focus in dit hoofdstuk ligt op samenwerking tussen ziekenhuizen en het bedrijfsleven. Tegelijkertijd constateren we dat de realiteit leert dat veel ziekenhuizen nu nog vooral kijken naar samenwerking met andere ziekenhuizen.

### Samenwerking met het bedrijfsleven in opkomst

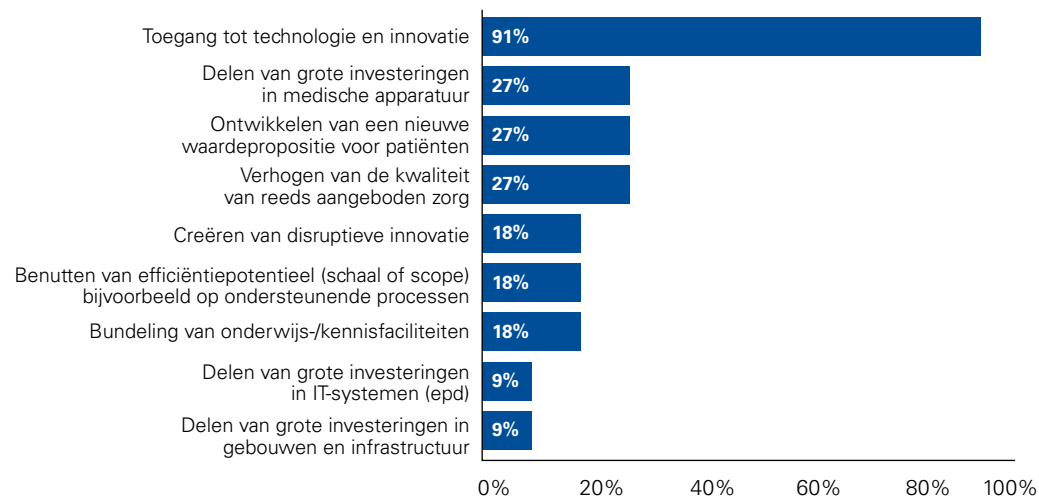
In de vier jaar dat deze publicatie bestaat, was meer dan de helft van de Nederlandse ziekenhuizen betrokken bij een fusie. Maar fusies tussen ziekenhuizen komen steeds lager op de agenda: het aantal neemt af. Kwamen er in onze vorige aflevering *Wie doet het met wie* nog 7 fusies tot stand en waren er 6 voorgenomen fusies, in de onderzoeksperiode voor aflevering 2016 kwamen er 4 fusies tot stand en zijn er 3 voorgenomen fusies. Dat is bijna een halvering van het aantal

fusiebewegingen. Maar de samenwerkingstrend is niet voorbij. Naast het aantal min of meer gedwongen overnames wordt er steeds meer samengewerkt met andere partijen in de keten. Onze enquête laat zien dat meer dan de helft van alle ziekenhuizen afspraken heeft met huisartsen, huisartsenposten, verloskundigen en verpleeghuizen. Samenwerking met andere partijen binnen de keten is hiermee gemeengoed geworden.

Dit keer vroegen we voor het eerst ook naar samenwerkingspartners buiten de traditionele zorgketen. Met als opvallende uitkomst dat een aanzienlijk deel van de ziekenhuizen (37,5%) al één of meerdere van dergelijke partners heeft. De veruit belangrijkste drijfveer (91%, zie figuur 3.1) is toegang tot technologie en innovatie. De voorbeelden van HagaZiekenhuis en Karolinska laten zien dat deze initiatieven inspirerend en impactvol zijn.

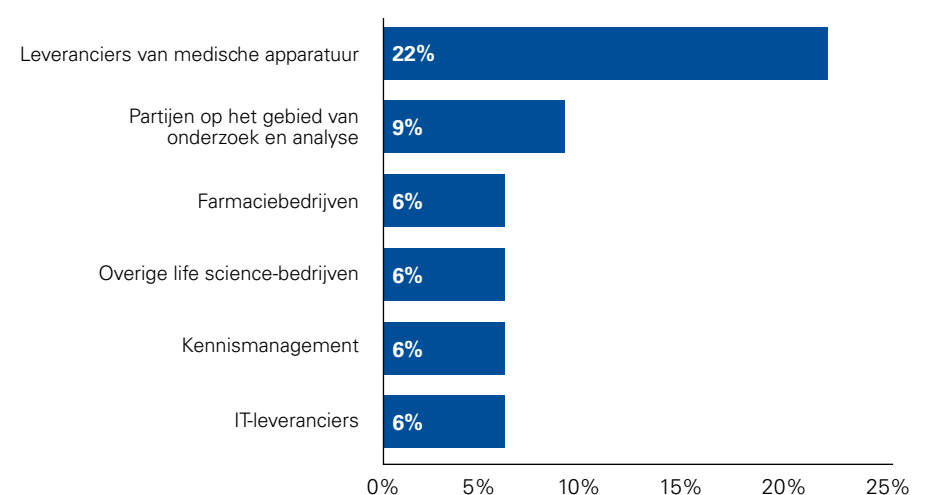
**Figuur 3.1**

Belangrijkste doelstellingen van samenwerkingen buiten de keten



**Figuur 3.2**

Samenwerkingspartners buiten de keten





We zien vooral veel samenwerking met leveranciers van medische apparatuur (zie figuur 3.2). Deze partnerships variëren van leveren van apparatuur tot aan procesverbetering en gezamenlijke innovatie. Hoe het **HagaZiekenhuis** dit met onder andere **Medtronic** oppakt bij cardiologie, leest u op pagina 34.

Ook worden samenwerkingen genoemd met partijen op het gebied van onderzoek en analyse, farmaciebedrijven, overige life science-bedrijven, partners op het gebied van kennismanagement en IT-leveranciers. Het **Slingeland Ziekenhuis**, **Sensire** en **FocusCura** werken bijvoorbeeld samen om COPD- en hartfalenpatiënten thuismonitoring aan te bieden. Hierdoor nam in deze doelgroepen het aantal polikliniekbezoeken en heropnames af met

respectievelijk 26% en 28%. De patiënten zijn enthousiast: ze voelen zich zelfstandiger en ervaren minder klachten. Meer hierover op pagina 42.

**Radboudumc** zoekt samenwerking op met een diversiteit aan partners buiten de keten. Dit doet het vanuit het **REshape Center**, een aparte kraamkamer voor innovatie met als doel meer waarde voor de patiënt. Door inzet van technologie vervalt een flink stuk van het reguliere poli-werk, waardoor ook een deel van de omzet vervalt. Hoe om te gaan met de effecten daarvan wordt met zorgverzekeraars besproken. De oplossing ligt steeds meer in shared savings- én meerjarenafspraken. Op pagina 30 vertellen Leon van Halder, bestuursvoorzitter Radboudumc, en Lucien Engelen, directeur

van REshape, meer over de filosofie, projecten en financiering van REshape.

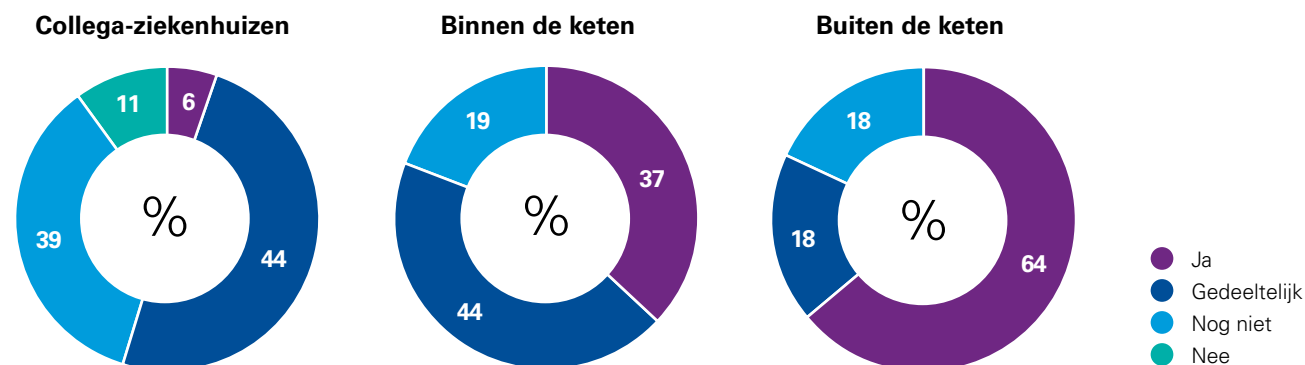
### Samenwerking buiten de keten geeft snel resultaten

Per specifieke vorm van samenwerking (met collega-ziekenhuizen, binnen de keten, buiten de keten) hebben wij uitgevraagd in welke mate de doelstellingen zijn behaald (zie figuur 3.3). Bij een ruime meerderheid van de samenwerkingen buiten de keten zijn de doelen helemaal behaald (64%). Bij samenwerking binnen de keten is dit percentage kleiner (37%) en is vaker sprake van gedeeltelijk halen van de doelen.

Maar zowel bij samenwerking binnen als buiten de keten worden opvallend vaker de doelstellingen behaald dan bij samenwerking met collega-ziekenhuizen. In deze laatste samenwerkingen zien we vooral gedeeltelijk halen van doelstellingen (44%) en is verder opvallend vaak sprake van nog niet of zelfs niet halen van doelen. Het adagium lijkt te gelden dat 'hoe uiteenlopende de karakters van de samenwerkingspartners, hoe beter de doelstellingen worden gehaald'.

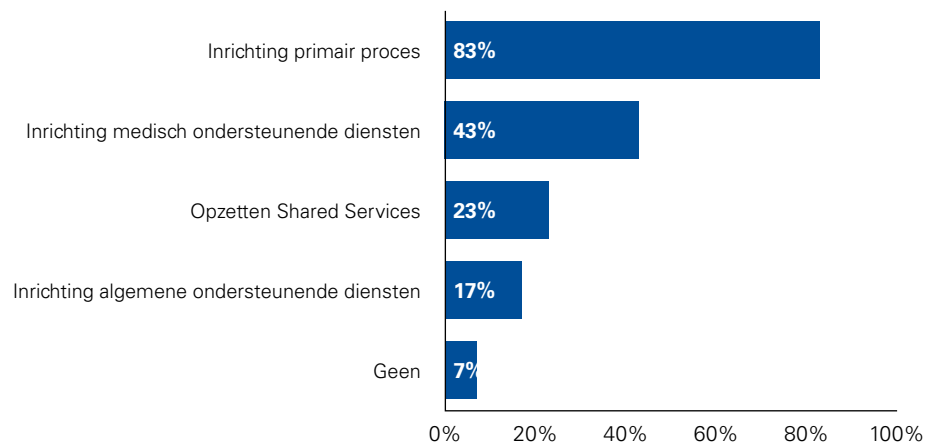
Dat laatste is niet verwonderlijk: een complete ziekenhuisfusie is een veel bredere beweging dan een gerichte samenwerking met een speler van binnen of buiten de keten. Samenwerking anders dan met ziekenhuizen betreft bovendien vaak kleinschalige experimenten. Maar ook als we rekening houden met verschillen in complexiteit en doorlooptijd, springt vooral het succes bij samenwerkingen buiten de keten er positief uit. Onze gesprekspartners in interviews herkenden dit. Een belangrijke oorzaak is volgens hen dat organisaties en diensten bij samenwerking buiten

**Figuur 3.3**  
Mate waarin doelstellingen zijn behaald bij samenwerkingen



**Figuur 3.4**

Waar verwachten bestuurders de komende twee jaar grote verandering/transformatie?



de keten eerder aanvullend zijn dan overlappend. Verder worden cultuurverschillen tussen de eigen organisatie en een partij van buiten de keten vaak als ‘frisse wind’ ervaren. Terwijl bij een fusie juist het gevoel overheerst dat samenwerking ten koste gaat van de eigen identiteit.

### Samenwerking met andere ziekenhuizen nog hoog op de agenda

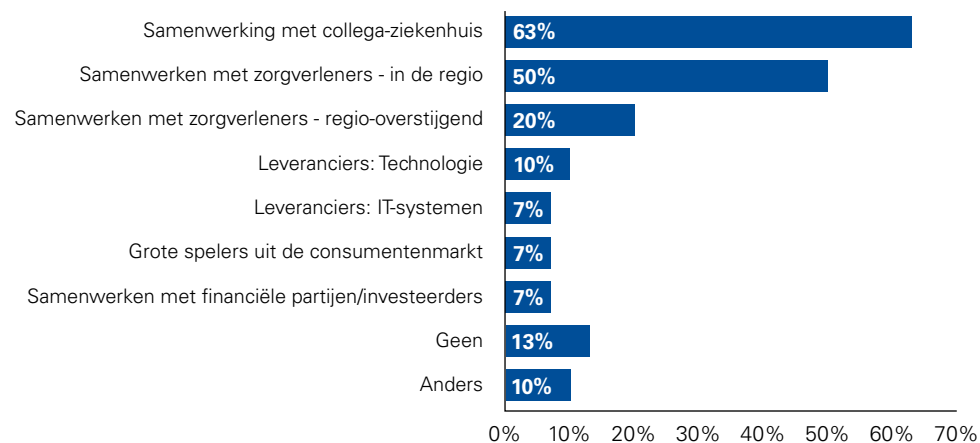
In de sector gonst het van verhalen over interessante nieuwe allianties, en het belang van (technologische) innovatie wordt breed erkend. In haar *Visiedocument 2020* constateert de **Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen** dan ook dat ziekenhuizen meer zouden moeten investeren in ICT en minder in stenen.

Toch blijft bij de meeste ziekenhuizen samenwerking met andere ziekenhuizen bovenaan de agenda staan. Dat lijkt ook beïnvloed te worden door de aard van veranderingen die de komende twee jaren verwacht worden en de – nog – traditionele beelden van de partners met wie die veranderingen gerealiseerd kunnen worden.

Op welke dimensies wordt dan de komende twee jaar die grote verandering verwacht? Inrichting van het primaire proces wordt door bestuurders in onze enquête veruit het meest genoemd (83%, zie figuur 3.4). Een collega-ziekenhuis is met 63% de meest gewenste samenwerkingspartner om deze transformatie te

**Figuur 3.5**

Meest gewenste vormen van samenwerking voor deze transformaties



realiseren (zie figuur 3.5). Spelers van buiten de zorgketen worden nog maar weinig genoemd.

Ondanks alle trends die op de zorg afkomen (zoals genoemd in hoofdstuk 2) en het aanstormende belang van samenwerking buiten de keten laat de praktijk van alledag andere prioriteiten zien. De vraag is of de bestuurders van de Nederlandse ziekenhuizen zich daarmee voldoende equiperen voor een duurzame toekomst. Er zijn scherpere keuzen en meer fundamentele veranderingen nodig om in de toekomst een stevige speler in de zorg te blijven.



A microscopic image of tissue, likely from a medical specimen, showing cellular structures and a central cavity. The image is in shades of purple and pink, with a blue overlay on the right side where the text is located.

# Radboud en REshape Center: Vrijstaat binnen ziekenhuis

Het **Radboudumc** gelooft niet in fusies, maar in samenwerking, om zo nog betere resultaten voor patiënt en maatschappij te bereiken. Betere kwaliteit van zorg leveren lukt vooral door je open te stellen voor innovatie en voor invloed van (technologie) partijen die ook buiten de zorg actief zijn. **REshape Center**, onderdeel van Radboudumc, is bedoeld om deze interactie te bevorderen. **Leon van Halder**, bestuursvoorzitter Radboudumc, en **Lucien Engelen**, directeur REshape Center, vertellen hierover.

“Voor ons blijkt het een gouden formule”, zegt Leon, “om voor innovatie een aparte kraamkamer te creëren. Een unit waar niet alleen gepraat wordt over innovatie, maar waar het ook echt gebeurt. Die rechtstreeks rapporteert aan de raad van bestuur, en continu uit de afdelingen ideeën ophaalt.”

Lucien: “Het REshape Center moest een vrijstaat binnen Radboudumc zijn, waar uitwisseling van expertise vooropstaat en mensen verandering kunnen ‘aanraken’ via projecten, pilots, et cetera.” De filosofie van REshape vat Lucien in drie punten samen:

- *Digital first, physical next.* REshape gelooft in de kracht die technologie patiënten kan geven om zelf ‘in control’ te komen. ‘Digital’ moet hierbij de default worden, net als bij (tele)bankieren.
- *Become obsolete.* Dingen radicaal durven aanpakken, in plaats van alleen voortschrijdende verbetering. Deze mindset maakt grotere stappen mogelijk.
- *If we won’t, others will.* Op lange termijn is onontkoombaar dat zorg radicaal anders wordt ingericht. Het is naïef om te denken dat als je zaken niet zelf radicaal anders aan wilt pakken, anderen dit dan óók niet gaan doen.

REshape kiest zijn activiteiten op basis van vooral patiëntenfeedback, eigen inzicht, thema’s die externe partijen aandragen en de strategie van het huis.

Het academisch profiel van het Radboudumc moet hierbij worden behouden en aangescherpt, aldus Leon.

Lucien: "Partners uit de industriële wereld doen graag zaken met REshape, om zo legitimatie voor hun producten te krijgen. De criteria waarop wij selecteren zijn vertrouwen & chemie, zakelijke betrouwbaarheid, en aansluiting bij onze agenda."

"Het uitwerken van projecten gebeurt in KSG'tjes: Kleine Slimme Groepjes van dokters en externe stakeholders die samen nieuwe concepten ontwikkelen in een proces van dertig dagen. Daarna wordt samen met de raad van bestuur bepaald of er een vervolgstap wordt gemaakt."

Gevraagd naar succesvolle voorbeelden van samenwerking, noemt Leon aanprekende partijen als Apple, Google, Philips en Medtronic. "Een specifiek voorbeeld is Facetalk, een service waarmee een beveiligde videoverbinding kan worden gelegd tussen een patiënt en een arts of tussen zorgverleners onderling. Sommige routinecontroles kunnen we daardoor op afstand uitvoeren. We zijn begonnen met de nacontrole op schisis-operaties: we hebben deze polibezoeken hiervoor met 70% teruggedrongen, door nacontrole digitaal te doen met camerabeelden. Dat is bijzonder, niet door de techniek zelf maar door de bereidheid van artsen, naast die van patiënten, om mee te werken en zo een stuk van hun verdiensten te laten vallen. Hierover wordt met zorgverzekeraars gesproken."

Lucien noemt als voorbeeld: "Samen met een technologiepartner hebben we onderzocht hoe we met 3D-printing patiënten beter kunnen helpen bij beslissingen over complexe operaties. Gewone MRI-beelden zijn vaak moeilijk te begrijpen. Een '3D-hardcopy' geeft meer inzicht en maakt het voor de specialist makkelijker om uit te leggen wat de risico's zijn van een behandeling."

Voor Lucien is een grote uitdaging: het verder doorbreken van de 'kleilaag' van professionals die weerstand bieden aan disruptieve verandering. "Veel moeite wordt daarom gedaan om medici zo nauw mogelijk te betrekken in de projecten. En om 'pareltjes' te vinden aan projecten met een ambitie binnen het Radboudumc en binnen ons netwerk, waardoor de goodwill voor vernieuwing wordt vergroot."

Leon en Lucien zien 2016 als een omslagjaar, waarin innovatie en digitalisering een grote vlucht zullen nemen en het denken zal veranderen van graduele verbeteringen binnen het academische systeem naar disruptieve en misschien exponentiële veranderingen met input van buiten het systeem. Technologische innovaties en digitalisering zullen in het zorgsysteem meer en meer hun intrede gaan doen. Ook in het primaire proces.



Partners uit de industriële wereld doen graag zaken met REshape, om zo legitimatie voor hun producten te krijgen. ”



**Leon  
van Halder**



**Lucien  
Engelen**

The background of the slide is a microscopic image of cells. The left half of the slide has a solid dark blue background with a pattern of lighter blue, circular, out-of-focus cells. The right half of the slide has a white background with a pattern of purple, circular, out-of-focus cells. The text is overlaid on the blue background on the left.

4

# Polygamie wordt de norm



Internationaal zijn stevige veranderingen in de zorg gaande die ook in Nederland voet aan de grond krijgen. Het spel is op de wagen. Langs de as van digitalisering, transparantie, internationalisering en regie door de patiënt veranderen en verschuiven zorg en het proces van zorgverlening. In dit hoofdstuk geven wij onze visie op hoe ziekenhuizen hierop in hun samenwerkingsagenda moeten anticiperen. En laten we zien wat in het zorgstelsel moet veranderen om deze beweging te faciliteren.

### **Ingeslagen weg leidt naar grote verschuivingen**

Als de huidige trends doorzetten, is het goed mogelijk dat over tien jaar de term ziekenhuis min of meer begraven is en dat 'zorg op maat' de norm is, daadwerkelijk opgebouwd vanuit de patiënt. De basis wordt dan: veel zorg thuis, met monitoring en support op afstand. Zorgcentra in de buurt leveren ondersteuning bij eenvoudige zorgvragen. En als complexe interventies en/of behandelingen nodig zijn, kan dit in één van de twintig tot dertig complexe-interventiecentra waar relevante kennis geconcentreerd is.

Op alle niveaus wordt gebruikgemaakt van internationale kennis en zorgstandaarden. De visie van **Medtronic** gaat zelfs nog een stap verder. Bart van de Kerkhof, Country Director Sales Nederland, zegt: "Sommige complexe zorg zou niet meer op landelijke basis ingevuld moeten worden, maar op Europese schaal."

Ook wordt een steeds groter deel van de zorg via de consumentenmarkt geleverd. Hiermee krijgen internationale commerciële spelers een veel grotere rol. De bedragen die bedrijven als **IBM, Google, Philips** en **Apple** investeren in hun entree in de zorgmarkt zijn nu al duizelingwekkend. Naarmate het succes van hun producten in de zorgmarkt toeneemt, zal de balans tussen het commerciële en het publieke domein in de zorg steeds meer opschuiven.

### **Ziekenhuizen, besteed meer aandacht aan nieuwe allianties**

Fusies slokten de afgelopen jaren veel tijd en aandacht op van bestuurders en professionals in ziekenhuizen. Maar in het licht van trends als internationalisering, focus op waarde en allianties met het bedrijfsleven zijn juist ook andere vormen van samenwerking belangrijk. We adviseren ziekenhuizen daarom om veel meer energie te steken in allianties met nieuwe partijen. Polygamie wordt de norm.

Welke allianties precies passend zijn, hangt natuurlijk af van de positie die een ziekenhuis in het nieuwe zorgveld nastreeft. Maar ieder ziekenhuis zou in ieder geval een concrete samenwerkingsstrategie moeten hebben op drie terreinen, die wij signaleren en benoemen als: *intelligent insourcing*, *innovative development* en *integrated delivery*.

#### **Intelligent insourcing**

Wij spreken van intelligent insourcing als ziekenhuizen via het aangaan van allianties niet alleen de beschikking krijgen over state-of-the-art technologie, maar ook worden ondersteund bij de implementatie hiervan in hun processen, tegen een aantrekkelijke prijs. Winst ontstaat als samenwerkingspartners resources beter kunnen managen dan het ziekenhuis.

Voorlopers op dit vlak zijn de grote leveranciers van medische apparatuur: Philips, Siemens en Medtronic, die samenwerken met een aantal internationaal voor-aanstaande zorgaanbieders. Wereldwijd verleggen zij hun focus van het leveren van apparaten naar het leveren van een goed werkende infrastructuur. Zij gaan contracten aan die hen verplichten om de beste apparatuur te leveren, ook als die van een andere leverancier is. En ze gaan contracten aan waarin ze behalve apparatuur ook procesoptimalisatie leveren, of de infrastructuur van (delen van) het ziekenhuis managen. Op pagina 34 geeft Medtronic meer inzicht in zijn strategie op dit vlak. Intelligent insourcing is overigens niet alleen voorbehouden aan partners uit de medtech-hoek.

Ook voor IT-, life science- en farmabedrijven liggen hier veelbelovende mogelijkheden. Denk bijvoorbeeld aan een farmaceut die zich richt op specifieke ziektege-bieden en samenwerkt met een ziekenhuis dat zich langs dezelfde lijn specialiseert en profileert.

#### **Innovative development**

Een tweede vorm van samenwerkingsstrategie is innovative development. Hierbij staan leveranciers van techniek in veel nauwer contact met medische professionals op de werkvloer. In gezamenlijk onderzoek kunnen zij hoogwaardige technologische kennis en diepgaande medische kennis combineren.

Haga, Medtronic en St. Jude:

# Mindset is veranderd

Het **HagaZiekenhuis** is actief in nieuwe allianties. Zo sloot het ziekenhuis in 2012 al een partnership met Siemens, voor onder andere beeldvormende technologie (een voorbeeld van intelligent insourcing). Het Hartcentrum heeft een bijzondere relatie met **Medtronic** en **St. Jude Medical**, leveranciers van medische technologie. Cardioloog **Marco Götte** en **Chiel Huffmeijer**, voorzitter van de raad van bestuur van de Reinier Haga Groep (waarvan het HagaZiekenhuis onderdeel is), lichten toe.

De samenwerking met Medtronic en St. Jude Medical is een initiatief van Marco Götte. Om het Hartcentrum op een hoger plan te krijgen, is in de visie van Chiel een langetermijnrelatie met leveranciers nodig.

“Elk jaar wordt er onderhandeld tussen ziekenhuizen en leveranciers over de inkoopafspraken. Dit kost veel tijd, en de zorg wordt er niet beter van. Ik voer liever een zorginhoudelijke discussie dan dat ik praat over staffelkorting.”

Deze samenwerking is niet zomaar ontstaan. Er is veel energie en tijd in gestoken om aan de hand van een strenge selectie de juiste samenwerkingspartners aan het Haga te binden. Vanuit het Hartcentrum is begin 2012 het idee ontstaan. Na wekelijkse sessies om tot de juiste formatie te komen, is eind 2014 allereerst de regionale raamovereenkomst (tussen zeven ziekenhuizen en vier leveranciers) tot stand gekomen, met ondersteuning van ZorgXL. Marco: “De raamovereenkomst heeft voor rust gezorgd, waardoor vervolgens de inhoudelijke discussie gevoerd kon worden en tot slot de verdiepingsslag werd gemaakt om tot een partnership te komen. Uit deze gesprekken is in 2015 de huidige vorm van samenwerking gerealiseerd.”

Het partnership heeft twee scharnieren. Allereerst zijn Medtronic en St. Jude Medical preferred suppliers. Beide bedrijven op hun beurt ondersteunen het Hartcentrum in het optimaliseren van het primaire zorgproces en in het optimaal gebruik van de technologie. Marco: “Hierdoor verandert meer dan alleen de

kwaliteit van de patiëntenzorg. De mindset is veranderd: van de bedrijfsmatige en doelgerichte aanpak van de consultants kunnen wij veel leren.”

Het tweede element is dat het Haga voor de leveranciers een omgeving biedt voor ontwikkelen en testen. Zo ontstaat een innovatielab, waarmee Haga zich kan positioneren als expertisecentrum. Het werkt ook als intern vliegwiel. Chiel: “Door zulke projecten zien mensen dat als je een goed idee hebt, hier ruimte is om het uit te voeren. Een stimulans dus voor innoveren.”

Bijzonder aan dit partnership is dat twee onderling concurrerende leveranciers binnen het partnership een gelijkwaardige bijdrage leveren. De partijen werken samen in een driehoek die tot allerlei synergieën leidt. Marco: “Ze gunnen de ander een plek in het ziekenhuis. Dit brengt balans in het systeem en ze houden elkaar en ons scherp.”

Voor Haga blijven resultaten niet uit. Zoals goede inkooprijzen voor meerdere jaren, wat een grote besparing betekent. En veel nieuwe kennis, door het samenwerken met consultants op het gebied van projectmanagement en het optimaliseren van het primaire proces. Het belangrijkste, benadrukken Chiel en Marco, is dat de patiëntenzorg verbetert. Chiel: “Door de innovaties daalt het aantal complicaties en heroperaties. Dat is niet alleen kostenefficiënt, maar vooral een grote verbetering voor de patiënt.”

Bij de totstandkoming van de samenwerking met Medtronic en St. Jude Medical gaf de raad van bestuur van Haga veel ruimte en vertrouwen aan het Hartcentrum. Chiel geeft het belang hiervan aan, maar ziet ook dat dit niet altijd door de rest van de organisatie werd begrepen. “Het is lastig om ruimte te creëren voor een specifiek iemand of vak, door competentiestrijd met andere specialismen. Die vragen zich af: waarom ik niet?”

Marco benadrukt ten slotte het belang van betrokkenheid van de zorgprofessionals: “Partnerships in de zorg werken alleen als zij de kar trekken. De professional moet centraal staan.”



Primaire proces wederzijds versterkt: betere oplossingen voor ziekenhuis, snellere en relevantere R&D voor techpartners. ”



**Marco  
Götte**



**Chiel  
Huffmeijer**



Verder wordt de onderzoek- en innovatiecultuur uit het bedrijfsleven ingebracht in de ziekenhuisomgeving. Zo krijg je nieuwe oplossingen die goed aansluiten bij de praktijk. Deze 'agile' manier van werken zorgt ervoor dat R&D-geld effectiever wordt ingezet en implementatie makkelijker verloopt. Hoe het **Karolinska** ziekenhuis in Zweden en **Philips** deze samenwerking vormgeven, leest u op pagina 24. Maar ook het Nederlandse **HagaZiekenhuis** geeft via de samenwerking met **Medtronic** en **St. Jude Medical** invulling aan gezamenlijke innovatie en ontwikkeling.

### Integrated delivery

De voorgaande twee vormen van vernieuwing spelen zich binnen de entiteit 'ziekenhuis' af. Maar vooral voor chronische zorg is een bredere vorm van innovatie nodig, met de nadruk op verplaatsen van (een deel van) de zorg naar huis. Deze integratie van verschillende vormen van zorg en technologie noemen wij integrated delivery. De al genoemde samenwerking tussen **Slingeland**, **Sensire** en **FocusCura** (zie pagina 42) is hier een mooi voorbeeld van. Dit experiment staat zeker niet op zich; er zijn tal van andere voorbeelden, zoals een samenwerking tussen Philips en zes ziekenhuizen rondom hartfalen en het initiatief van het **Erasmus MC**, **Laurens** en **Mediq Tefa** om thuis chemotherapie te geven.

### Ga niet voor start-up, maar voor scale-up

Ons advies is niet om alleen maar klein te experimenteren met deze innovatieve allianties. Het is nú al het moment om krachtig door te zetten, pionier in verdere innovatie te zijn, niet achter te blijven terwijl andere ziekenhuizen een onoverbrugbare voorsprong nemen.

De stappen die genomen moeten worden naar een nieuwe manier van zorg aanbieden zijn zo ingrijpend dat een incrementele route *too little too late* zal blijken. Op alle genoemde vlakken is er in binnen- en buitenland al veel relevante pilot-ervaring. Voldoende om nu aan een opschalingsagenda te werken.

Ziekenhuizen hebben de instrumenten voor deze scale-ups grotendeels in eigen hand. Intelligent insourcing en innovatieve development passen goed in ons huidige zorgstelsel en de financiering daarvan. Sterker nog, ze kunnen een boost geven om de financieringsbehoefte van ziekenhuizen te flexibiliseren en te verminderen. Een uitdaging is wel dat ook het managen van het heden veel aandacht vergt. Uit deze publicatie, en ook uit eerdere afleveringen van *Wie doet het met wie*, blijkt bijvoorbeeld dat een groot deel van de ziekenhuizen nog midden in een fusie zit en druk doende is de effecten daarvan te verzilveren.

Het goede nieuws is dat nieuwe allianties rondom intelligent insourcing of innovatieve development kunnen helpen bij postfusie-integratie. Gezamenlijk iets nieuws neerzetten motiveert meer dan compromissen zoeken tussen twee bestaande situaties.

Een grotere uitdaging is het opschalen van integrated delivery. Een gevoelig punt hierbij is natuurlijk dat verschuiving van zorg naar huis leidt tot substantieel productie- en inkomstenverlies voor ziekenhuizen en medisch specialisten. Voor een ziekenhuis lijkt het daarom aantrekkelijk om het opschalen op dit vlak zo lang mogelijk uit te stellen. Maar omdat de beweging onafwendbaar is, levert zelf de lead nemen op de

langere termijn meer resultaat op. Duidelijk mag zijn dat ziekenhuizen hierbij niet alléén de handschoenen kunnen opnemen. Verzekeraars en toezichthouders moeten veel actiever na gaan denken over hoe ze de verschuiving van zorg ook financieel gaan laten landen zonder dat er 'ongewenste gaten' vallen in de zorginfrastructuur.

### Ziekenhuizen, scherp de fusieagenda aan

Ons advies aan ziekenhuizen is niet om de fusieagenda helemaal te laten varen. Fusies dragen bij aan het aanscherpen van zorgportfolio's en het creëren van schaal. Ze kunnen een grote rol spelen in het tot stand komen van de genoemde twintig à dertig complexe-interventiecentra. (Lees ook over de concentratie van spoedeisende zorg in Denemarken op pagina 44.) Maar dan moet hierop wel gericht worden ingezet. Fusies en overnames kunnen daarnaast ook bijdragen aan het toegankelijk houden van zorg in dunbevolkte gebieden.

Nu wordt bij fusies vooral veel tijd en aandacht besteed aan het integreren van de bestaande werkwijzen. Dit leidt snel tot een gevoel van winnaars en verliezers. Verschuivingen in portfolio komen tot stand, maar moeizaam. Dit vraagt zo veel aandacht dat de innovatie-agenda voor jaren op een lager pitje kan komen te staan. De komende tijd kunnen ziekenhuizen zich dit niet langer veroorloven. Wat nu nodig is, is bij fusies gezamenlijk een stap vooruit zetten. Met als basis een realistisch toekomstbeeld, waarin wordt uitgesproken dat veel van de huidige werkwijzen linksom of rechtsom zullen verdwijnen. Verder: beperk de samenwerking niet tot alleen de fusiepartner, maar zoek gezamenlijk naar vernieuwing in partnership met een derde partij.

Zoals door intelligent insourcing en/of innovatieve development. Dit vraagt meer van betrokken professionals. Het kan extra spanning geven rond de invulling van het medisch vak en rond volume en inkomen van specialisten. Maar het is ook motiverend vanuit de kern van het vak: de beste zorg leveren aan patiënten.

### Het systeem moet anders

Ziekenhuizen die vol willen gaan voor concentratie van complexe zorg en/of voor integrated delivery voor chronische zorg lopen tegen obstakels op. Voor concentratie van complexe zorg is het lastig dat veel systeempartijen zoals overheid, toezichthouders en verzekeraars zorg nog als een Nederlandse of zelfs lokale aangelegenheid zien. Discussies rondom mededinging zouden anders kunnen lopen als complexe zorg wordt gezien als een internationale markt, maar vooral ook als een markt waarin transparantie op uitkomsten gaat leiden tot echte keuzevrijheid én reisbereidheid van patiënten. Als die transparantie-agenda slaagt en patiënten hun vrijheid om te kiezen voor kwalitatief hoogwaardige zorg ook echt benutten, kunnen zorgverzekeraars een switch naar een kleiner aantal complexe-interventiecentra veel actiever stimuleren of zelfs regisseren, zonder dat daarmee wenselijke concurrentie tussen aanbieders in de wielen wordt gereden.

Bij integrated delivery lopen ziekenhuizen en hun partners er vooral tegenaan dat het zorgstelsel nu primair is gericht op individuele zorginstellingen in plaats van op integrale zorg. Terwijl integrated delivery juist opbloeit bij bijvoorbeeld integrale bekostiging op uitkomsten. **Marian Kaljouw**, bestuursvoorzitter van

de **Nederlandse Zorgautoriteit**, zegt hierover: “Onze beleidsregels zijn niet integraal van opzet. De NZa zelf is ook monodisciplinair ingericht. Ook wij moeten dus vernieuwen, met als uitgangspunt: de burger centraal.”

**Ronnie van Diemen, inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg**, voegt hieraan toe: “Ons toezicht moet zich veel meer richten op samenwerking, tussen zorgverleners en met andere partijen, in plaats van alleen op individuele instellingen.”

In het gezamenlijk interview dat zij voor deze publicatie gaven (zie volgende pagina), zeggen Marian Kaljouw en Ronnie van Diemen verder: “Decentralisatie zorgt voor een heel nieuwe beweging, in care én cure, met de burger als uitgangspunt. Dat is ook nodig, want het denken is nu nog vaak erg aanbodgericht. Het aanbod past niet meer bij de vraag. Maar de omslag is al begonnen, en wordt een mega-exercitie die onomkeerbaar is.”

Deze beweging vraagt verandering van veel partijen, met onderling grote afhankelijkheden. Bijna alle geïnterviewde ziekenhuisbestuurders geven aan dat er daarom behoefte is aan stevige regie, door de politiek of zorgverzekeraars. Maar tegelijkertijd verwachten ze niet dat die er gaat komen, “want dat past niet in ons huidige systeem en onze cultuur”.

Opvallend in deze hele discussie vinden we overigens dat de rol van de zorgverzekeraar als de regisseur in dit proces steeds minder genoemd wordt. Tien jaar na de introductie van de Zorgverzekeringswet en het nieuwe stelsel lijkt het erop alsof de rol van de zorgverzekeraar hierbij niet uit de verf is gekomen.

Er is dus grote kans dat iedereen op ‘de regie’ gaat wachten en er te weinig echt gebeurt. Dit terwijl internationale bewegingen en ontwikkelingen in de consumentenmarkt niet zullen stoppen. Nederlandse zorgaanbieders en beleidsmakers riskeren hierdoor dat ze de komende jaren vooral achter ontwikkelingen aan gaan lopen.

Het is interessant om te zien hoe in Scandinavië het goede voorbeeld wordt gegeven. Op de vorm en het tempo zit veel regie. In Noorwegen is de ziekenhuissector al ingrijpend geherstructureerd. Telde het land in 1999 nog 55 afzonderlijke ziekenhuizen, in 2011 waren die opgegaan in 21 health enterprises. Op dit moment is de overheid bezig om binnen die health enterprises op basis van schaalgrootte te komen tot een reallocatie van complexe en acute zorg. Daarmee gaat het Noorse fusieproces gepaard met een volgende stap in de rationalisatie van de zorginfrastructuur. Ook in Denemarken is het aantal ziekenhuizen sterk omlaag gebracht, in een proces van krachtige top-down sturing door de overheid (zie pagina 44).

Wij menen dat de gewenste omslag geen allesomvattende regie ‘Chinees stijl’ vereist, maar juist een moderne samenwerking in een netwerk van organisaties. Heldere doelen en een heldere rolverdeling zijn dan essentieel. Het zou prachtig zijn als de betrokken partijen de kans grijpen om deze afspraken te maken in een beleidsrijk zorgakkoord.

# NZa en Inspectie: Mega en on- omkeerbaar

**Marian Kaljouw**, voorzitter van de raad van bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), en **Ronnie van Diemen**, inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg (IGZ), zitten samen in het nieuwe stadskantoor van Utrecht. Buiten is de herziening van Utrecht Centraal in volle gang, binnen is het thema de herziening van de zorg.

Ronnie ziet een grote verandering: “Decentralisatie zorgt voor een heel nieuwe beweging, in care én cure, met de burger als uitgangspunt. Dat is ook nodig, want het denken is nu nog vaak erg aanbodgericht.” Marian vult aan: “Het aanbod past niet meer bij de vraag. Maar de omslag is al begonnen, en wordt een mega-exercitie die onomkeerbaar is.”

Beiden bevestigen meteen dat bestaande scheidslijnen geen stand houden. Patient empowerment groeit; rollen van bestaande spelers, en ook hun budgetten, verschuiven. Nieuwe technologie, nieuwe spelers en nieuwe samenwerkingsverbanden vernieuwen het zorgaanbod; zorgnetwerken worden belangrijker dan afzonderlijke instituties.

Welke rol spelen NZa en Inspectie zelf? Marian: “Onze beleidsregels zijn niet integraal van opzet, ook de NZa zelf is monodisciplinair ingericht. Ook wij moeten dus vernieuwen, met als uitgangspunt: de burger centraal.”

Ook de Inspectie staat voor een grote stap. Nu focust het toezicht nog op afzonderlijke zorgaanbieders. “Maar”, zegt Ronnie, “we zijn bezig met een pilot waarin we enige tientallen cliënten volgen in de zorgverlening die ze krijgen. Patiënten lopen risico’s op alle schakelpunten in de zorg. Ons toezicht moet zich daarom meer richten op samenwerking, tussen zorgverleners onderling en met andere partijen, in plaats van alleen op individuele instellingen.”



De NZa wil ook een andere sfeer rond het toezicht. Marian: "We zijn nu vooral waakhond achteraf. Dit voedt wantrouwen, terwijl we juist toe moeten naar: gefundeerd vertrouwen. Dus meer focus op voorkomen dan op controle achteraf."

Ronnie: "Lerend vermogen is heel belangrijk in de zorg. En in een sfeer van wantrouwen leert men niet." Ook de Inspectie wil toezicht met een breder begrip van kwaliteit. Lag de afgelopen tien jaar de nadruk op veilige zorg, nu is er daarnaast ook 'aandacht voor aandacht', dus voor de omgang tussen zorgverlener en patiënt.

Dat veranderingen nog steeds in de kinderschoenen staan, komt doordat prikkels verkeerd staan. We moeten naar integrale tarieven, uitkomstengebaseerd. De aangewezen partij om dit te sturen zijn de zorgverzekeraars; maar van hen kun je dat niet verwachten. Marian geeft aan: "Zorgverzekeraars worden regelmatig geconfronteerd met monopolisten, door fusies zien we te machtige grote spelers."

"We moeten overwegen", zegt Marian, "om een stip te zetten over tien jaar, en dan samen alle effort stoppen in: hoe komen we van A naar B? En hoe geven we het veld het comfort om mee te werken, en maken we de onzekerheid voor het veld en de burger zo klein mogelijk?" Marian vindt dat niet de NZa of de IGZ aan zet is, maar de politiek. "Er moet iemand komen die zegt: zo gaan we het doen, dit zijn de kaders, regel het maar."

Een voorbeeld is Denemarken, waar de overheid sterk top-down een reductie van het aantal ziekenhuizen oplegde. Maar dit is geen model om zonder meer over te nemen. Ronnie: "Voor bepaalde aspecten kan het, maar wel binnen de Nederlandse cultuur. Alle partijen moeten hun rol pakken." En: "We zijn in Nederland duidelijk systeemgeoriënteerd; we denken dat we via het systeem gedrag kunnen beïnvloeden. En dan richten we ons alleen op het systeem, en vergeten we dat het om het gedrag gaat."

Hoe dan wel? Het gesprek neemt een onverwachte wending. Twee instanties met een imago van zelf alles helemaal willen afdekken, voorzien een nieuwe aanpak. Beide bestuurders vullen elkaar aan: "Het gaat om de beweging op grote lijnen. Bedenk indicatoren, hanteer die, en laat ze weer weg als resultaten zijn behaald. En: gebruik niet te veel indicatoren. Reduceer vooral."



Het gaat om de beweging op grote lijnen. Gebruik niet te veel indicatoren, laat ze weer weg als resultaten zijn behaald, reduceer vooral. ”



**Marian  
Kaljouw**



**Ronnie  
van Diemen**



# 5 Next steps

Op dit moment is de impact van nieuwe allianties op het Nederlandse zorgstelsel nog beperkt, maar hier komt snel verandering in. We gaan van de experimentfase naar de 'scale-up'-fase. Ziekenhuizen moeten hierop in hun samenwerkingsagenda anticiperen: fusies met andere ziekenhuizen voeren niet meer de boventoon, een diversiteit aan andere samenwerkingsverbanden is nodig. Maar ook van andere partijen is actie nodig om deze ontwikkelmogelijkheden maximaal te benutten. In dit hoofdstuk benoemen we kort in totaal elf 'next steps'.

## Grote beweging concretiseren

Om het Nederlands zorgsysteem snel en effectief te doen transformeren, moet het **ministerie van VWS** op twee punten regie voeren:

1

Met veldpartijen vaststellen wat de *gewenste grote beweging* is die de komende vijf jaar gemaakt moet worden, en die vertalen in *concrete doelen*. Bijvoorbeeld: x% van de omzet/productie van ziekenhuizen is geëxtramuraliseerd in 2020 en y% in 2025. Dit doel, en de rollen van partijen in het bereiken hiervan, vastleggen in een beleidsrijk zorgakkoord.

2

Inzicht krijgen in de vraag óf voor deze grote beweging *transitiegelden* nodig zijn. En indien ja: die gelden inrichten op een manier die ondernemen/vooruitstreven stimuleert. Dat betekent investeren in de toekomst en afboeken op het verleden in de vorm van overtollige gebouwen en infrastructuur.

---

## Per ziekenhuis een langetermijnvisie en transitieplan vaststellen

Voor **ziekenhuizen** zijn er drie prioriteiten, als basis voor een succesvolle positie in het toekomstige zorgveld:

3

Bepalen van een *langetermijnvisie*: naar welke positie, welk profiel en welke verschijningsvorm in 2025 wil het ziekenhuis toewerken?

4

Uitwerken van een *samenwerkingsagenda*, die gericht is op samenwerking met partijen binnen en buiten de keten die echt waarde toevoegt en in ieder geval uitgaat van de in hoofdstuk 4 besproken strategieën: intelligent insourcing, innovatieve development en integrated delivery.

5

Een *transitieplan op hoofdlijnen* maken, inclusief een projectie van benodigde investering/sanering en de benodigde afspraken met zorgverzekeraars over passende bekostigingsvormen en de financiering van de herstructurering.

---

## Zorgen dat systeempartijen vernieuwing ondersteunen

Veel partijen zullen hun aanpak fundamenteel moeten bijstellen. Belangrijke acties zijn in ieder geval:

6

Voor **zorgverzekeraars**: daadwerkelijk gaan oppakken van de rol als regisseur in het zorglandschap, zowel in de samenwerkingsagenda binnen de keten als in de samenwerkingsagenda met bedrijven van buiten de zorg. En: opschalen van het gebruik van contractvormen die nieuwe organisatievormen mogelijk maken en liefst stimuleren. Bijvoorbeeld: 'shared savings'-modellen zoals toegepast in het DSRIP-project in de staat New York (zie pagina 20).

7

Voor de **IGZ**: toezicht dat primair focust op entiteiten/instellingen transformeren naar *toezicht op zorgtrajecten*.

8

Voor de **ACM**: verbreden van het concept van 'de markt' waarin ziekenhuizen actief zijn. Bijvoorbeeld: complexe zorg zien als een *markt waarin keuzevrijheid vorm krijgt* door transparantie over resultaten, en die door toenemende mobiliteit ook internationaliseert.

9

Voor de **NZa**: in stelsel en regelgeving faciliteren en stimuleren dat er transformatie plaatsvindt van een bekostiging die primair focust op entiteiten/instellingen naar *bekostiging langs de zorgvraag van de patiënt*.

---

## Opschalen en uitvoeren: 'Do it'

Ten slotte is het allerbelangrijkst natuurlijk dat vernieuwing in de praktijk echt plaatsvindt. Hierin hebben veel spelers een rol, met voor **ziekenhuizen** kort samengevat twee prioriteiten:

10

Aanscherpen van de fusie-agenda en doorzetten op het realiseren van *fusieresultaten*, met meer focus op vernieuwing.

11

*Opschalen* van vernieuwende allianties.



Slingeland, Sensire, FocusCura:

# Thuismeet- Service-project

We horen het al jaren: chronische zorg moet meer naar 'thuis'. Het Slingeland Ziekenhuis in Doetinchem, thuiszorgaanbieder Sensire en technologie-innovator **FocusCura** brengen dit nu met het ThuismeetService-project samen in de praktijk.

**Chrit van Ewijk** is bestuurder van het Slingeland Ziekenhuis, **Maarten van Rixtel** is bestuurder bij Sensire, **Daan Dohmen** is ceo van FocusCura. Elk geven ze een toelichting.

Met de ThuisMeet-app, die een iPad koppelt aan draadloze meetapparatuur, kunnen patiënten zelf metingen doen van vitale waarden zoals gewicht, bloeddruk of hartslag. Als het algoritme in de app een verhoogd risico constateert, is er meteen beeldverbinding met een Medisch Service Center (MSC), waar verpleegkundigen ondersteuning inzetten. Indien nodig, wordt de medisch specialist in het ziekenhuis opgeschakeld.

Patiënten zijn enthousiast, voelen zich zelfstandiger en ervaren minder klachten. In de eerste doelgroepen voor deze aanpak, COPD en hartfalen, daalden polikliniekbezoek en heropname met respectievelijk 26% en 28%.

Belangrijkste uitgangspunt is: richt het proces in vanuit de patiënt. Dat samenwerken met een commerciële partij hierbij helpt, is voor Chrit en Maarten helder. Marktondernemingen kijken van nature eerst naar de klant en eindgebruiker. Ze redeneren ook makkelijker vanuit de toekomst terug, en innoveren dus sneller.

Zorginstellingen denken traditioneel meer vanuit de eigen organisatie, zoals die nu bestaat. Tegelijk is hun medische expertise en kennis van het zorgsysteem onmisbaar. In het ThuismeetService-project wordt nadrukkelijk gezamenlijk initiatief genomen. Er is daarbij helder afgesproken wie welk deel oppakt en daarin investeert: FocusCura de applicatie, Sensire het MSC, het Slingeland de nieuwe ziekenhuisprocessen.

Daan: "Ook de zorg moet nu mee in de nieuwe wereld van koppelingen en verbindingen. Beperk jezelf tot wat je heel goed doet, en laat overige dingen aan anderen en zorg dat die dat goed kunnen doen. En pak dit kosten-effectief aan, met bijvoorbeeld zo veel mogelijk consumentenelektronica."

Er vallen verrassend weinig technische termen. Vertrouwen speelt een grote rol: tussen medische professionals, in de protocollen, in de techniek. Dit vergt investeren van tijd. Ontmoetingen tussen verpleegkundigen van het callcenter en professionals van het ziekenhuis hielpen bijvoorbeeld veel. Het protocol om te bepalen wie welke situatie afhandelt, is gezamenlijk ontwikkeld. Maar artsen moesten wel eerst leren om niet zelf naar alle meldingen te kijken. Chrit: "Eigenlijk is dit geen technische innovatie, maar vooral een sociale. De toepassing in de praktijk vraagt van alle betrokkenen aanpassing."

Iedereen heeft moeten wennen: professionals, patiënten, de stuurgroep, de projectgroepen. En ondanks duidelijke afspraken rijst toch geregeld de vraag: wie gaat iets oppakken of betalen?

Bij een beetje doorzettingsvermogen toont de nieuwe werkwijze prachtige resultaten. Je zou verwachten dat die snel breder wordt opgepakt. "Maar", zegt Chrit, "na drie jaar zitten we nog op minder dan tweehonderd gebruikers. Dat is eigenlijk een grote teleurstelling." Dus waarom lukt opschalen niet?

De impact op de financiën van het ziekenhuis lijkt de grootste uitdaging. Activiteiten moeten worden

afgestoten, en het zoeken is naar manieren om de winst van optimalisatie ook echt te verzilveren. Daan: "Hier zijn zorgaanbieders een stuk minder doortastend in dan commerciële partijen."

Ook ontbreekt het aan stimulans van buiten. Maarten: "Er is geen enkele druk op zorgpartijen om zo'n succesvolle werkwijze in te voeren. De bekostiging is gericht op het leveren van fysieke zorg; en er is geen enkele prikkel om alternatieve, meer op patiëntregie gebaseerde bekostigingsvormen in te voeren. Je moet het in elke regio helemaal opnieuw tot stand brengen. Dat kost ontzettend veel tijd, energie en geld."

Over hoe opschaling wél kan gebeuren, ook in andere regio's, verschillen de meningen. Chrit: "Ziekenhuizen moeten zelf duidelijker maken hoe zij financieel deze transformatie kunnen realiseren, wat ons nieuwe verdienmodel wordt."

Daan vindt dat zorgverzekeraars veel actiever innovatieve zorg moeten belonen. "De insteek is nu: we knippen de budgetten af, en dan gaat men vanzelf anders werken. Zo gaat dat niet."

Maarten en Chrit zijn sceptisch en verwachten niet dat zo'n stevige regie er gaat komen. Chrit vindt dat zorgaanbieders eerder moeten nadenken over organisatorische en financiële aspecten en daarover concretere voorstellen moeten doen aan de zorgverzekeraars. Maarten verwacht meer van de consumentenmarkt: mensen gaan zelf vernieuwende zorgproducten kopen, en zorgverleners hiermee confronteren.

“

Na drie jaar zitten we nog op minder dan tweehonderd gebruikers. Dat is eigenlijk een grote teleurstelling. ”



**Chrit  
van Ewijk**



**Maarten  
van Rixtel**



**Daan  
Dohmen**

VAN 40  
↓  
NAAR 21

ziekenhuizen met  
spoedeisende hulp

## Transformatie Deense stijl

In Denemarken is het aantal ziekenhuizen de afgelopen zeventig jaar gedaald van 166 naar 54. Nu is een nieuwe concentratie-ronde in wording, waarbij het aantal ziekenhuizen met een spoedeisende-hulpfunctie nog eens wordt gehalveerd.

Binnen de gezondheidszorg in Denemarken is het ministerie van Volksgezondheid de hoogste autoriteit. De verantwoordelijkheid voor specifieke onderdelen binnen het zorgsysteem is belegd bij 5 regio's en 98 gemeenten.

Het zorgsysteem bestaat uit een primaire en een secundaire sector. De primaire sector valt onder verantwoordelijkheid van de gemeenten, en omvat bijvoorbeeld thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen en zorg voor gezinnen met pasgeborenen. Ook huisartsen zijn deel van de primaire sector, maar vallen onder de regio's.

De secundaire sector valt onder verantwoordelijkheid van de regio's en omvat somatische en psychiatrische ziekenhuiszorg. Elke regio heeft een universitair centrum. Terwijl het algemene gezondheidsniveau van de bevolking toenam, is sinds 1946 het aantal ziekenhuizen in Denemarken sterk afgenomen.

### Systeemhervormingen

In 2006 is het Deense kwaliteitsmodel geïntroduceerd, bedoeld om de best mogelijke zorg en vergelijking

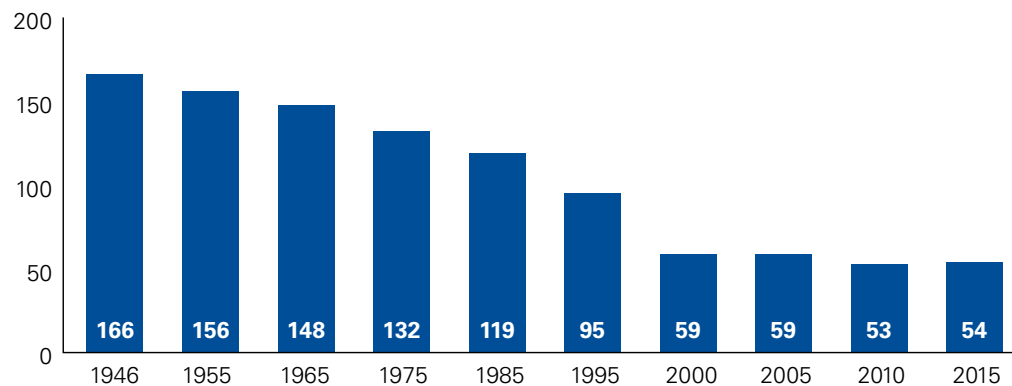
van kwaliteit mogelijk te maken. Intussen is gewerkt aan een nieuw model, gericht op het terugbrengen van eisen aan processen en administratieve lasten. Verwacht wordt dat dit nog in 2016 gereed is.

In 2007 publiceerde de Deense Autoriteit voor Gezondheid en Medicijnen een strategie voor het toekomstige zorgsysteem. Het streven is de beschikbaarheid van spoedeisende hulp te versterken door deze te concentreren op minder locaties. Met als achterliggende doelen: hogere kwaliteit, meer specialisatie en betere voorzieningen. In de toekomst zal elk ziekenhuis met een spoedeisende-hulpfunctie tussen 200.000 en 400.000 inwoners bedienen. Hiertoe wordt vanaf 2017 het aantal ziekenhuizen met spoedeisende hulp gehalveerd, van 40 naar 21. Vier samenwerkende traumacentra blijven behouden.

De vijf regio's zijn verantwoordelijk voor het realiseren van de strategie, en elke regio is hier nu mee aan de slag. Sommige ziekenhuizen worden gesloten, andere breiden uit, en er worden zes nieuwe 'superziekenhuizen' gebouwd, om uiteindelijk te komen tot 21 ziekenhuizen met spoedeisende-hulpfunctie die



### Aantal ziekenhuizen



Bron: 64 år i tal – Danmark siden 2. verdenskrig, DST (2008); Fakta og nøgletal, Danske Regioner (2016)

24/7 operationeel zullen zijn. Andere ziekenhuizen worden getransformeerd tot dagklinieken en gezondheidscentra, en zullen alleen overdag open zijn.

### Kwaliteit nu al hoger

De concentratie naar 21 ziekenhuizen met spoedeisende-hulpfunctie leidt tot publiek debat, omdat voor sommige inwoners de reisafstand toeneemt (tot maximaal 88 kilometer). Bovendien wordt de spoedeisende-hulpafdeling in sommige ziekenhuizen al gesloten voordat de nieuwe afdeling op een andere locatie is gerealiseerd, en ook dit leidt tot onrust.

Regio's vragen om aanvullende financiering om de 'superziekenhuizen' te ontwikkelen. Sommige regio's verlagen de constructiekosten door het aantal bedden te beperken of geplande keukenfaciliteiten te schrappen. Toch laat voorlopig onderzoek zien dat het concentreren van spoedeisende hulp de kwaliteit van patiëntenzorg verhoogt. Dit onderzoek is gebaseerd op de situatie in ziekenhuizen waar deze transformatie al plaatsvond, zoals het opgaan van de spoedeisende hulp van Kalundborg Sygehus in ziekenhuis Holbæk.



Medtronic:

# Alleen langdurig partnership

De afgelopen jaren is **Medtronic** voor ziekenhuizen meer gaan betekenen dan alleen leverancier zijn van medische producten. Wij spraken met **Bart van de Kerkhof**, Country Director Sales Nederland, en **Richard Jansen**, Senior Business Director Europe Medtronic Integrated Health Solutions.

Bart draait er niet omheen. “Medtronic is vertegenwoordigd in meer dan 160 landen, uiteraard ook in Nederland, waar Medtronic meer dan 1.500 medewerkers telt; en juist die internationale ervaring bepaalt hoe wij ook naar de Nederlandse markt kijken. En dan is onze visie dat het huidige systeem niet duurzaam is. Bij ongewijzigd beleid verwachten wij dat er in Nederland nog steeds ziekenhuizen gaan omvallen.”

“Ik denk dat we in bepaalde opzichten terug moeten naar de situatie van vijftien jaar geleden. Er was toen een duidelijke beweging in de richting van zorgconcentratie, maar die tendens is omgeslagen. Neem het aantal hartcentra: dat is de afgelopen jaren verdubbeld! Er worden geen echte keuzes gemaakt, waardoor echte samenwerking tussen de beste centra vaak ontbreekt.”

“En dat is niet alles. Artsen en andere zorgverleners doen hun werk met uiterste deskundigheid. Maar ze hebben te maken met een stelsel dat vooral de hoeveelheid zorg beloont, in plaats van de waarde ervan. Het betaal- en leveringssysteem is versplinterd, ingedeeld in aparte hokjes, zonder enige samenhang. Het gevolg is inefficiënte en ongecoördineerde zorg. Niet alleen in Nederland overigens: wereldwijd wordt 20% tot soms 40% van alle zorgbestedingen verspild, onder andere door gebrek aan coördinatie.”



Dat is een stevig statement – dus wat wil Medtronic hier zelf aan doen? Bart: “De afgelopen jaren is Medtronic voor ziekenhuizen meer gaan betekenen dan alleen leverancier zijn van medische producten. Ziekenhuizen staan administratief en financieel onder druk, en kijken meer en meer naar hun leveranciers voor innovatie. Daarom zijn we vier jaar geleden gestart met Integrated Health Solutions (IHS). Met deze divisie vinden we nieuwe manieren om samen met ziekenhuizen de kosten van zorg te verlagen en tegelijk de kwaliteit en efficiency te verhogen, en dit binnen een risicodelingsregeling. Maar zo’n constructie werkt alleen bij een langdurig partnership. Medtronic gaat dat niet met iedereen aan, maar maakt keuzes.”

“Essentieel is dat partners openstaan voor verbetering en verandering. Ook moet een ziekenhuis een echt ‘center of excellence’ willen zijn. Dat betekent vaak: specialiseren. Zelfs academische ziekenhuizen ontkomen hier niet aan.”

Deze nieuwe weg vraagt ook om verandering van de eigen organisatie. Richard: “Er werken nu in Europa driehonderd mensen in onze IHS-divisie, waaronder ingenieurs en wiskundigen, met een heel ander profiel dan de traditionele Medtronic-werknemers die vooral klinisch-inhoudelijke of medisch-technologische kennis hebben.”

“Het is een spannende tijd om in de gezondheidszorg te werken. Er zijn fundamentele verschuivingen aan de gang, die veranderen hoe de samenleving tegen ‘echte waarde’ aankijkt, en wat dit voor ons betekent. Verbeteringen staan of vallen met het transparant maken van kwaliteit: de patiënt moet zelf zorgaanbieders kunnen kiezen op basis van informatie die behapbaar en begrijpelijk is.”

Bart en Richard kijken allebei ook naar de zorgverzekeraars. Bart: “Die nemen nu geen actieve rol in het toekomstbestendig maken van de zorg. Terwijl het sleutelwoord ‘contractering van zorg’ is, waarmee ze echt zouden kunnen sturen op innovatie en duurzaamheid. Er is nu geen vergoeding voor innovatieve initiatieven die samen met dokters worden ontwikkeld. Terwijl juist die het patiëntenbelang dienen en de kosten verlagen.”



Samen de kosten van zorg verlagen en tegelijk de kwaliteit verhogen, en dit binnen een risicodelingsregeling. ”



**Bart van de Kerkhof**



**Richard Jansen**



# Over KPMG Health

KPMG helpt klanten in de zorg, farma & life sciences succesvol omgaan met multidisciplinaire vraagstukken. Wij zetten onze regionale, nationale en mondiale perspectieven in om echte samenwerking te creëren. Centraal staat onze ambitie om het welzijn van burgers te verbeteren. KPMG heeft naast management consulting ook kennis en kunde van risk consulting, audit, corporate finance, IT en belastingadvies. [kpmg.com/nl/health](https://kpmg.com/nl/health)



## Health in Transformation

Transities in de zorg vergen lastige keuzes. Zorginstellingen, zorgverzekeraars, zorgfinanciers en overheden hebben hier voortdurend mee te maken. Hierbij helpen en begeleiden is een kernactiviteit van KPMG. De vraagstukken zijn complex. Een duurzame toekomst voor de organisatie. Toegevoegde waarde voor patiënten en burgers. Goed geregelde financiering. Optimalisatie van primaire en ondersteunende processen. Allemaal lastig te implementeren in de werkelijkheid van de dagelijkse praktijk. Kennis van die praktijk is onze kracht. Praktijkkennis van de markt. Van de cijfers, zoals jaarrekeningen, businesscases, liquiditeitsrisico's, term sheets. Van het primaire proces, zoals zorgpaden en ketenzorg. En van ondersteunende processen, zoals IT. Op basis hiervan ondersteunen wij onze klanten bij het uitzetten van een nieuwe koers.



## Value Based Health

Welke waarde heeft zorg die geleverd wordt voor de patiënt? Patiënten en zorgverzekeraars laten zich steeds meer door deze vraag leiden. Voor zorgorganisaties heeft dit vanzelfsprekend gevolgen. Daarom adviseren wij actie te ondernemen op 1) patiëntenbetrokkenheid, 2) meten en verbeteren van uitkomsten, 3) coördinatie van integrale zorg, 4) clinical governance en 5) contractering op basis van waarde. KPMG ondersteunt klanten bij value-based management, bij continu leren en verbeteren als organisatie, bij integrale zorgpaden, bij waardegedreven zorgcontractering en prijsbeleid, en bij slim (her)gebruiken van zowel kosten- als kwaliteitsinformatie.



## Digital Health

Digitale vernieuwing veroverd de wereld op alle fronten. Door de smartphone-revolutie regelen burgers steeds meer dingen in hun leven zelf digitaal. Het zorglandschap verandert hierdoor rigoureus. Organisaties moeten mee; de zorg vormt hierop geen uitzondering. Een permanente strategie voor digitale innovatie bindt clientèle, levert concurrentievoordeel op en versterkt uw marktpositie. Voor de interne processen van zorgorganisaties zorgt het voor kwaliteitsverbetering van de diensten en producten (door inzet van big data analyse of kunstmatige intelligentie) en kansen voor een efficiëntere bedrijfsvoering. U ondersteunen bij bovenstaande is een kernactiviteit van KPMG.



## Health in Control

Patiëntenzorg heeft een achterkant: de administratie voor het inzichtelijk maken van productie, kosten en financiering. Dit komt allemaal samen in de governance van de organisatie: hoe wordt er gestuurd voor een effectieve verantwoording, zowel intern als extern? Te vaak speelt die achterkant een negatieve rol. Hij is te complex, leidt tot hoge administratieve lasten of frustreert door onjuiste prikkels. Maar administratie mag natuurlijk nooit een hinderpaal zijn. Robuuste governance is daarom een must, gericht op een goed systeem van administratie dat niet afleidt van het leveren van de beste zorg. KPMG staat zorgaanbieders en zorgverzekeraars hierin bij. Bij goed vormgeven van de governance, bij digitaal innoveren van administratie en als accountant die een robuuste controle van de administratie, uitvoert. Opdat zorgprofessionals zijn ontlast en zich op zorg kunnen focussen.

# Health in Transformation in de praktijk

## Casus KPMG: duurzame zorg in Noordoost-Groningen

De zorg in Noordoost-Groningen stond al jaren financieel en kwalitatief zwaar onder druk. Vooral voor de twee ziekenhuizen in Delfzijl en Winschoten was het zwaar weer: lage patiëntenvolumes door de bevolkingsdichtheid, een populatie met een relatief slechte gezondheid, een lage aantrekkelijkheid als werkgever voor medisch specialisten, en sterk verouderde panden. Gevolg was onder meer een uitstroom van patiënten naar het UMCG, dat daardoor dichtslabde en in een dure infrastructuur steeds meer laag complexe zorg verleende. Door de discussies over volumenormen en concentratie van zorg nam de druk op de toegankelijkheid van de zorg nog verder toe.

Hoewel in eerste instantie de fusie tussen de twee ziekenhuizen in Delfzijl en Winschoten en gezamenlijke nieuwbouw een oplossing leek te bieden, bleek deze toch niet toekomstbestendig genoeg. Er was onvoldoende financiële basis, door de verhuizing verminderde de toegankelijkheid van de zorg, en de fusie bood geen garantie voor het oplossen van de kwaliteitsissues.

In een goed uitgelijnd stappenplan en door intensieve samenwerking tussen alle betrokken partijen is, met begeleiding van KPMG, een duurzaam model voor de zorg in Noordoost-Groningen gerealiseerd.

Na realisatie van de Ommelander Zorggroep (OZG) uit de fusie tussen de twee ziekenhuizen en bepaling van de nieuwbouwlocatie startte een intensief samenwerkingsproject tussen OZG en UMCG gericht op drie pijlers: verplaatsing van de hoog complexe zorg uit het OZG naar het UMCG, terugverwijzing door het UMCG van patiënten uit de regio naar het OZG en verplaatsing van electieve zorg uit het UMCG naar het OZG, 60% van alle lager complexe zorg uit de regio wordt van het UMCG naar het OZG verplaatst.

Dit versterkte de financiële positie van het OZG en het UMCG kan afzien van uitbreidingsplannen. Mooie bijvangst was dat door de intensieve samenwerking van de medisch specialisten in dit project onder andere de IC en SEH als gezamenlijke afdelingen van UMCG en OZG werken. Hierdoor kregen deze functies in het OZG een 'boost' en werd het weer makkelijker om specialisten aan te trekken. De samenwerking heeft inmiddels geresulteerd in de onderbrenging van het OZG bij het UMCG als een zelfstandige dochterorganisatie. OZG blijft zelfstandig, maar kan wel de vruchten plukken van de voorzieningen van de moeder.

In een tweede project is met sponsorship van de verzekeraar en de provincie een groot substitutieproject uitgevoerd. Specialist, huisarts, wijkverpleging en ouderenzorg maakten samen een analyse van welke zorg uit het ziekenhuis naar de eerste lijn te verplaatsen was.

De eerste lijn heeft vervolgens een opzet gemaakt van voorzieningen waardoor zij, met medisch specialisten in consultatie, een groot deel van de zorg in de oorspronkelijke woonkernen kon houden. Bijna 10% van alle zorgproducten kan van het ziekenhuis naar de eerste lijn worden verplaatst. Met name de chronische zorg en de oncologische nazorg blijven hierdoor dichtbij de bevolking.

Door de projecten was het mogelijk om de geplande nieuwbouw van het OZG stevig af te schalen. In een aantal 'pressure cooker-sessies' van OZG, UMCG en Menzis als verzekeraar is met hulp van KPMG een nieuwe doorrekening en planning van de nieuwbouw gemaakt.

De resultaten van de bovenstaande projecten en andere trends zijn vertaald in de benodigde capaciteiten. Het was mogelijk om het aantal bedden ten opzichte van de huidige situatie met meer dan 30% te verlagen, het aantal dagverplegingsbedden met 20% te verlagen, en de poliklinieken te halveren in omvang. Door deze exercitie werd het investeringsbedrag aanzienlijk verlaagd. Ook hadden financiers vertrouwen in de businesscase en kwam na jaren van debat de financiering van het nieuwe ziekenhuis rond. Daarmee staat er een sterke basis in Noordoost-Groningen. Een basis voor duurzame zorg.

# Contact



## Anna van Poucke

Mijn specialisme is grootschalige transformaties in de zorg; onderdeel hiervan zijn in toenemende mate nieuwe technologie en digitale strategie. Trajecten die ik begeleid zijn vaak regiobreed, met focus op herstructurering van het zorglandschap: strategie- portfolio-bepalingen, locatieprofielen en integratie van zorg over alle lijnen heen. Met als doel: transparante en kwalitatief goede zorg, een passende businesscase en langere termijn financiële stabiliteit. Commitment van alle partijen bij de veranderingen is daarbij het sleutelwoord. Daarnaast ben ik sectorleider van KPMG Health en één van KPMG's global health experts.

**E:** [vanpoucke.anna@kpmg.nl](mailto:vanpoucke.anna@kpmg.nl)

**T:** 020 301 08 00



## David Ikkersheim

Mijn werkterrein omvat strategie en beleid voor ziekenhuizen, overheden, zorgverzekeraars en farmaceuten. Zo evalueerde ik voor VWS de werking van de Zorgverzekeringswet, begeleidde ik ziekenhuizen bij samenwerking en kostenbesparing, en ondersteunde ik zorgverzekeraars bij hun inkoopstrategie. Van opleiding ben ik arts én bedrijfskundige. Het helpen realiseren van veranderingen doe ik dus vanuit tweeledig perspectief: dat van de medische professionals, en dat van de managers/beleidsmakers.

**E:** [ikkersheim.david@kpmg.nl](mailto:ikkersheim.david@kpmg.nl)

**T:** 020 656 43 54



## Jan Hoogstra

Ik ben verantwoordelijk voor IT-auditing en IT-advisering in de zorgsector. Eén van mijn taken is het afgeven van assurance rapportages waarmee de betrouwbaarheid van dienstverlening van leveranciers wordt beoordeeld. Ook ben ik gespecialiseerd in advisering bij pakketselecties en -implementaties. Mijn doel is het helpen verbeteren van de efficiency en betrouwbaarheid

**E:** [hoogstra.jan@kpmg.nl](mailto:hoogstra.jan@kpmg.nl)

**T:** 038 467 47 43



## Jaap Wijnker

Ik ben fervent voorstander van verbetering van de 'achterkant' van de zorg, dus van de administratie van instellingen en ketens, ook de zorg zelf verbeterd. Ik breng deze gedachte in de praktijk door innovatieve projecten met stakeholders. Die projecten zijn gericht op het creëren van vertrouwen door middel van horizontaal toezicht; op het vervangen van tijdrovende zorgadministraties door kunstmatige intelligentie en blockchain principes; en op het verminderen van risico's en regels door het versterken van soft controls van de organisatie. Voor mij is altijd leidend dat de arts weer arts moet kunnen zijn, en dat de patiënt centraal blijft staan.

**E:** [wijnker.jaap@kpmg.nl](mailto:wijnker.jaap@kpmg.nl)

**T:** 020 656 45 40





## Karina Kuperus

Ik adviseer zorgaanbieders in de care, health-tech bedrijven en overheden bij het maken van juiste keuzes in digitale zorgverlening. Strategie en innovatie zijn mijn specialisaties. Ik ondersteun bij het uitwerken van future proof businessmodellen, samenwerkingen tussen zorginstellingen en startups, het ontwikkelen van vernieuwende zorgconcepten en het inrichten van innovatieprocessen. Daarnaast adviseer ik overheden over de randvoorwaarden die nodig zijn om innovatie te stimuleren met vernieuwende bekostigingsvormen zoals populatie- en uitkomstbekostiging.

**E:** [kuperus.karina@kpmg.nl](mailto:kuperus.karina@kpmg.nl)

**T:** 070 338 21 10



## Mariska van de Luur

Ik ben registeraccountant voor de zorg en bedien organisaties in de complete keten van cure en care. Mijn expertisegebieden zijn verslaggeving; vraagstukken van fusie, impairment en financieringsvraagstukken; en consolidatiecontroles. Ik ben speciaal geïnteresseerd in de achtergronden van regels voor beleid en verslaggeving, en in het helpen verlagen van administratieve lasten in de zorg. Ik geef samen met Anna van Poucke leiding aan KPMG Health en heb veel ervaring met governance structuren en politieke krachtenvelden. Ook ben ik lid van de Coziek-werkgroep Cure.

**E:** [vandeluur.mariska@kpmg.nl](mailto:vandeluur.mariska@kpmg.nl)

**T:** 020 656 77 50



## Roger van den Heuvel

Mijn specialisme is (value based) strategische transformatie en implementatie bij grote ondernemingen in life science. De nadruk ligt hierbij op ontwrichtende technologie en nieuwe business modellen. Ik heb ervaring in consulting op het gebied van (lean) supply chain transformation, inkoop, management van kwaliteit en compliance, vaste-kostenreductie, alliance management, new product development, en introduction- en groeistrategie. Daarnaast ben ik sectorleider life science binnen KPMG's Global Strategy Group.

**E:** [vandenheuvel.roger@kpmg.nl](mailto:vandenheuvel.roger@kpmg.nl)

**T:** 020 656 70 44



## Ruben Mikkers

Ik doe vendor due diligence projecten, buy-side due diligence projecten, en independent business reviews in een transactie gerelateerde omgeving. Historische cijfers blijven een belangrijk element, maar vooruitkijken telt ook zwaar: naar budgetten en business plannen. Ik krijg vaak te maken met waarderingvraagstukken, modellering, herstructurering en post-deal integratie. Met mijn rapporten help ik beslissers en stakeholders bij de evaluatie van investeringsbeslissingen, vaak in het kader van een fusie, overname of (her)financiering. Hierbij adviseer ik ook over hoe financiële afspraken het beste in transactiedocumentatie kunnen worden vastgelegd.

**E:** [mikkers.ruben@kpmg.nl](mailto:mikkers.ruben@kpmg.nl)

**T:** 020 656 45 42

## Auteurs

Anna van Poucke

Arjan Ogink

Margit van Opstal

Renée de Valk

Met dank aan: Jet Wiechers, André Holwerda,  
Marloes Bistervels, Anna Commandeur

Tekstuele ondersteuning: Flip Vuijsje

Voor vragen over de inhoud van deze rapportage of  
aanvraag van een hardcopy exemplaar of pdf:

T: 020 301 08 00

E: [secretariaat@kpmgplexus.nl](mailto:secretariaat@kpmgplexus.nl)

De in dit document vervatte informatie is van algemene aard en is niet toegespitst op de specifieke omstandigheden van een bepaalde persoon of entiteit. Wij streven ernaar juiste en tijdige informatie te verstrekken. Wij kunnen echter geen garantie geven dat dergelijke informatie op de datum waarop zij wordt ontvangen nog juist is of in de toekomst blijft. Daarom adviseren wij u op grond van deze informatie geen beslissingen te nemen behoudens op grond van advies van deskundigen na een grondig onderzoek van de desbetreffende situatie.

© 2016 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, en 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.