



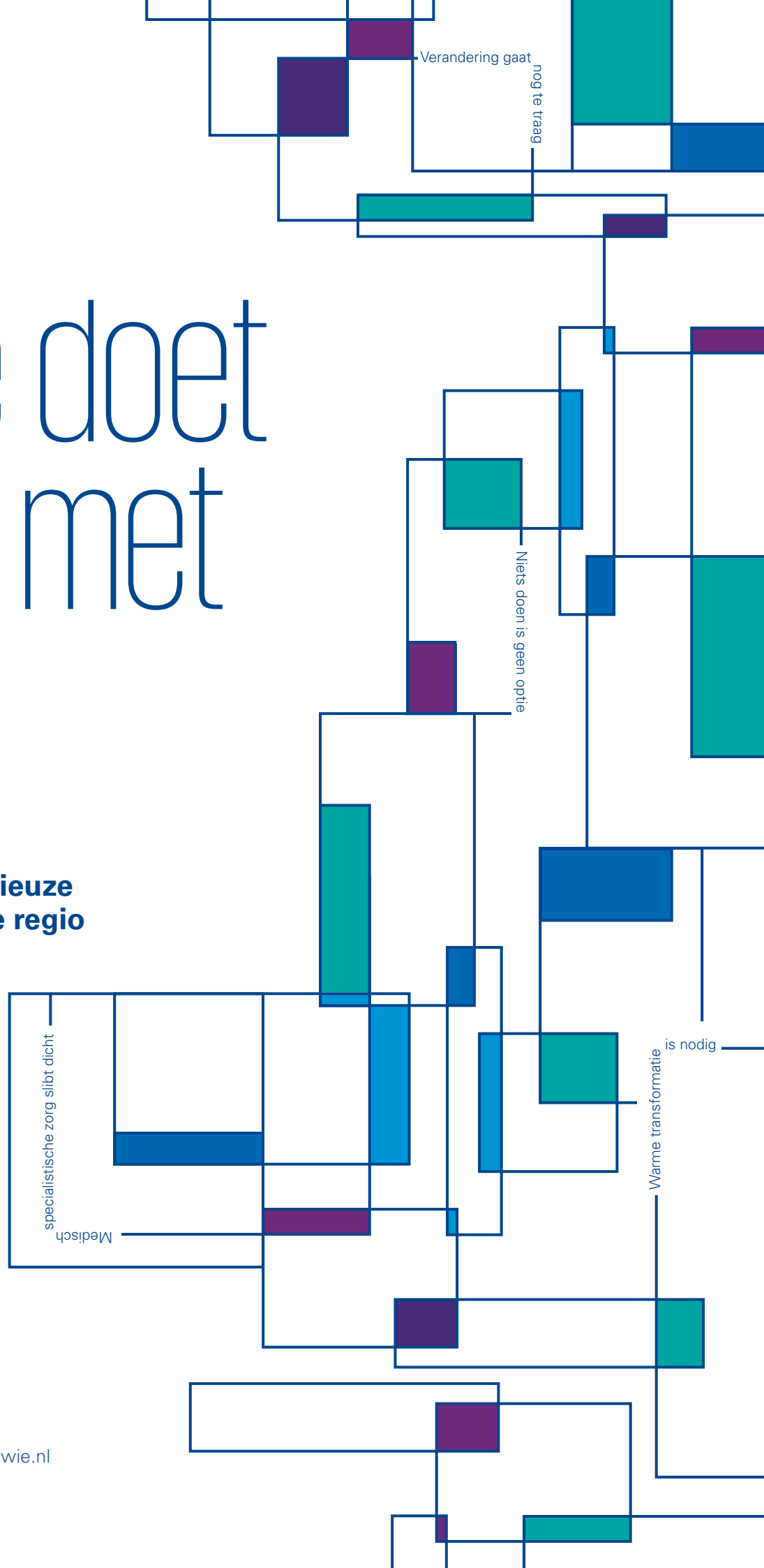
Wie doet het met wie

**Tijd voor serieuze
relaties in de regio**

2018

KPMG Health

www.wiedoethetmetwie.nl



Conclusie 1:

Medisch specialistische
zorg slibt dicht

Conclusie 2:

Niets doen is geen optie

Conclusie 3:

Warme transformatie is
nodig

Conclusie 4:

Verandering gaat nog
te traag

Wie doet het met wie

Tijd voor serieuze relaties in de regio

Onze medisch specialistische zorg slibt dicht. Niets doen leidt tot koude sanering. Wij pleiten daarom voor een 'warme transformatie', naar een nieuw en duurzaam zorglandschap. Dit vergt twee dingen. Samenwerking tussen partijen in de regio. Maar tegelijk óók: stevige centrale regie.

Actiepunt 1:

Optimaliseer financiële
prikkels (maar gooi het
roer niet compleet om)

Actiepunt 2:

Benut de mogelijkheden
van data en technologie

Actiepunt 3:

Voer centrale regie op
decentrale (warme)
transformatie



Inhoud

Vooraf	3
--------	---

Vier conclusies en drie actiepunten	4
-------------------------------------	---

1. De medisch specialistische zorg slijt dicht	8
--	---

1.1 Zorgkosten blijven stijgen	8
1.2 Tegelijk daalt de beschikbaarheid van zorg	9
1.3 Niets doen is geen optie	10
1.4 Beleid kan twee richtingen uit	10
1.5 Onze keuze: warme transformatie naar nieuw systeem	12

2. De warme transformatie is nu nog te beperkt	16
--	----

2.1 Praktijk laat al mooie voorbeelden zien	16
2.2 Echte, landelijke successen blijven uit	16

3. Hoe de transformatie wél kan lukken	18
--	----

3.1 Nieuwe, gerichte financiële prikkels	18
3.2 Beter gebruik van data en technologie	22
3.3 Centrale regie voor decentrale transformatie	26

Aan de slag: hoe realiseer je de transformatie in de regio?	28
---	----





Vooraf

Voor u ligt alweer de vijfde publicatie in onze *Wie doet het met wie*-serie. In deze lustrumeditie gooien we het over een nieuwe boeg. We kijken fundamenteeler dan voorheen naar de knelpunten in de medisch specialistische zorg, en delen met u onze gedachten en bevindingen. Over de toekomstbeelden voor de zorg. En vooral ook over de route die we met elkaar moeten afleggen om daar te komen.

De reden voor onze koerswijziging is dat wij ongerust zijn over de houdbaarheid van de zorg in Nederland. Tekorten aan gespecialiseerd personeel, en grotere instroom en moeizame uitstroom van ouderen en kwetsbare patiënten, leiden tot verstopping, en tot beperkte beschikbaarheid van functies. De zorgen hierover zitten niet langer meer in alleen de hoofden van beleidsmakers en bestuurders. Steeds vaker worden we daadwerkelijk geconfronteerd met bijvoorbeeld sluiting van SEH's, IC's of complete afdelingen.

De toegankelijkheid van zorg komt hiermee stevig onder druk. Is er nog wel voldoende regie op wat er in de praktijk gebeurt. Waar moet straks bijvoorbeeld de patiënt uit Drenthe aankloppen voor verloskundige zorg? Hebben we hier met elkaar een voldoende doordacht antwoord op? Of bepalen lokale fricties of die zorg wel of niet beschikbaar is? En is dit wat we willen?

Dat vraagstuk van regie is in onze ogen een kernprobleem voor de zorg in Nederland. Regie op het zorglandschap waar we naar toe moeten bewegen, én regie op wie daar welke rol in heeft. Illustratief voor het eerste punt was de discussie, begin dit jaar in de Tweede Kamer, over fusies in de zorg. Terwijl we het hier hadden over behoud van het historische ziekenhuislandschap, gebeurde in de Verenigde Staten juist iets heel anders. Daar kondigden Amazon, Berkshire Hathaway (van Warren Buffett) en JPMorgan Chase aan dat ze, gezamenlijk, zelf de zorg voor hun werknemers gaan organiseren. Radicale verandering in levering en organisatie van zorg, en een hoofdrol voor alles dat te maken heeft met data, zijn hierbij sleutelconcepten.

De neiging bij ons tot behoud van het bestaande, heeft iets van 'rearranging the deck chairs of the Titanic'. De focus ligt op het verleden, terwijl het gesprek juist moet gaan over

nieuwe (digitale) mogelijkheden, en over het oplossen van problemen in de toekomst. Het regievraagstuk biedt hierbij gelukkig ook kansen, voor zij die ermee aan de slag durven gaan. Zij vinden in deze publicatie handvatten voor concrete actie.

Wij hebben verschillende bronnen aangeboord: een enquête onder zorgbestuurders; een enquête onder het brede publiek; een ronde tafel met bestuurders en senior beleidsbepalers; en diverse interviews. Wat opvalt, is dat uit al die bronnen hetzelfde geluid komt. Het zorglandschap móet transformeren. In de woorden van Bas van den Dungen, directeur-generaal curatieve zorg bij VWS: 'de koers naar een beperkt aantal complexe-interventiecentra en een groter aantal lokale integrale-zorgcentra staat 'klip-en-klaar niet meer ter discussie'. Dit geldt ook voor het belang van preventie, en voor de sleutelrol van digitale technieken voor zelfzorg en thuismonitoring.' Waarmee de kernvraag niet langer meer is: waar moeten we naartoe? Maar: hoe zorgen we dat we daar ook echt kómen?

Twaalf jaar na invoering van de stelselwijziging stellen wij vast dat dit regievraagstuk teveel is blijven zweven. Noodzakelijke stappen richting het toekomstige landschap worden hierdoor niet genomen. In plaats van een warme transformatie naar dat toekomstbeeld, sterven we af op een koude sanering van ons zorglandschap. En dat laatste moeten we niet willen. Voor zo'n warme transformatie is een nieuwe stelselherziening niet nodig. Wel pleiten wij voor een duidelijke regie, naar 'Nederlands model': een combinatie van centraal initiatief en decentrale uitvoering.

We hopen dat deze publicatie u inspireert bij het zetten van de stappen die nodig zijn om ons zorglandschap toekomstbestendig te maken. Wij zijn in ieder geval geïnspireerd door allen die in de enquêtes, in de ronde tafel en in interviews hun visie met ons hebben gedeeld. Wij zijn hen hiervoor veel dank verschuldigd.

Dr. Anna van Poucke
Sectorleider KPMG Health



Vier conclusies

1

Conclusie 1:

Medisch specialistische zorg slibt dicht

Onze medisch specialistische zorg slibt dicht. De jaarlijkse kosten zijn, onder meer door een toenemende zorgvraag, enorm gegroeid: van € 17 miljard in 2006 naar € 27 miljard in 2016. En ondanks beleidsinterventies wordt een verdere groeispuurt verwacht, naar ruim € 53 miljard in 2040.

Tegelijk neemt de beschikbaarheid van medisch specialistische zorg af. Tijdelijk sluiten van SEH's is in sommige delen van het land eerder regel dan uitzondering. Wachttijden voor poliklinieken lopen sinds 2014 weer gestaag op.

2

Conclusie 2:

Niets doen is geen optie

Als we verder niets doen, blijft de medisch specialistische zorg verder dichtslibben. Kwalitatief goede en toegankelijke zorg tegen acceptabele kosten, kunnen we dan niet langer garanderen. Ook de solidariteit komt dan onder druk. Een verdere verhoging van het eigen risico of inperking van de aanspraken in de basisverzekering liggen op de loer.

Gezien de politieke gevoeligheid van kostengroei en verslechterde toegang tot zorg, mogen we verwachten dat er (uiteindelijk) beleid komt om deze toekomstbeelden af te wenden. Dit beleid kan twee richtingen op: een koude sanering of een warme transformatie.



3

Conclusie 3:

Warme transformatie is nodig

Het huidige beleid van kostenbeheersing stoelt vooral op sectorbrede hoofdlijnakkorden. Dit brengt een risico op **koude sanering** met zich mee. Door kosten geforceerd te beperken, en door overschrijdingen weer bij de sector terug te halen, zullen steeds meer ziekenhuizen in een negatieve spiraal belanden. Met als resultaat een golf aan faillissementen, een verschraling van het zorgaanbod, en vernietiging van fysiek en menselijk kapitaal.

Een betere richting voor het beleid is een **warme transformatie**, naar een nieuw en duurzaam zorgsysteem. Met de focus niet op het beperken van zorgkosten; maar op het voorkomen van zorg, en op efficiënt organiseren van zorg waar die echt nodig is. De huidige inrichting van de zorg laten we hierbij los, zoals historisch gegroeide fysieke infrastructuur en organisatorische silo's. In plaats daarvan maken we nieuwe keuzes, over waar en hoe zorg geleverd gaat worden, vanuit een integrale visie.

Dit betekent dat het instituut (en de term) ziekenhuis zoals we dit kennen, gaat verdwijnen:

- **Laagcomplex specialistische zorg** organiseren we dicht bij huis, in lokale zorgcentra. Dit geeft patiënten snel en laagdrempelig toegang tot een medisch specialist, zonder de noodzaak van een groot ziekenhuis met dure faciliteiten.
- **Hoogcomplex zorg** wordt geleverd in zo'n dertig moderne en efficiënte hoogcomplex-interventiecentra. Die bieden acute zorg, geboortezorg, hoogcomplex interventies en gespecialiseerde kankerzorg. Zo bereiken we optimale volumes voor veel behandelingen, waardoor die kostenefficiënt en met de hoogste kwaliteit worden uitgevoerd.
- **Laagcomplex electieve ingrepen** verhuizen naar gespecialiseerde klinieken, die door hun ervaring uitblinken in kwaliteit, service en efficiëntie.



4

Conclusie 4:

Verandering gaat nog te traag

De praktijk laat al mooie voorbeelden zien - er is géén gebrek aan ideeën en inspiratie over hoe een warme transformatie gerealiseerd kan worden. Maar hoe waardevol die ideeën ook zijn, verder dan lokale successen komen we nog niet.

Wij zien drie kernoorzaken die landelijk succes verhinderen:

- **Financiële prikkels** werken tegen.
- **Data en technologie** worden onvoldoende gebruikt.
- Er is geen **centrale regio**.

Drie actiepunten

Aan deze kernoorzaken verbinden wij drie actiepunten

1

Actiepunt 1:

Optimaliseer financiële prikkels (maar gooi het roer niet compleet om)

Er zijn voldoende mogelijkheden om de warme transformatie te stimuleren zonder dat de huidige bekostiging totaal op de schop moet:

- **Doe kleine reparaties** binnen het stelsel, op punten waar de warme transformatie actief tegenwerking ondervindt.
- **Durf te variëren** in systematiek. Bekijk per vraagstuk hoe bekostiging kan bijdragen aan een gewenst eindresultaat.
- **Pak de ruimte** die de huidige systematiek al biedt. Maak bijvoorbeeld één aanbieder verantwoordelijk voor de totale zorgkosten voor een patiënt.
- **Verleid en beloon**. Een krachtige methode is het inzetten van transformatiegelden. Voor een financieel vangnet in tijden van verandering, en om processtapen in de transformatie te belonen.
- Maak als financiers **langdurige afspraken** en bouw financiële prikkels en rust in om afbouw te belonen.

2

3

Actiepunt 2:

Benut de mogelijkheden van data en technologie

Voor de warme transformatie is het cruciaal dat data wordt uitgewisseld, tussen medisch professionals onderling en tussen medisch professionals en burgers/patiënten. Drie dingen zijn hiervoor nodig:

- **Uniformeer** het datamodel, zodat afzonderlijke datasets gecombineerd kunnen worden tot één rijke en complete set.
- Maak die complete zorgdata **toegankelijk**, voor zowel burgers als medisch professionals.
- Benut data om **transparantie** over de kwaliteit van geleverde zorg te verbeteren.

Actiepunt 3:

Voer centrale regie op decentrale (warme) transformatie

Wij bepleiten een tweesporenstrategie voor regie op de warme transformatie:

- **Centrale regie** op specifieke onderdelen van het systeem, zoals: aanpassen van de bekostiging; mogelijk maken van data-uitwisseling; aanbieders verleiden door transitiegelden.
- Daarna **decentraal bepalen** hoe de zorg precies wordt vormgegeven. Aan de hand van de landelijke uitgangspunten in een transformatie-akkoord werken regio's zelf hun plannen uit, in samenwerking tussen alle betrokken partijen. De voortgang wordt centraal gemonitord, door bijvoorbeeld VWS of de NZa.

1 De medisch specialistische zorg slibt dicht

Nederland heeft uitstekende voorzieningen voor medisch specialistische zorg. Door een sterke medisch wetenschappelijke traditie zitten we wereldwijd in de top van kwaliteit. En door onze verplichte basisverzekering geldt hetzelfde voor de toegankelijkheid. Maar onze medisch specialistische zorg slibt dicht. De kosten zijn de afgelopen jaren enorm gegroeid, en blijven ondanks beleidsinterventies verder groeien. Tegelijkertijd neemt voor patiënten de beschikbaarheid van medisch specialistische zorg af.

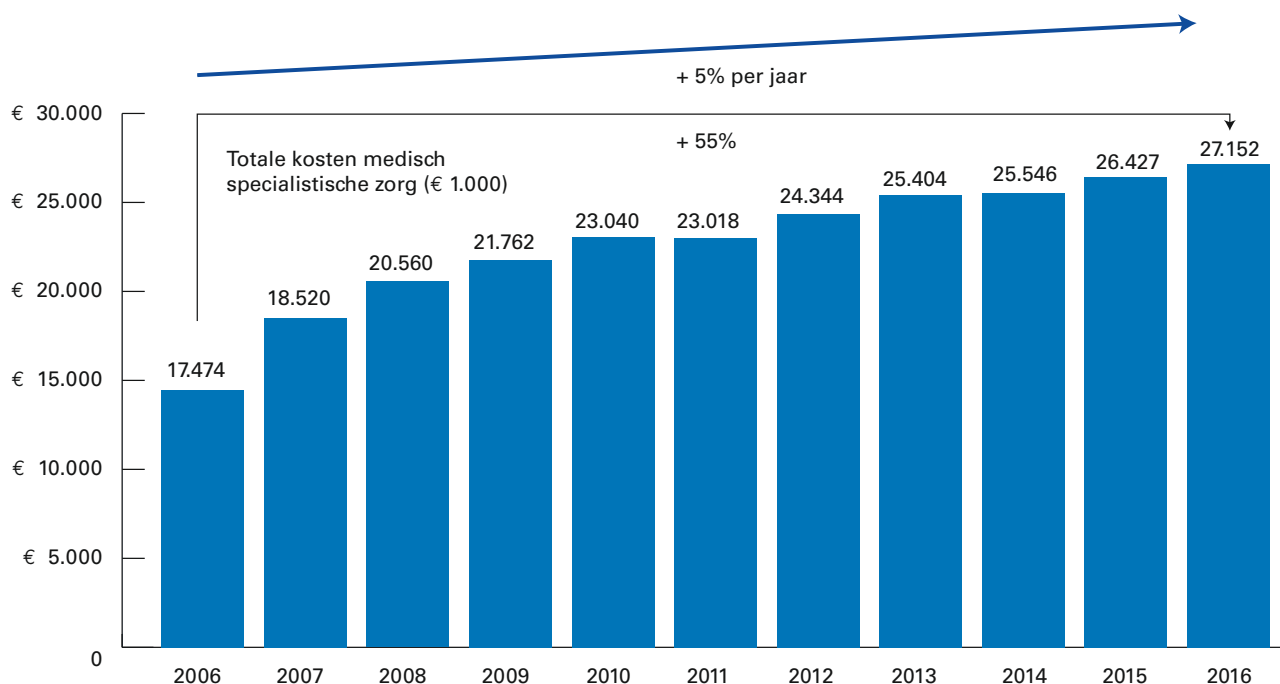
1.1 Zorgkosten blijven stijgen

De collectieve uitgaven aan zorg gaan al jaren omhoog. Tussen 2006 en 2016 stegen de kosten van medisch specialistische zorg met in totaal meer dan 55%, naar ruim € 27 miljard in 2016. De gemiddelde jaarlijkse groei was zo'n 5%.

Zonder aanvullend beleid blijven de zorguitgaven ook de komende jaren groeien, met ca. 2,9% per jaar. De *Volksgesondheid Toekomst Verkenning* (VTV, 2018) voorspelt dat in dat geval tussen nu en 2040 de uitgaven aan medisch specialistische zorg verdubbelen, naar ruim € 53 miljard per jaar, nog exclusief inflatie.

Figuur 1:

De uitgaven aan medisch specialistische zorg namen tussen 2006 en 2016 sterk toe. Bron: CBS StatLine (2018).



In 2040 besteden we dan per inwoner per jaar € 2.930 aan medisch specialistische zorg, tegen € 1.620 nu. Hoewel de jaarlijkse groei van het bbp dit in theorie kan compenseren, komt die volgens de verwachting van het Centraal Planbureau de komende jaren niet boven 2%.

Die kostengroei zit hem in zowel volume als in prijs. Door de vergrijzing groeit het aantal mensen dat (intensieve) zorg nodig heeft. Eerder onderzoek van KPMG Plexus laat zien dat dit, samen met overige volume-ontwikkelingen, de helft van de totale kostengroei verklaart (*Onderzoek Excess growth*, 2012). De andere helft komt door prijsontwikkelingen: vooral door groei van loonkosten, maar ook door (nieuwe) medische technieken en geneesmiddelen. Die laatste zullen de komende jaren alleen nog maar belangrijker worden, in de trend naar onder meer gepersonaliseerde behandeling.

1.2 Tegelijk daalt de beschikbaarheid van zorg

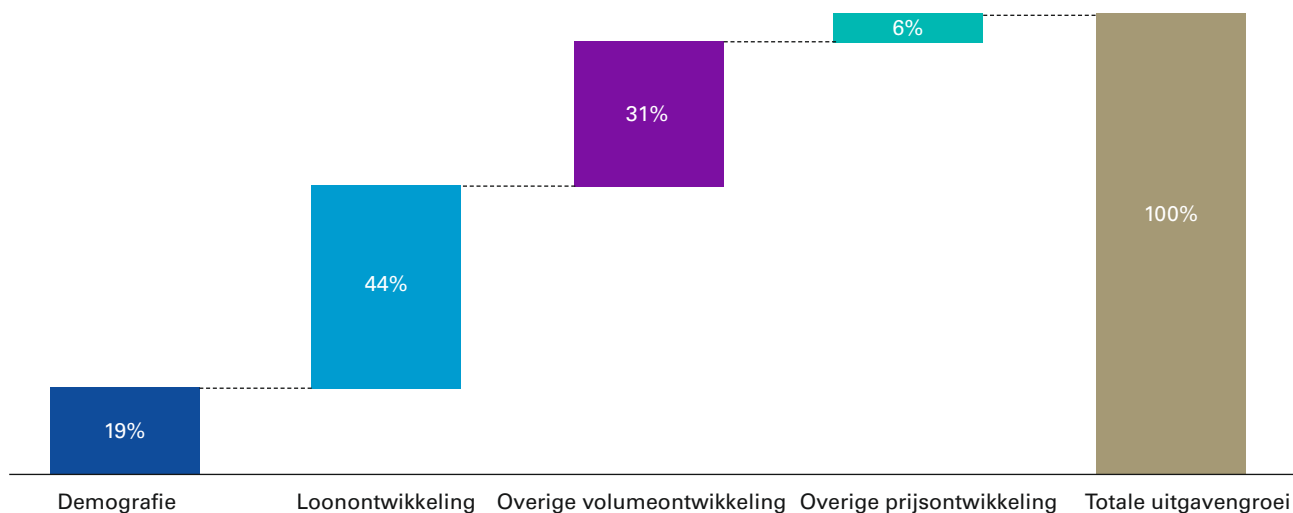
Hoewel we al jaren steeds meer aan zorg uitgeven, krijgen we hier niet navenant méér zorg voor terug. De beschikbaarheid van de zorg neemt eerder af. De voorbeelden hiervan bereiken ons ook via de media. De acute zorg raakt steeds minder goed toegankelijk, door het veel voorkomende tijdelijk sluiten van SEH's. In achttien ziekenhuizen in en rond Amsterdam gingen die in het slotkwartaal van 2016 in totaal 1.355 keer dicht. Per ziekenhuis was dit gemiddeld 25 sluitingen per maand - bijna dagelijks dus. Een jaar eerder kwam dit de helft minder voor.

Ook electieve zorg kampt met afnemende beschikbaarheid. De gemiddelde wachttijd op poliklinieken liep op van 2,95 weken in 2014 tot 3,52 weken in 2016. Op verpleegafdelingen worden regelmatig bedden gesloten, waardoor sommige patiënten niet kunnen worden opgenomen en electieve

Figuur 2:

De uitgavengroei in de Nederlandse zorg heeft zowel volume- als prijscomponenten.

Bron: KPMG Plexus, *Onderzoek Excess growth* (2012).



Figuur 3:

Bestuurders van ziekenhuizen maken zich vooral druk over personeelstekorten, samenwerking, onderhandelingskracht en IT. Bron: enquête KPMG (2017).

In hoeverre maakt u zich zorgen over ...



operaties moeten worden uitgesteld. Ook zijn er complete afdelingen die voor kortere of langere tijd dichtgaan, zoals de afdeling kindergeneeskunde op de locatie Emmen van Treant Zorggroep. De gevolgen kunnen groot zijn. Niet alleen kinderen moeten naar een ander ziekenhuis; ook kunnen vrouwen uit de omgeving niet op die locatie bevallen, waardoor hun reistijd toeneemt.

Slechtere beschikbaarheid van zorg komt niet alleen door toenemende vraag, en de hiermee samenhangende drukte, maar ook door steeds grotere personeelstekorten. De sluitingen van SEH's worden in de eerste plaats veroorzaakt door het ontbreken van gespecialiseerde verpleegkundigen. Ook knelpunten op verpleegafdelingen hebben te maken met het gebrek aan gespecialiseerd personeel, vooral (maar niet alleen) buiten de Randstad. Voor deze publicatie hielden wij een enquête onder 36 bestuursvoorzitters van ziekenhuizen. De antwoorden laten zien dat een tekort aan gekwalificeerd personeel hun grootste zorg is - meer nog dan bijvoorbeeld de financiële situatie en de relatie met de zorgverzekeraar.

1.3 Niets doen is geen optie

Als we verder niets doen, blijft de medisch specialistische zorg verder dichtslippen - gevolgd door ook andere delen van de zorg. Kwalitatief goede en toegankelijke zorg tegen acceptabele kosten, kunnen we dan niet langer garanderen. Voor schrikbeelden hoeven we niet ver terug te kijken in ons verleden: denk aan de wachtlijsten aan het einde van het jaar

tijdens de budgetbekostiging. En hoeven we evenmin ver om ons heen te kijken: zie de rijen wachtende ambulances voor ziekenhuispoorten in het Verenigd Koninkrijk.

Ook de solidariteit raakt onder druk. Een verdere verhoging van het eigen risico of inperking van de aanspraken in de basisverzekering liggen op de loer. Het schrikbeeld doemt dan op van een tweedeling tussen een slecht presterende publieke gezondheidszorg en een goed presterende private gezondheidszorg voor zij die het kunnen betalen.

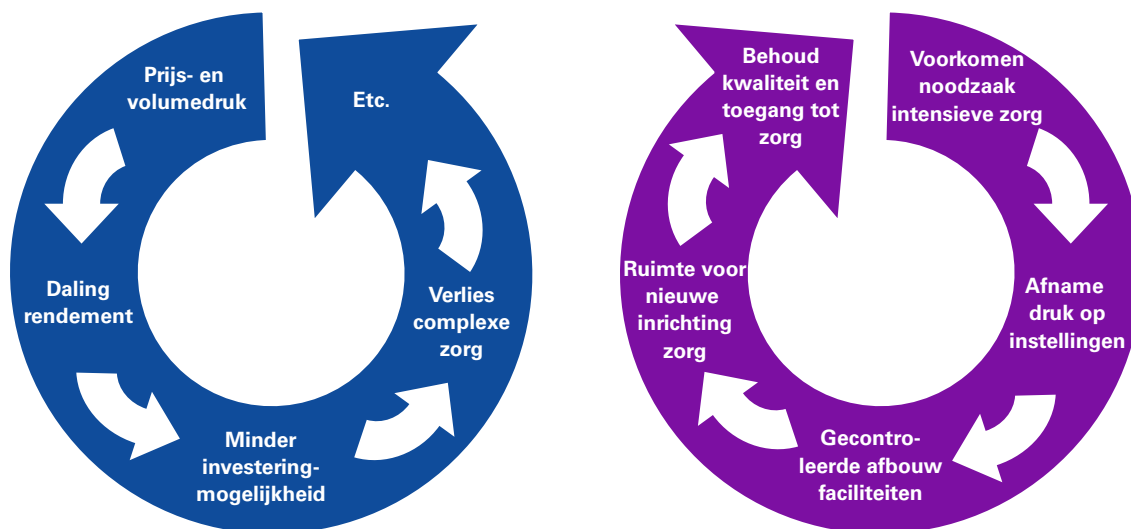
1.4 Beleid kan twee richtingen uit

Gezien de politieke gevoeligheid van kostengroei en verslechterde toegang tot zorg, mogen we verwachten dat er (uiteindelijk) beleid komt om die dreigende toekomstbeelden af te wenden. Dit beleid kan twee richtingen op.

1. De eerste richting, die de afgelopen jaren is gevolgd, zijn sectorbrede afspraken (hoofdpijnenakkoorden) over kostenbeheersing, met het risico op **koude sanering**. Door de kosten geforceerd te beperken, en door - via het macrobeheersingsinstrument - overschrijdingen bij de sector terug te halen, zullen steeds meer ziekenhuizen in een negatieve spiraal belanden (zie het linkergedeelte van figuur 4). Prijsdruk leidt tot dalende rendementen en minder investeringsruimte, en hierdoor tot verlies van aanbod van complexe zorg. Versmalling van het portfolio leidt daarna zelf weer tot (relatieve) prijsdruk en volume-

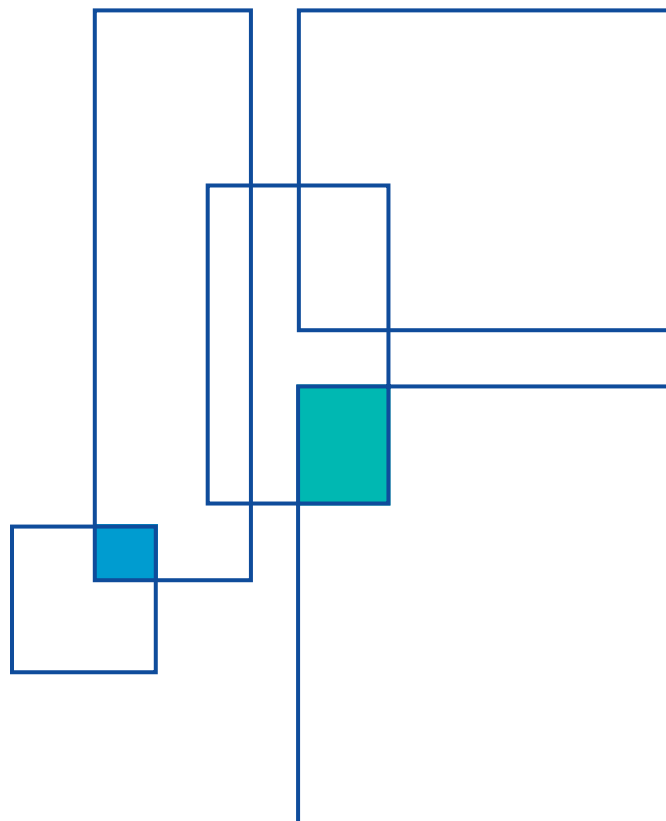
Figuur 4:

De negatieve spiraal van een koude sanering (links) en positieve spiraal van een warme transformatie (rechts).



druk, doordat alleen minder-complexe zorg overblijft, en zo verder. Tegelijkertijd vragen toenemende eisen aan ziekenhuizen, en vragen nieuwe technologische mogelijkheden, om juist méér investeringen.

- De tweede richting voor het beleid is een **warme transformatie** naar zo'n nieuw en duurzaam zorgsysteem. Met de focus niet op het beperken van zorgkosten, maar op het voorkomen van (intensieve) zorg. Hierbij laten we de huidige inrichting van de zorg los, zoals de historisch gegroeide fysieke infrastructuur en organisatorische silo's. En maken we nieuwe keuzes over waar en hoe de zorg geleverd gaat worden.



Hans Ensing en Bianka Mennema: 'Optimale continuïteit van zorg en naadloze overdracht'

We spraken met Hans Ensing en Bianka Mennema, voorzitter respectievelijk lid van de raad van bestuur van het Bravis ziekenhuis, over de veranderingen in de zorg en over de positie van het ziekenhuis in de regio.

De medisch specialistische zorg verandert snel, met voor Bravis onder meer een forse daling van de gemiddelde ligduur als gevolg. Het is de verwachting dat deze trend doorzet, omdat steeds meer ziekenhuiszorg door betere samenwerking met andere zorgverleners naar de eerstelijns en mogelijk naar de thuissituatie wordt verplaatst. Hans en Bianka vinden het belangrijk dat er een goede verdeling van taken wordt gemaakt tussen ziekenhuizen, huisartsen, verpleeghuizen, thuiszorg en andere zorgverleners. Samenwerking in de regio gaat steeds meer bepalend zijn voor de kwaliteit en de betaalbaarheid van zorg.

Hans schetst als toekomstbeeld van regionale samenwerking dat 'over tien jaar ook huisartsen onderdeel zullen zijn van grotere ziekenhuisorganisaties'. Dit zorgt voor optimale continuïteit van zorg en naadloze overdracht tussen eerstelijns en het ziekenhuis.

Bianka voorziet dat 'technologie het mogelijk gaat maken om optimaal te communiceren met alle zorgverleners, binnen en buiten de muren van het ziekenhuis'. Door slimme gezondheidsinnovaties kan veel meer zorg op afstand worden verleend. En vooral: kunnen patiënten op afstand worden gemonitord, zodat snel kan worden ingegrepen als de situatie hier om vraagt.

Ook hier is samenwerking in de regio met andere zorgverleners bepalend voor het succes. Het Bravis ziekenhuis participeert daarom in het Regionaal Elektronisch Netwerk West-Brabant (REN), waarin meer dan 700 regionale zorgorganisaties samen werken aan betere uitwisseling van zorginformatie. 'Privacy moet hierin niet beperkend zijn', zegt Hans. Een goed voorbeeld geeft de Italiaanse regio Veneto, waar regie op de samenwerking wordt gevoerd en toestemming voor uitwisseling eenmalig door de patiënt wordt verleend. Dit laatste in tegenstelling tot het Nederlandse uitgangspunt dat gespecificeerde toestemming vereist.

Hans Ensing

Bianka Mennema



1.5 Onze keuze: warme transformatie naar nieuw systeem

Een koude sanering vinden wij geen optie. Die leidt tot oncontroleerbare verandering, en maakt het onmogelijk om vanuit een visie te komen tot een duurzaam nieuw zorgsysteem. Wij kiezen daarom voor een warme transformatie: die wél de gelegenheid geeft om te veranderen vanuit een visie, en om de regie te houden op de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg.

Er is bovendien al een gedragen visie op hoe een duurzaam nieuw zorgsysteem er uit moet zien. Leggen we de toekomstvisies naast elkaar van NVZ, FMS en NZa, plus de zorgparagraaf van het jongste regeerakkoord, dan zien we veel overeenstemming. Met als kern drie punten (zie kader 'Op drie kernpunten al consensus'). Die punten zijn: **meer preventie** van ziekte en zorg; **minder beroep** op specifiek medisch specialistische zorg; en als dat laatste toch nodig is: die zorg optimaal **efficiënt organiseren**.

Op drie kernpunten al consensus

Minder zorg nodig

Dit vraagt om focus op preventie, op leefstijlinterventies waardoor mensen gezonder gaan leven. Bijvoorbeeld door mensen vroegtijdig te benaderen met een persoonlijke-gezondheidsanalyse, zoals zorgaanbieder Clalit in Israël doet. Of door mensen te belonen voor gezond eten of meer bewegen, zoals het *Vitality*-programma van zorgverzekeraar Discovery in Zuid-Afrika. In Nederland heeft VGZ het programma *Zinnige zorg* om (onder meer) het gebruik van zorg terug te dringen. Met de verkenning naar een Nationaal Preventieakkoord wordt nu door het ministerie van VWS breed aandacht gegeven aan preventie.

Een tweede weg is: beter beoordelen wat zinvol is en wat niet. Dit vraagt om meer invloed van patiënten op het eigen behandelplan (shared decision making), en een beter luisterend oor van de medisch specialist. De chieft listening officer bij Radboudumc laat zien welke winst mogelijk is als we niet het behandelprotocol maar het verhaal van patiënten als uitgangspunt nemen. Ook nieuwe technieken kunnen helpen. Zo beoordeelt UMC Groningen, met co-financiering door Menzis, voor mensen met hoog cholesterol op basis van het genenpaspoort of statinegebruik effectief zal zijn.

Minder beroep op medisch specialistische zorg

Zorg die wél nodig is, hoeft lang niet altijd in het ziekenhuis en/of door een medisch specialist te worden geleverd. Voor een substantieel deel van de eenvoudige zorg kan dit ook

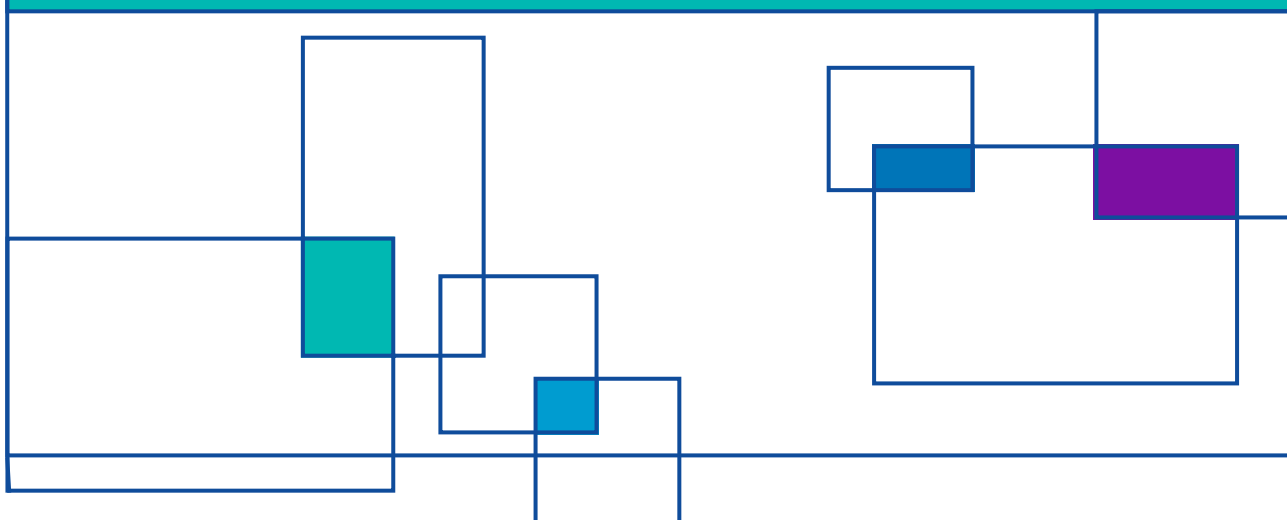
in de eerstelijns of thuis. Bekende voorbeelden zijn nazorg voor en monitoring van patiënten met cardiologische klachten of met kanker.

Maar substitutie door de eerstelijns kan méér omvatten dan alleen nazorg, leert bijvoorbeeld de VWS-proeftuin *Blauwe Zorg* in Zuid-Limburg. Daar werken medisch specialisten tijdens periodieke meekijkconsulten aan kennisversterking bij huisartsen, opdat die minder vaak hoeven door te verwijzen. Ook e-health en telehealth kunnen hierbij ondersteunen, zowel in diagnosestelling als in behandeling en begeleiding. Point-of-care testing maakt laboratoriumonderzoek in de huisartspraktijk mogelijk, en dus ook meer diagnostiek door huisartsen zelf.

Onze enquête laat zien dat ziekenhuisbestuurders actief willen bijdragen aan het terugdringen van het beroep op medisch specialistische zorg. In tweederde meerderheid benoemen ze verplaatsing van zorg, naar huisarts of anderhalve lijn (68%) of naar de thuissituatie (64%), als specifiek doel van toekomstige samenwerkingsverbanden.

Medisch specialistische zorg efficiënt georganiseerd

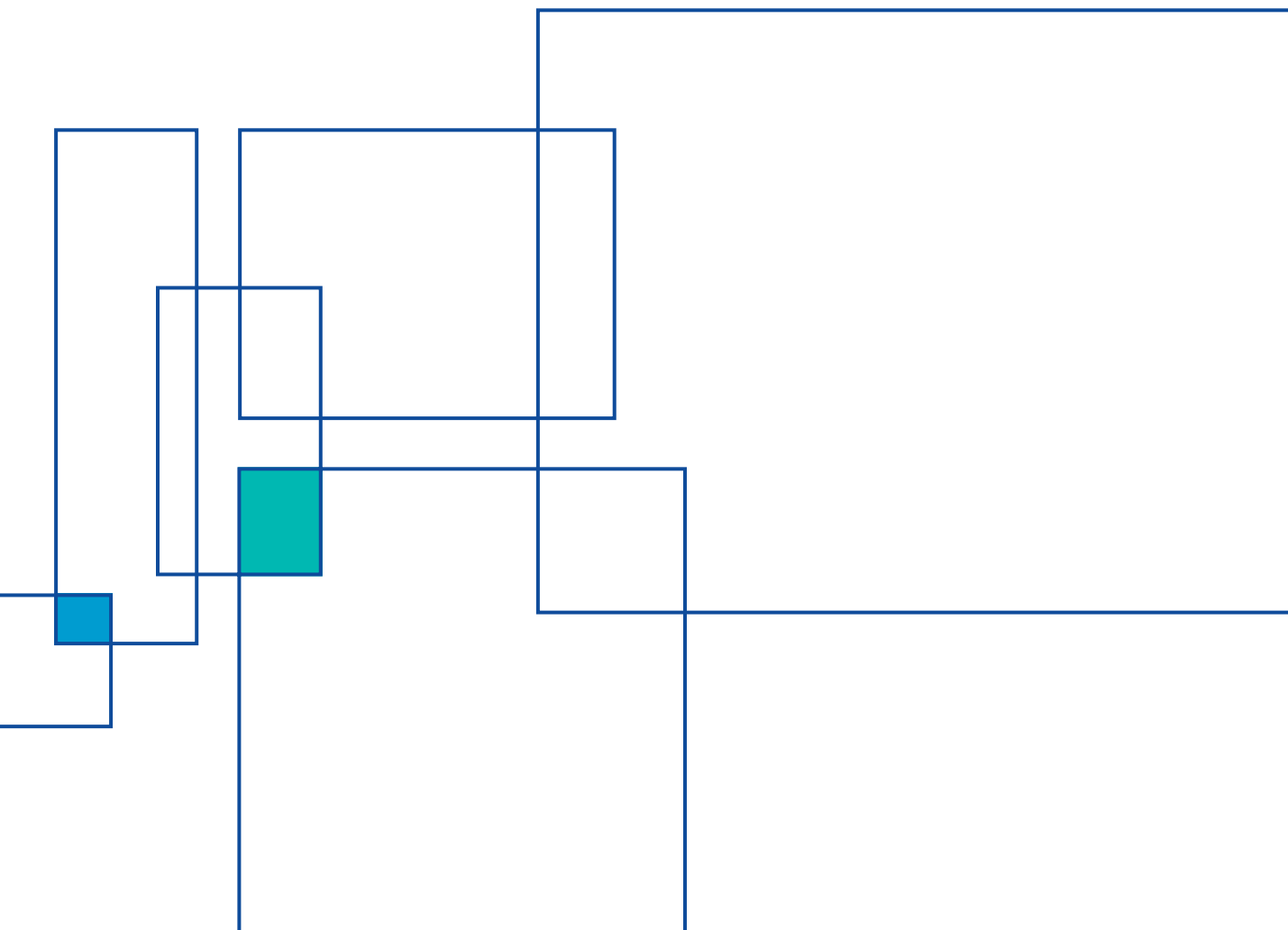
Natuurlijk kunnen we niet altijd voorkomen dat patiënten een medisch specialist nodig hebben. Maar we kunnen er wel voor zorgen dat dan zuinig wordt omgesprongen met publiek geld en schaars specialistisch personeel. Dit kan door efficiënter gebruik van fysieke infrastructuur, en door benutten van schaalvoordelen: het medisch specialistische zorglandschap van de toekomst.



Medisch specialistische zorglandschap van de toekomst

Het instituut (en de term) ziekenhuis zoals we dit kennen, gaat verdwijnen. We organiseren niet langer naar bestaande infrastructuur, maar naar optimale kwaliteit en efficiëntie. Het medisch specialistische zorglandschap van de toekomst kent drie niveaus:

- **Laagcomplex specialistische zorg** organiseren we dicht bij huis, in lokale zorgcentra. Dit geeft patiënten en huisartsen snel en laagdrempelig toegang tot een medisch specialist, zonder de noodzaak van een groot ziekenhuis met dure faciliteiten. Waar mogelijk, is specialistische zorg zelfs thuis beschikbaar. Zoals in het concept *Hospital@Home*, dat in onder meer Groningen wordt toegepast. Of zoals chemotherapie in tabletvorm thuis, nu nog op kleine schaal vanuit Antoni van Leeuwenhoek. Of zoals thuisdialyse voor nierpatiënten, zoals nu al kan via Mediq.
- Ook **hoogcomplex zorg** kan efficiënter. In plaats van verspreiding over vele tientallen ziekenhuizen met allemaal een breed zorgprofiel, betekent dit duidelijke keuzes voor een netwerk van zo'n dertig moderne en efficiënte hoogcomplex-interventiecentra. Die bieden acute zorg, geboortezorg, hoogcomplex interventies en gespecialiseerde kankerzorg. Zo bereiken we optimale volumes voor veel behandelingen, waardoor die kostenefficiënt en met de hoogste kwaliteit worden uitgevoerd. Er zijn hiervan al voorbeelden - denk aan de regionale concentratie van prostaatchirurgie in het Maasstad Ziekenhuis. Door grotere volumes kan dit ziekenhuis sterk in deze ingreep specialiseren en twee Da Vinci-operatierobots efficiënt benutten.
- **Laagcomplex electieve ingrepen** kunnen voor een belangrijk deel verhuizen naar gespecialiseerde klinieken, die door hun ervaring uitblinken in kwaliteit, service en efficiëntie.



30 hoogcomplexe-interventiecentra

Voor efficiënte hoogcomplexe zorg moeten we naar een grotere schaal. Niet naar overall meer bedden, maar wel naar meer interventies per locatie. Zo zetten we schaarse personele capaciteit efficiënter in, en benutten we dure infrastructuur beter. In ons rapport *Concentratie van Zorg: op weg naar Beterland* (september 2011) gaven we al een doorkijk naar het aantal zorglocaties dat nodig is voor verschillende diagnosegroepen*. En ook een publicatie van McKinsey & Company geeft handvatten voor de optimale schaal voor verschillende vormen van zorg**. Als we deze inzichten toepassen op Nederland, komen we uit op zo'n 30 centra voor acute zorg, geboortezorg en hoogcomplexe interventies.

Geboortezorg en hoogcomplexe interventies zouden volgens deze publicatie op minder plekken kunnen, maar het ligt voor de hand om deze drie vormen van zorg steeds te combineren. Ten minste vijf van deze centra zouden ook hoog specialistische (acute en electieve) kindergeneeskunde moeten aanbieden, en negen zijn ook gespecialiseerde kankercentra.

Waar precies die ongeveer dertig interventiecentra gevestigd zullen zijn, hangt van een aantal factoren af. De locatie van de huidige faciliteiten speelt natuurlijk een rol, maar is zeker op langere termijn niet allesbepalend. Belangrijke overwegingen zijn centrale ligging, en aanrijdtijden voor acute zorg. Voor dat laatste vinden wij overigens dat de huidige norm van 45 minuten te rigide

is. Nu dwingt die ons ertoe om, in combinatie met de strenge kwaliteitsnormen, SEH's en IC's open te houden op plaatsen waar dit op basis van kwaliteit en doelmatigheid eigenlijk niet langer wenselijk is. Denk aan de 12 miljoen aan jaarlijkse extra kosten voor het waarborgen van kwalitatieve acute zorg in Den Helder. Daarnaast worden ambulances zelf, door inzet van digitale technieken, steeds meer rijdende klinieken. Andere landen, waar afstanden vaak groter zijn, kennen zo'n norm helemaal niet. Voor een echt duurzaam toekomstig zorglandschap moeten we de (politieke) durf hebben om de 45-minuten-norm te heroverwegen.

Er is ook een tegengeluid: een te laag aantal centra leidt tot te veel marktmacht, hogere prijzen en lagere kwaliteit. We zien dit effect bijvoorbeeld optreden bij de National Health Service in het Verenigd Koninkrijk. Daarom is het zo belangrijk dat er tegelijk ook meer transparantie van zorguitkomsten komt, wat het geografische aanbod vergroot voor patiënten die bewust kiezen voor kwaliteit boven afstand. Ook is de aanpak van Santeon en mProve (twee landelijke ketens van ziekenhuizen) een betere route om marktmacht te voorkomen dan fuseren met naastgelegen zorgaanbieders.

* KPMG Plexus, *Concentratie van zorg: op weg naar Beterland*, september 2011

** McKinsey & Company, *Centralise or localize, that is the question: The Future of Regions*, Discussion Document, oktober 2015.

2 De warme transformatie is nu nog te beperkt

Lukt het ons om de genoemde veranderingen in de praktijk te brengen? Dan hebben we een goede kans om de kosten-groei van de medisch specialistische zorg langs natuurlijke weg te beheersen en de beschikbaarheid en toegankelijkheid te waarborgen. Maar tot nu toe gaat dit te langzaam: de transformatie is nog niet goed op gang.

2.1 Praktijk laat al mooie voorbeelden zien

Dat er nog te weinig verandering is, ligt niet aan een tekort aan ideeën en inspiratie. Er wordt in Nederland volop geëxperimenteerd met innovatieve zorgvormen. Er zijn ook veel plaatselijke oplossingen in ontwikkeling, zie alleen al de voorbeelden in het vorige hoofdstuk. Maar veel van die oplossingen vinden geïsoleerd plaats. Hoe goed die ook zijn - zoals we het nu aanpakken, gaat het niet lukken om ze op te schalen. Misschien wel een lokaal succes, maar geen systeemtransformatie.

Er zijn wel initiatieven waar groter gedacht wordt. Zo was er *Friesland Voorop*, een initiatief van zorgverzekeraar De Friesland en lokale zorgaanbieders om de curatieve en langdurige zorg opnieuw in te delen. Er is *NOG Beter* in Noord-Oost Groningen, waar door nauwe samenwerking tussen eerste- en tweedelijns veel zorg uit het ziekenhuizen moet verdwijnen. En er is de provincie Zeeland, waar met bewoners en zorgverleners is geprobeerd een toekomstbestendig zorglandschap te schetsen. Maar die programma's hebben nog geen effect buiten de lokale context, of zijn gestopt.

2.2 Echte, landelijke successen blijven uit

Dat echte successen uitblijven, heeft vijf kernoorzaken.

Financiële prikkels werken de transformatie nu tegen.

Zorgaanbieders hebben direct financieel belang bij behoud, of zelfs groei van, hun productie; en niet bij het beter organiseren van de zorg in de regio. En de partij die primair verantwoordelijk is voor preventie en leefstijlverbetering, de gemeente dus, voelt alleen de kosten hiervan; en voelt niet de baten, die vooral worden geïncasseerd door zorgverzeke-

raars en zorgkantoren. Voor veel zorgaanbieders voelt hun bestaande fysieke infrastructuur bovendien als een loden last op de exploitatie. De huidige financiële prikkels bieden geen comfort dat desinvesteringen gecontroleerd zullen verlopen. Uit angst de zorgverlening in gevaar te brengen, zullen zij liever afwachten, in plaats van met afbouw van infrastructuur risico's te nemen.

Er is onvoldoende gebruik van data en technologie die al lang beschikbaar zijn. Veel onnodige tijd en geld wordt besteed aan het overdragen van informatie tussen zorgaanbieders onderling, en aan het herhalen van eerder uitgevoerde diagnostiek. Te veel diagnostiek wordt in het ziekenhuis gedaan, terwijl het technisch mogelijk is om dit ook in de eerstelijns of zelfs thuis te doen. En ondanks de enorme hoeveelheid data over zorggebruik bij specifieke doelgroepen, worden hiermee weinig gerichte acties ondernomen om dit zorggebruik te verlagen.

Informatie over kwaliteit van zorg is niet beschikbaar, waardoor er slecht zelfsturing mogelijk is. Gebrek aan transparantie zorgt ervoor dat patiënten niet bewust kunnen kiezen om bijvoorbeeld verder te reizen voor betere zorg. Hierdoor ontbreekt de druk om zorg meer te concentreren.

Er ontbreekt een sterke maatschappelijke beweging die echte verandering in de zorg afdwingt. Recent maatschappelijk debat over bijvoorbeeld dure geneesmiddelen en over het personeelstekort, blijft beperkt tot de meest direct betrokkenen, zoals gedupeerde patiënten en actievoerende verpleegkundigen. Veel burgers zien wel dat de kosten van zorg stijgen en dat de beschikbaarheid afneemt, maar komen niet in actie. We betalen wel voor de zorg, maar voelen geen eigenaarschap.



Dianda Veldman: 'Vrijblijvendheid moet eraf'

Dianda Veldman is directeur van **Patiëntenfederatie Nederland**. Wij spraken met haar over wat er in de zorg moet gaan veranderen.

Tot slot **ontbreekt het aan de regie** die nodig is om de transformatie in gang te zetten. Het ministerie van VWS wijst hiervoor naar de zorgverzekeraars. Maar de grote zorgverzekeraars die samen de markt bepalen zijn landelijk actief, waardoor zorgaanbieders steeds met meer dan één zorgverzekeraar te maken hebben. Bovendien zijn zorgverzekeraars behoudend als het gaat om veranderingen in het zorgaanbod, uit angst voor weggelopen van polishouders. Hierdoor is er geen consistente toekomstvisie voor de knelpunten in ons stelsel - laat staan een consistente uitvoering.

Voor zorgaanbieders op hun beurt is dit reden voor een afwachtende houding. Hier komt bij dat het aanbiedersveld versnipperd is, vooral in de eerstelijns. Die lage organisatiegraad maakt het lastig om op (boven)regionaal niveau afspraken te maken over bijvoorbeeld substitutie en herinrichting van zorg. En zelfs waar de eerstelijns op regionaal niveau georganiseerd is, blijkt het vaak moeilijk om de achterban voor vernieuwing mee te krijgen.

Zo kijkt iedereen naar elkaar, en verandert er niets fundamenteels. Meer regie is daarom een must.

'De zorg is eigenlijk een afwijkende bedrijfstak', zegt Dianda. 'Ontwikkelingen rondom technologie en het mondiger worden van mensen hebben in andere sectoren al veel meer effect gehad. Maar vanwege de inrichting van de zorg, waarbij de patiënt de gebruiker is en de verzekeraar de betaler, blijft de zorg hierin achter.'

'Wat ik de komende jaren graag zou zien, is een verschuiving van focus op ziekte en behandeling naar focus op gezondheid en preventie. Hulp aan een patiënt met een chronische ziekte zonder complicaties, moet bijvoorbeeld veel meer gericht zijn op het omgaan met die ziekte dan op het medische circuit. Zeker als al bekend is dat er toch niet veel aan de aandoening zelf kan worden gedaan.'

'Dit vraagt een verandering van de zorgsector. Enige regie op deze beweging, zoals bijvoorbeeld in Denemarken, helpt wel om dit in gang te zetten. Nu hangt het vooral af van de spelers in een regio wat er gebeurt, en is deelname vaak erg losjes. Die vrijblijvendheid moet eraf.'

Op de vraag of patiënten hier zelf een grote rol in kunnen spelen, reageert Dianda enigszins geërgerd. 'Het is niet juist om te verwachten dat patiënten en burgers zelf een verandering in gang gaan zetten. Voordat we een iPhone hadden, wisten we allemaal ook niet dat we er één wilden.' Wel ziet zij mogelijkheden in een rol voor de patiënt op kleinere schaal. Het zou helpen als patiënten beter geïnformeerd zijn, en als patiënten ervan bewust worden gemaakt dat niet alle zorg vanzelfsprekend goed voor ze is. Ze moeten een overwogen keuze kunnen maken. Voor wel of niet opereren bijvoorbeeld, of de keuze voor een zorgaanbieder. Daarnaast is Dianda groot voorstander van het betrekken van patiënten bij het ontwerpen van veranderingen in de zorg: 'Door de gebruikers aan tafel te hebben, kun je veel beter inspelen op hun behoeften.'

3 Hoe de transformatie wél kan lukken

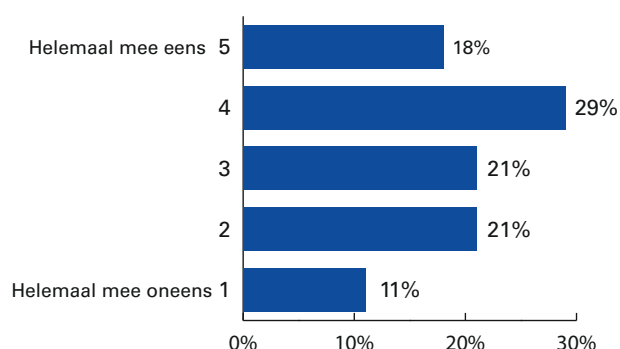
3.1 Nieuwe, gerichte financiële prikkels

Het huidige systeem van bekostiging geeft zorgaanbieders een sterke prikkel om de eigen opbrengsten te maximaliseren. Het werkt samenwerking tegen door schotten tussen de geldstromen, en er ontbreekt een stimulans om zorg meer op de juiste plaats te gaan leveren en zo nodig uit het ziekenhuis weg te halen. Bijna de helft van de respondenten in onze enquête vindt dan ook dat gerichte financiële prikkels nodig zijn voor samenwerking binnen en buiten de keten.

Figuur 5:

Veel bestuurders van ziekenhuizen vinden gerichte financiële prikkels nodig om samenwerking te bevorderen. Bron: enquête KPMG (2017).

Zonder gerichte financiële prikkels is er geen pro-actief beleid binnen mijn organisatie om de samenwerking binnen en buiten de keten te realiseren op het gebied medisch specialistische zorg.



Moet daarom het hele stelsel van bekostiging op de schop? Nee – en zeker niet zo kort na invoering van de DOT-systematiek in 2012 en de uitbreiding van de Wmo en Jeugdwet in 2015. Als we inzoomen op waar de tegenwerking precies zit, stuiten we op een paar specifieke onderdelen van het stelsel. Met als twee belangrijkste: de schotten tussen de financieringsstromen, en artikel 13 van de Zorgverzekeringswet.

Wegnemen schotten in de financiering

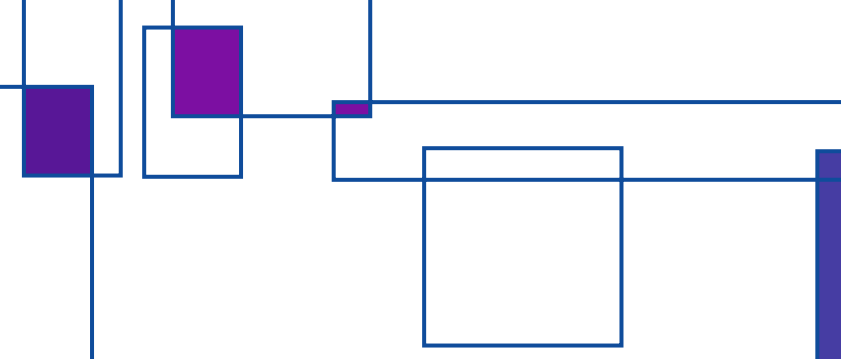
Onze zorg wordt gefinancierd vanuit verschillende geldstromen met verschillende eigenaren. Dit leidt soms tot situaties die optimale zorg tegenwerken. Zo betaalt de zorgverzekeraar voor curatieve zorg, maar is universele preventie verantwoordelijkheid van de gemeente. Verzekeraars mógen in principe niet eens voor preventie betalen. De gemeente kan dat wel, maar dit heeft geen hoge prioriteit omdat verlaging van zorgkosten vooral voor de zorgverzekeraar financieel voordeel oplevert. Verder geldt voor zorgaanbieders dat zij betaald worden voor zorg in plaats van voor gezondheid. Voor hen betekent grootschalig (en succesvol) inzetten op preventie het mislopen van inkomsten. Door te zorgen dat financiering uit verschillende stromen kan worden samengevoegd, is veel van deze belemmering weg te nemen.

Aanpassen van artikel 13 mogelijk door transparantie van kwaliteit

Om te sturen op kwaliteit heeft de zorgverzekeraar het instrument van selectieve inkoop. Patiënten kunnen hierdoor worden gestimuleerd om naar bepaalde zorgaanbieders te gaan, als de kwaliteit daar hoger is. Maar op dit moment werkt selectieve inkoop nauwelijks. Eén van de oorzaken is artikel 13 van de Zorgverzekeringswet. Dat bepaalt dat patiënten die voor een niet-gecontracteerde aanbieder kiezen, toch een deel van de kosten vergoed krijgen. In de praktijk is dit zeventig tot tachtig procent.

Dit percentage is dusdanig hoog, dat het voor zorgaanbieders kan lonen om met een verzekeraar geen contract te sluiten. Dit kan leiden tot rare situaties. Bij een pilot rond de wijkverpleging in Utrecht, waar zorgverzekeraar Zilveren Kruis met een aantal verzekeraars een contract sloot, leverden aanbieders zonder contract zo veel zorg dat er voor de gecontracteerde aanbieders te weinig budget overbleef.

Om het zorglandschap te transformeren, moeten zorgverzekeraars het middel van selectieve inkoop effectiever kunnen



inzetten. Een voorwaarde hiervoor is wél: meer transparantie van kwaliteit. Het moet voor patiënten overduidelijk zijn dat de zorgverzekeraar in hun belang handelt, en dat de gecontracteerde zorg meerwaarde biedt boven de ongecontracteerde zorg.

Zorgverzekeraars en patiënten krijgen met meer transparantie gezamenlijk het instrument in handen om geïnformeerd te kiezen voor aantoonbaar goede zorg. Dan biedt dit ook ruimte voor aanpassing van artikel 13, bijvoorbeeld verlaging van het vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde zorg.

Om bovenstaande verbeteringen door te voeren, is eerst aanvullende regelgeving nodig. Maar er zijn ook stappen die nú al kunnen worden gezet, door betrokken partijen zelf.

Durf te variëren in systematiek van bekostiging

Wij horen vaak de vraag hoe de bekostiging van onze zorg er in de toekomst uit moet zien. Ons antwoord is dat één blauwdruk niet bestaat. Wat de beste manier van bekostigen is, verschilt per type zorg en per specifieke doelstelling. Zelfs binnen het domein van één aandoening kan het nodig zijn om met meer dan één type bekostiging te werken.

Neem bijvoorbeeld hiv. Hiervoor geldt een tweeledige doelstelling: nieuwe gevallen snel identificeren; en bij hen die al patiënt zijn, complicaties voorkomen. Om het voor aanbieders aantrekkelijk te maken nieuwe gevallen te identificeren, ligt een vergoeding voor elke gevonden patiënt voor de hand. Optimale behandeling daarentegen vergt een heel andere vorm van bekostiging. Om zorgaanbieders te stimuleren vroegtijdig op te treden, past een budget beter. Een vast bedrag stimuleert effectief omgaan met beschikbare middelen en legt nadruk op het voorkomen van complicaties. Voor een snellere transformatie moet daarom per situatie worden bekeken welke manier van bekostigen bijdraagt aan een gewenst eindresultaat. Het kader laat zien hoe in New York State effectief gebruik wordt gemaakt van verschillende bekostigingsvormen om toe te groeien naar een nieuw stelsel.

Passende bekostiging: variëren loont

In New York State (NYS) is de afgelopen jaren hard gewerkt aan invoeren van bekostiging op basis van geleverde waarde. Hierbij zijn verschillende bekostigingsvormen gecombineerd, om het hele continuüm van zorg te bestrijken.

Om preventie te ondersteunen, is op een aantal plekken gekozen voor populatiebekostiging. Aanbieders die hun populatie gezond houden, houden meer geld over.

De zorg in de tweedelijns is verdeeld in drie categorieën:

- Zorg die normaal gesproken van korte duur is. Denk aan geboortezorg of zorg bij een gebroken been.
- Zorg die over langere tijd geleverd wordt, maar waarbij de aandoening (redelijk) op zichzelf staat.
- Zorg die over langere tijd geleverd wordt en waarbij de aandoening breed impact heeft op gezondheid en welbevinden.

Voor zorg van korte duur maakt NYS gebruik van bundled payments: een eenmalig bedrag voor de zorg, per patiënt, rondom een aandoening. Een mooi voorbeeld is geboortezorg. Daar is één bedrag voor beschikbaar, waar ook eventuele complicaties uit betaald worden.

Ook voor de tweede categorie zijn bundled payments een optie, maar dan met een jaarlijks bedrag per patiënt. Bij chronische aandoeningen zoals diabetes zorgt dit voor meer focus op het voorkomen van complicaties. Voor het jaar van ontdekking, dat bij dit soort aandoeningen vaak relatief duur is vanwege de diagnostiek, is soms een extra bedrag beschikbaar.

In de derde categorie zijn ernstige psychiatrische aandoeningen een goed voorbeeld. Bij deze aandoeningen is het meestal ondoenlijk om de zorg hiervoor te scheiden van de overige zorg. Voor deze patiënten kiest NYS daarom voor een vast bedrag per patiënt per jaar voor alle zorg samen. Een soort populatiebekostiging, maar dan voor een groep patiënten met een specifieke aandoening.

Pak de ruimte die er nu al is

De transformatie wordt ook versneld als verzekeraars en aanbieders optimaal gebruik maken van wat nu al in bekostiging mogelijk is. Dat dit niet gebeurt, lijkt meer te maken te hebben met beperkte kennis van de systematiek dan met daadwerkelijke blokkades. Er is al wel beweging: meerjarencontracten beginnen nu een vaste plaats in het zorglandschap te krijgen. ParkinsonNet, een landelijk zorgnetwerk voor een specifieke groep patiënten dat kwaliteitswinst én kostenbesparing realiseert, is hiervan een goed voorbeeld. Maar er kan veel meer.

Denk bijvoorbeeld aan aanbieders die effectievere zorg kunnen leveren door onderling verschuiven van taken, zoals een huisartsenpraktijk die ook een paar eerstelijnsverblijf bedden aanbiedt. Die kunnen baat hebben bij het combineren en herverdelen van verschillende budgetten.

Of gebruik de DOT-bekostiging voor meer inzet van bundled payments: voor een patiënt één vast bedrag voor een specifieke aandoening (bij chronische aandoeningen eventueel op jaarbasis). Mits goed ingevoerd, versterkt dit type betaling de focus op voorkomen van complicaties. Een goed voorbeeld is, opnieuw, het contract dat ParkinsonNet in 2012 met zorgverzekeraars afsloot. Dit maakt één aanbieder, in dit geval het ziekenhuis, verantwoordelijk voor de totale kosten voor een patiënt. Die aanbieder stelt vervolgens kwaliteitseisen aan de hele keten van aanbieders die de patiënt behandelen. Zo krijgt in elk geval secundaire preventie een belangrijke plaats in de gezondheidszorg.

Alleen al met dit soort contractinnovaties kan het voor zorgaanbieders aantrekkelijk worden gemaakt om op een andere manier zorg te leveren. Deze beweging kan versterkt worden door inzet van shared savings, waarmee relevante stakeholders financieel profiteren van verbeteringen die besparingen opleveren.

Wim van der Meeren



Wim van der Meeren: 'Zorg die steeds meer persoonsgericht wordt'

Wim van der Meeren is bestuursvoorzitter van **zorgverzekeraar CZ**. We spraken met hem over wat er in de zorg moet gaan veranderen, en over de toekomst van het algemeen ziekenhuis.

'Ziekenhuizen moeten niet langer alles meer doen', zegt Wim. 'Ze zullen een meer gespecialiseerd karakter hebben. Neem bijvoorbeeld de prostaatankerzorg: die kan veel beter uitgevoerd worden door ervaren chirurgen. Maar we moet hierin niet doorslaan: ik geloof niet in het idee om rigoureuus álles te gaan superspecialiseren.' Het gaat Wim niet in de eerste plaats om lagere prijzen, maar om lagere kosten. 'Wat we vooral nodig hebben, is een andersoortige blik, gericht op de patiënt, waarbij je evalueert óf je überhaupt wel therapeutisch moet ingrijpen. Hiermee zijn we begonnen in Bernhoven: kijken en praten of bepaalde zaken wel moeten gebeuren. De afweging van wel of niet opereren is heel relevant'.

'We zien ook hoe shared decision making veel belangrijker wordt. Dat is beter voor de patiënt, leidt tot minder ingrepen, en sluit aan op een tendens van het steeds persoonsgerichter worden van zorg. Concepten als my best treatment, shared decision making, advanced diagnostics en decision support systems door middel van big data - het zijn allemaal voorbeelden van hoe je dit kunt doen. Dat is waar we naartoe moeten, naar een meer persoonsgerichte therapie.'

'Samenwerking in de regio is belangrijk. Alleen dan bereiken we dat zorg op de juiste plek geleverd wordt. De zorgverzekeraar moet hierin de eerste stap nemen. Een mooi voorbeeld is de samenwerking in Parkstad Limburg, waar ze de verbinding tussen cure en care hebben gemaakt.'

Cure-care tandem in Zuidoost-Limburg

Een gezonde en zelfredzame populatie, en de juiste zorg tegen de juiste kosten. Deze maatschappelijke uitkomsten zijn de inzet van een pilot die Meander-Groep, zorgaanbieder in Parkstad Limburg, vanaf voorjaar 2017 uitvoert samen met ketenpartners en

zorgverzekeraars in de regio. Doelstelling is dat patiënten zo min mogelijk tijd in een 'verkeerd' bed doorbrengen, en zo lang en zo veel mogelijk thuis blijven. In de praktijk betekent dit: zo snel mogelijk uit het ziekenhuis (Zuyderland); en doorplaatsen naar de juiste plek: thuis, revalidatie, logeerhuis of verpleeghuis. En dit betekent ook: zo veel mogelijk verminderen van de druk op SEH, AOA en HAP.

En met succes: zo zijn door betere samenwerking de afgelopen negen maanden 120 ziekenhuisopnames en 130 huisbezoeken van een arts voorkomen. Strategie is hierbij het optimaliseren van de keten tussen cure en care, waarin beide naadloos samenwerken als tandem voor complexe en acute ouderenzorg. Dit vergt samenspel tussen ziekenhuis, huisartsen en care-aanbieders. Met een sleutelrol voor goed georganiseerde wijkverpleging.

Verleid en beloon

Belemmeringen wegnemen is niet voldoende. Ook verleiden en belonen van aanbieders horen bij het instrumentarium. Een krachtige methode is het inzetten van transformatiegelden. Die zijn altijd tijdelijk, en kunnen op twee manieren ingezet worden: voor een financieel vangnet in tijden van verandering; en om processtappen in de transformatie te belonen.

Bieden van vangnet

Veranderingen met impact op het gebruik van infrastructuur, zoals het uitplaatsen van zorg, laten aanbieders vaak achter met vraagstukken van desinvestering. Tijdelijke compensatie geeft aanbieders de kans om gecontroleerd af te bouwen, of om een andere bestemming voor de infrastructuur te zoeken. De eerste stappen hierop zijn al gezet, met als bekendste voorbeeld ziekenhuis Bernhoven. Dit sloot voor een aantal jaren een contract met CZ en VGZ, met als doel het afbouwen van zorg. In dit contract is een overgangsperiode afgesproken – pas daarna krijgt Bernhoven te maken met daling van opbrengsten.

Om de transformatie te versnellen, moet dit soort projecten op landelijke schaal navolging krijgen. Maar dan wel met scherp toezicht of de afbouw wel daadwerkelijk plaatsvindt; met een oplossing voor het vastgoed en de kapitaallasten; en vanuit een brede visie op het afbouwen.

Belonen van transformatie

Belonen van processtappen is in Nederland niet gebruikelijk. Toch kan het een krachtig middel bij de transformatie zijn. Een voorbeeld van de toepassing in New York State staat in het kader rechts. Ook bij ons kan 'verleiden van aanbieders' een sterke prikkel zijn voor beweging de goede kant op.

Transformatie in New York State

In de vorige editie van *Wie doet het met wie* schreven we uitgebreid over de transformatie die gaande is in New York State (WDHMMW2016, p. 20). Qua inwoneraantal (bijna 20 miljoen) is deze staat redelijk vergelijkbaar met Nederland, maar het zorgaanbod was erg versnipperd. Om meer samenhang te creëren en onnodig zorggebruik tegen te gaan, is het *Delivery System Reform Incentive Payment* programma (DSRIP) in het leven geroepen. Hoofddoel is een afname van het aantal onnodige ziekenhuisopnames en SEH-bezoeken. Hiervoor was samenwerking nodig tussen grote groepen zorgaanbieders, binnen een tijdsbestek van maar vijf jaar.

Om aanbieders tot deelname te verleiden, is gekozen voor een aanpak waarin ze werden beloond voor elke stap in de gewenste richting. Wat versimpeld, zag dit er zo uit:

- *Periode 1:* aanbieders kregen een beloning als ze deelnamen aan een samenwerkingsverband. Zo zijn in korte tijd 25 (grote) samenwerkingsverbanden gevormd.
- *Periode 2:* aanbieders kregen een beloning voor het kiezen en opstarten van verbetertrajecten, aan de hand van een keuzemenu.
- *Periode 3:* aanbieders kregen een beloning voor het aanleveren van kwaliteitsinformatie. Of de kwaliteit van zorg goed was, speelde (nog) geen rol, alleen de aanlevering zelf telde.
- *Periode 4:* aanbieders kregen een beloning als hun kwaliteit van zorg boven een vooraf vastgestelde norm zat. Die kwaliteit werd zo veel mogelijk vastgesteld per patiëntgroep en niet per aanbieder, om samenwerking en preventie te stimuleren.

Na de vierde periode is de transitie in principe afgerond. Tijdens de looptijd wordt ook gewerkt aan een aangepast bekostigingsmodel, zodat behaalde resultaten duurzaam zijn en aanbieders ook een blijvende prikkel houden voor samenwerking en preventie.

3.2 Beter gebruik van data en technologie

De hoeveelheid medische data groeit explosief. Dit is niet alleen data gegenereerd binnen het zorgnetwerk, waaronder eerste lijn en het ziekenhuis. Maar ook steeds meer data die burgers zelf meten, met wearables of slimme domotica.

Optimaal gebruik van die data is een belangrijke pijler van de transformatie naar een duurzaam zorglandschap. Onder andere door belemmeringen in wet- en regelgeving, blijft medische data blijft nu nog geïsoleerd in de systemen van de zorgverleners. Deze data moet veel meer breed beschikbaar worden gemaakt – voor medisch professionals én voor patiënten/burgers. Dat leidt tot betere samenwerking tussen zorgprofessionals in het zorgnetwerk, en daarmee tot verplaatsing van zorg. En tot meer persoonsgerichte zorg en focus op preventie.

Onze enquête onder ziekenhuisbestuurders laat zien dat recente samenwerking tussen ziekenhuizen onderling, en tussen ziekenhuizen en overige organisaties, al leidde tot verplaatsing van medisch specialistische zorg: naar huisarts of anderhalvelijncentra, en naar de thuissituatie (figuur 6). Maar kijken we naar wat wordt verwacht van nieuwe samenwerkingsverbanden voor de komende jaren, dan zien we die verschuiving nog flink versnellen - mede door inzet van technologie.

Van de bevroegde bestuurders zegt 88% dat technologie onderdeel zal zijn van samenwerking waarin zorg buiten het

ziekenhuis wordt verplaatst (figuur 7). En 68% verwacht dat technologie die verschuiving optimaal zal laten verlopen, of dat die verschuiving zonder technologie überhaupt niet mogelijk is. Uitwisseling van data en het toepassen van nieuwe technologie is dus cruciaal om de transformatie mogelijk te maken.

Maar wat de enquête ook laat zien, is dat de ict-agenda van ziekenhuisbestuurders in 2017 nog in de eerste plaats wordt gedomineerd door het elektronisch patiëntendossier (figuur 8). Daarna volgen het opstellen van een digitale strategie, en uitwisseling van data met patiënten en/of met andere zorgprofessionals. Ziekenhuizen komen nog niet toe aan het echt transformeren van het zorgproces met de inzet van nieuwe technologie.

Wij vinden dat zorgplatformen voor connectiviteit met de regio, zorg op afstand, en het toepassen van kunstmatige intelligentie als beslisondersteuning voor medisch professional én de patiënt, de sleutel vormen voor het toekomstig zorglandschap. Dit verdient daarom meer aandacht op de bestuurlijke agenda.

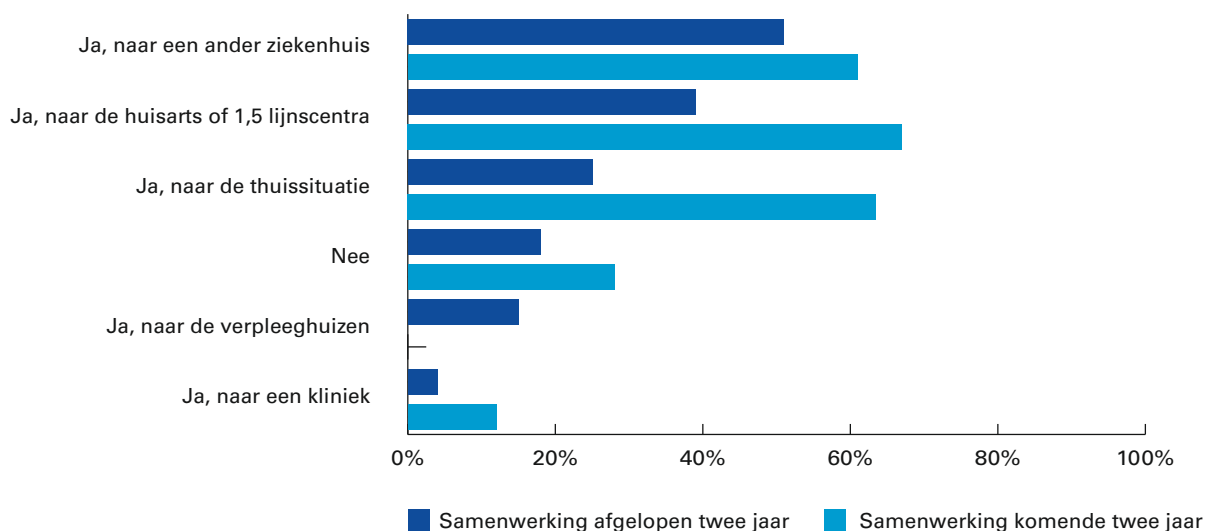
Tegelijkertijd maken bestuurders van ziekenhuizen zich zorgen over de beschikbaarheid van middelen voor investeringen in technologie. Er wordt wel veel geïnvesteerd in de ontwikkeling van nieuwe technologie, maar dit is nog geen garantie dat de technologie ook beschikbaar komt voor ziekenhuizen.

Figuur 6:

Verplaatsing van zorg naar huisarts, anderhalvelijncentra en thuissituatie wordt de komende jaren belangrijker.

Bron: enquête KPMG (2017).

Verplaatsing medisch specialistische zorg door aangaan samenwerkingsverbanden

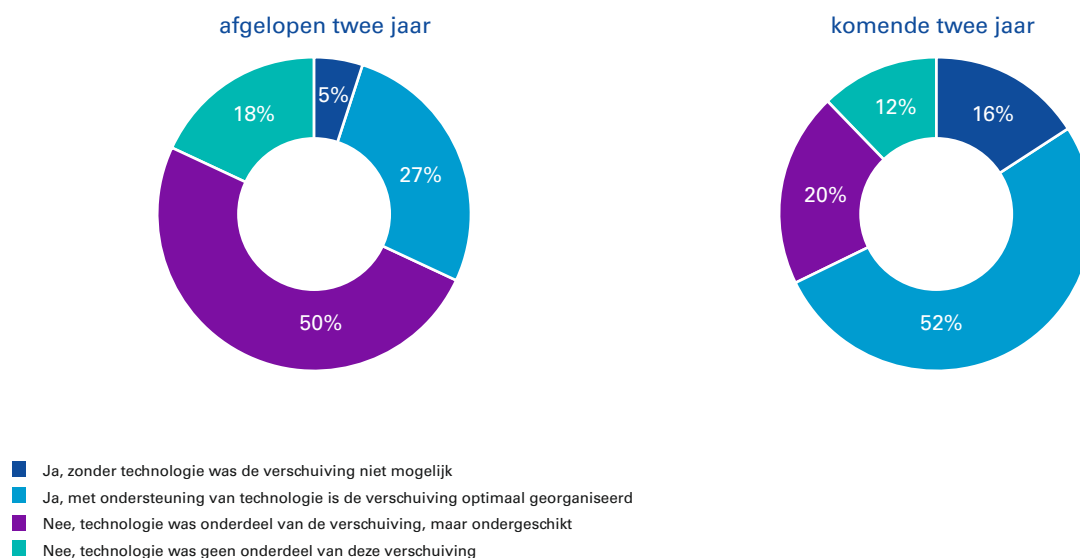


Figuur 7:

Volgens bestuurders van ziekenhuizen maakt technologie verdergaande verplaatsing van zorg mogelijk.

Bron: enquête KPMG (2017).

Maakt technologie het mogelijk dat verschuiving van medisch specialistische zorg naar een andere locatie is/wordt gerealiseerd?



Wereldwijd is in 2017 meer dan acht miljard dollar geïnvesteerd in e-healthbedrijven (vooral kunstmatige intelligentie en data analytics). In Nederland stelt het kabinet Rutte-III tot 2021 een bedrag van € 40 miljoen beschikbaar voor innovatieve start-ups in de gezondheidszorg. Maar de inbedding in

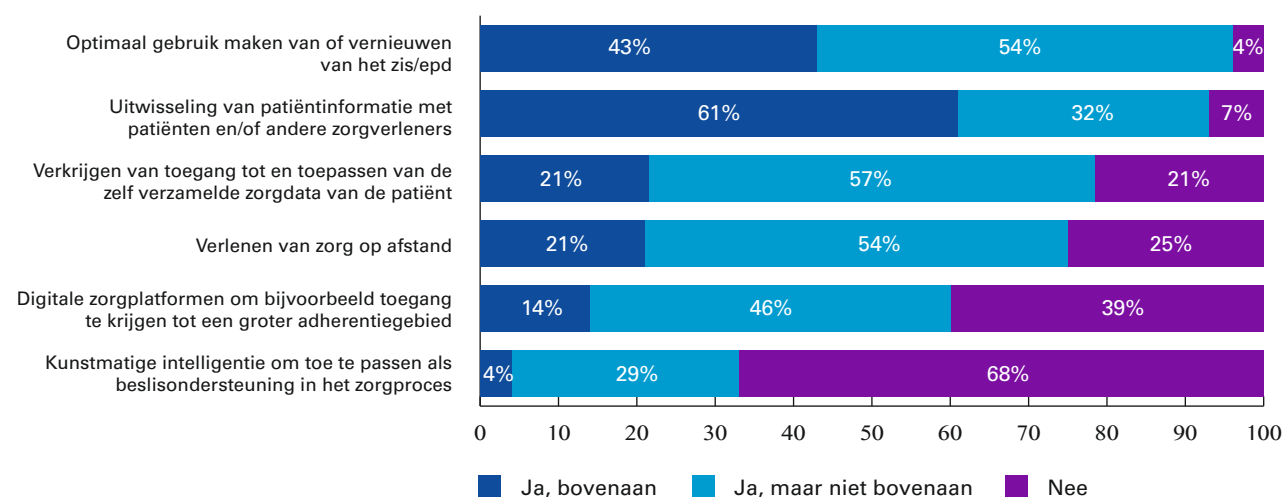
zorginstellingen verloopt moeizaam. Mede om die belemmeringen weg te nemen, zetten ziekenhuizen steeds meer in op innovatieve partnerships en samenwerkingsverbanden met (technologie-)organisaties buiten de zorgketen.

Figuur 8:

Elektronisch patiëntendossier staat nog altijd bovenaan de agenda van bestuurders van ziekenhuizen.

Bron: enquête KPMG (2017).

Staan onderstaande thema's rondom technologie en digitalisering op de bestuurlijke agenda?



Drie niveaus van innovatie

Technologische innovaties zorgen voor grote veranderingen in de manier waarop we zorg verlenen en krijgen. De grootste winst komt uit datagedreven technologische innovatie: hoe we zorgdata toepassen, drijft de verandering in de zorg.

Goed toepassen van deze innovaties, is voor zorginstellingen een grote opgave. Die bovendien steeds complexer wordt, doordat het niet langer gaat om zorginstellingen afzonderlijk maar steeds meer om de verbinding in regionale zorgnetwerken. Ook de bestuurlijke ict-agenda ontwikkelt zich in die richting. Wij onderscheiden hierin drie niveaus.

Niveau 1: basis op orde

- Optimaliseren en standaardiseren epd.
- Patiënten toegang geven tot de eigen medische data.

Niveau 2: digitale zorg

- Communiceren met de patiënt, via portals en persoonlijke gezondheidsomgevingen.
- Uitwisselen data tussen zorgaanbieders.
- Verlenen van zorg op afstand: e-consult en monitoring van patiënten.
- Toepassen van data analytics voor verbeteren kwaliteit en effectiviteit van zorg.

Niveau 3: het digitale zorgnetwerk

- Digitale zorgplatformen als standaard uitwisselmechanisme tussen zorgaanbieders.
- Structureel toepassen van door de patiënt zelf gemeten waarden.
- Geavanceerde beslisondersteuning op basis van grote datasets en kunstmatige intelligentie.

Voor optimaal delen en toepassen van geïntegreerde medische data zijn drie dingen nodig: **beter benutten** van nieuwe technologie; **standaardisatie** van het datamodel; en **toegankelijk** maken van medische data.

Weg vrij voor toepassing van innovatieve technologie

Nieuwe technologie, waaronder e-health en data analytics, draagt voor de zorgsector veel beloftes in zich, maar wordt nog onvoldoende op waarde geschat. We hebben in Nederland al wel veel voorbeelden van innovatieve pilots, met vaak ook snel resultaat. Zo onderzoekt het UMCG wat blockchain

kan betekenen voor effectief decentraliseren van zorgdata en data afkomstig van het LifeLines-programma rondom healthy aging. Maar serieuze opschaling van dit soort toepassingen komt nog onvoldoende van de grond.

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, in zijn brief aan toenmalig minister Schippers in januari 2017, stelt dat de overheid opschaling van e-health meer moet stimuleren.

Ervaren belemmering in wet- en regelgeving en bekostiging moet worden weggenomen. Wij onderschrijven dit advies.

Centrale regie op standaardisatie van het datamodel

Uitwisselen van data is pas effectief als informatie door alle schakels in de zorgketen op dezelfde manier wordt vastgelegd. Alleen dan heeft die informatie in alle onderdelen van het zorgproces dezelfde waarde en betekenis, en kan die goed worden (her)gebruikt. Dit is bijvoorbeeld nodig om verschillende aanbieders zorg op afstand te laten leveren; of om vanuit een toekomstig interventiecentrum op afstand nazorg te geven via de eerstelijns.

Die standaardisatieslag van het datamodel kan niet worden verwacht van afzonderlijke leveranciers van epd-systemen. Op brancheniveau, en samen met de overheid, moet hier centraal regie worden gevoerd. Als landelijk heldere afspraken zijn gemaakt, mag worden verwacht dat leveranciers zullen volgen.

Er worden in Nederland al goede stappen gezet naar standaard definities in de zorg. In 2014 is het programma *Registratie aan de bron* gestart, een initiatief van de acht UMC's en Nictiz om tot eenduidige, goed uitwisselbare patiëntinformatie te komen. Intussen doen alle Nederlandse ziekenhuizen mee. Ook het ministerie van VWS heeft dit initiatief omarmd, en versnelt samen met de NVZ de implementatie van de standaarden met het VIPP-programma (*Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional*). In VIPP worden ziekenhuizen met subsidie verleid om de standaarden goed toe te passen, en om gestandaardiseerde informatie-uitwisseling met patiënten mogelijk te maken. Er komt nu ook een VIPP-programma voor de ggz.

Internationale voorbeelden laten zien dat dit soort programma's succesvol kan zijn. Het Amerikaanse *Meaningful Use* programma geeft al vanaf 2009 een enorme versnelling aan het gebruik van zorg-ict. In België is in 2015 een soortgelijk programma gestart. Bij ons is VIPP de eerste stap, die bij succes moet worden verbreed.

Clalit (Israël): optimaal gebruik van medische data

Het Israëlische gezondheidssysteem is heel effectief en laat bijzondere resultaten zien. De levensverwachting is hoog, en de sterfte als gevolg van kanker en onder kinderen ligt ver onder het OESO-gemiddelde. De totale kosten zijn rond 7,5% van het bbp, lager dan de meeste andere OESO-landen.

In Israël wordt de zorg georganiseerd door vier non-profit HMO's (organisaties die zowel de zorg verzekeren als de zorg leveren). Clalit is de grootste hiervan, met meer dan 4 miljoen leden (meer dan de helft van de bevolking). Clalit is eigenaar van 1.500 klinieken, 14 ziekenhuizen (waaronder drie geriatrisch en voor revalidatie en twee voor ggz) en 30% van de bedden in het land. Ook heeft Clalit een aantal community care centers. De centrale rol van de huisarts als poortwachter van de medisch specialistische zorg is door Clalit stevig neergezet, zodat zoveel mogelijk zorg vanuit de eerste lijn wordt aangeboden. De huisarts is vaak ondergebracht in klinieken waar patiënten ook laagdrempelig een specialist kunnen zien.

Al sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw wordt data van alle zorgaanbieders integraal verzameld en slim toegepast. Zo gebruikt Clalit de medische data voor voorspellende analyses op populatie- en patiëntniveau, om op basis daarvan gerichte interventies te plegen. Huisartsen en andere professionals beschikken over klinische-beslissingsondersteuning op basis van (alle) aanwezige data. Het systeem is intussen zo volwassen dat het zelf de huisarts inschakelt om actie te ondernemen als bepaalde risicoscores een te hoog niveau bereiken. Hierbij helpt de beschikbaarheid van data om de zorg zoveel mogelijk vanuit de eerste lijn te leveren.

De data is ook voor patiënten beschikbaar. Via patiëntenportals krijgen die inzicht in en uitleg over bijvoorbeeld de beschikbare klinische opties. Mede door volledige openheid door artsen over de geleverde kwaliteit, is de patiënttevredenheid hoog.

Data-uitwisseling óók tussen medisch professionals onderling

We zien in Nederland een beweging waarbij medische data geüniformeerd beschikbaar wordt gesteld aan patiënten. Dit wordt gestimuleerd door VWS, met de programma's VIPP en *MedMij* (stelt standaarden op voor de digitale uitwisseling van medische data tussen zorgverleners en patiënten). In 2018 zal de uitwisseling op basis van MedMij-standaarden op gang komen, en kunnen medische data afkomstig van zorgaanbieders in verschillende persoonlijke-gezondheidsomgevingen integraal worden ontsloten.

De burger voegt hier de zelf gemeten data aan toe, houdt het overzicht en de regie, en kan zelf bepalen wie zijn of haar medische data kan inzien en welke data wordt gebruikt voor preventieve analyse of wetenschappelijk onderzoek. Kortom: decentralisatie van beheer van data, van zorgaanbieder naar burger. Die laatste wordt hiermee in het midden van het zorgnetwerk geplaatst.

Maar met dat laatste heeft de medisch professional nog (steeds) géén integrale toegang tot de juiste zorginformatie. Uitwisselen van patiëntgegevens tussen medisch professionals onderling, moet dan ook een hogere prioriteit krijgen. Dit is vooral nodig op regionaal niveau, en tussen verschillende typen zorgaanbieders. Het is daarom aan het regionale zorgnetwerk om deze uitwisseling goed tot stand te brengen. De huidige Regionale Samenwerkingsorganisaties (RSO's) hebben hier een belangrijke rol, maar kunnen dit alleen doen met een helder mandaat vanuit de zorgaanbieders in een regio. Een voorbeeld is het Regionaal Elektronisch Netwerk West-Brabant (REN). Hierin werken ruim 700 zorgaanbieders samen aan de regionale uitwisseling van medische informatie. De rol van dergelijke netwerken wordt steeds groter, ook in de toepassing van de data. Het slim verzamelen en toepassen van medische data blijkt in het zorgsysteem van Clalit, een HMO in Israël, een belangrijke succesfactor, en is daarmee een voorbeeld voor de Nederlandse praktijk (zie het kader links).

Inzicht in kwaliteit van geleverde zorg

De burger moet beter worden geïnformeerd over de kwaliteit van geleverde zorg. Dit geeft een gezonde druk op het realiseren van de verandering. We zien hiervan al mooie voorbeelden. Er zijn landelijk initiatieven gestart om het eigenaarschap van de patiënt voor de eigen zorg te vergroten. Het programma *Samen Beter* brengt lokaal de beweging op gang, waarin mensen en organisaties zélf verantwoordelijkheid en eigenaarschap nemen voor hun bijdrage aan een gezonde, vitale samenleving. Nieuwe mogelijkheden met ict spelen hierin ook een belangrijke rol. Het programma MedMij maakt de grootschalige opkomst van mogelijk van pgo's

(persoonlijke gezondheidsomgevingen). Patiënten en burgers zullen bij het gebruik van een pgo ook steeds meer van hun zorgverlener gaan eisen dat mogelijkheden voor digitale zorg worden toegepast. De burger kan hiermee beter geïnformeerd het gesprek aangaan met de dokter, en is mede aanjager van de verandering.

3.3 Centrale regie voor decentrale transformatie

Koude sanering of warme transformatie?

Afwijken van gebaande paden is voor zorgaanbieders geen makkelijke opgave. In vorige paragrafen gaven we aan wat nodig is om belemmeringen weg te nemen. De opgave waar we met ons allen voor staan, is groot en impactvol voor alle betrokkenen. Er is daarom méér nodig dan alleen wegnemen van belemmeringen en realiseren van mooie voorbeelden op lokaal niveau. Als we afwachten, lopen we het risico op ongecontroleerd wegvallen van zorg, en daarmee op het moeten maken van keuzes uit crisis. Dat laatste is geen ondenkbaar scenario, zoals al beschreven in paragraaf 1.3.

Centrale regie voor decentrale zorg

Een gecontroleerde herinrichting van het zorglandschap vraagt behalve om daadkracht en leiderschap ook om regie. Welke vorm van regie past precies bij de warme transformatie die nodig is? In bijvoorbeeld Singapore, Denemarken en Noorwegen zien we dat gekozen is voor centrale regie op de totale inrichting van het zorglandschap. Op nationaal niveau is daar op de tekentafel bedacht hoe de zorg er uit moet zien. Dit is voor Nederland ongewenst: het geeft aanbieders te weinig speelruimte, en houdt geen rekening met lokale verschillen. Maar wat we in Nederland ook zien, is dat het evenmin goed werkt om de transformatie helemaal over te laten aan regio's, of aan afzonderlijke aanbieders en/of verzekeraars.

Wij bepleiten daarom een tweesporen-strategie voor regie van de transformatie. Op centraal niveau moeten we de uitgangspunten formuleren over het aantal interventiecentra en waar die nodig zijn. De volgende stap, hoe je de zorg precies wilt invullen, is aan de regio. Ook is centrale regie nodig op specifieke onderdelen van het systeem, zoals aanpassen van de bekostiging, mogelijk maken van data-uitwisseling, verleiden van aanbieders door inzet van transitiegelden. Maar hoe de zorg dan verder precies wordt vormgegeven, wordt decentraal bepaald.

Aan de hand van de landelijke uitgangspunten, in een transformatie-akkoord, werken regio's zelf hun plannen uit, in samenwerking tussen alle betrokken partijen. Wie bij die regionale samenwerking het initiatief neemt, moet evenmin centraal worden vastgelegd. Belangrijke succesfactor voor het slagen van samenwerking is de intrinsieke motivatie van

Edwin van der Meer



Ronald Schmidt



Duco Stuurman



Edwin van der Meer, Ronald Schmidt en Duco Stuurman: 'In Noord is echt de wil om dingen te doen'

We spraken met Edwin van der Meer (bestuurder van het **BovenIJ ziekenhuis**), Ronald Schmidt (bestuurder van **Cordaan**) en Duco Stuurman (directeur **sociaal domein gemeente Amsterdam**), over de succesfactoren van de samenwerking in Amsterdam-Noord. In Amsterdam-Noord is de zorg domeinvrij.

Aanbieders van zorg en welzijn werken samen, met als doel dat mensen een optimaal aanbod krijgen van zorg en welzijn dat is afgestemd op hun behoeften. Belangrijk onderdeel is een uniforme en integrale werkwijze voor triage en casemanagement, voor de doelgroepen kwetsbare ouderen, minima en jeugd.

'We werken in Amsterdam-Noord als één team', legt Edwin uit, 'waardoor we snel kunnen vaststellen wat de problematiek is en wat er nodig is voor een cliëntgerichte aanpak. Door de samenwerking met de gemeente en met Zilveren Kruis worden we hierbij niet gehinderd door schotten in de financiering. De kern van deze samenwerking is dat we kijken naar gewenste uitkomsten, en daarover met onze financiers afspraken maken.'

Over de rol van de financier zegt Duco Stuurman dat het belangrijk is om vertrouwen te hebben. 'We zijn als gemeente terughoudend op de inhoud, je moet voorkomen dat je als financier allerlei extra regels toevoegt. We faciliteren het samenwerken, en zien in Noord de wil om dat ook echt te doen.' Ook Edwin benadrukt als leidend principe: hoe maak je het samen beter. 'Dat vraagt om een duidelijke strategie, om onderling vertrouwen, en om lef om op een andere manier te

durven denken. Dwarse saamhorigheid noemen we dat in Amsterdam Noord.'

Wat kunnen andere regio's leren als het gaat om succesfactoren? Ronald: 'Je moet willen veranderen. Als de intrinsieke motivatie ontbreekt, werkt het niet. Wat in de samenwerking helpt, is wegnemen van drempels. Zoals doorbreken van financiële schotten zodat we over de grenzen van de domeinen kunnen kijken, en lange-termijnafspraken met de financier.'

Edwin: 'Geld op zich is geen prikkel, afspraken over (ervaren) kwaliteit en continuïteit zijn dat wel, met de afspraak dat iets in het eerste jaar niet gelijk goed hoeft te gaan. Wat ons stimuleert, is dat we de regelruimte krijgen om de uitkomsten te bereiken, en daarover leggen we verantwoording af.' Duco: 'We zien in Nederland dat dingen op het gebied van beleid soms maanden duren, terwijl je een lening bij de bank in een halve dag hebt. In Amsterdam doen we dat anders. In Noord is ook wil om dingen te doen, het is niet alleen een functionele relatie. Dat is waarom het hier werkt.'

Tot slot wat tips voor andere regio's. Ronald: 'De combinatie van het medisch én sociaal domein is cruciaal. Betrek hierbij dan ook beide financiers, zodat je duurzame afspraken kan maken zonder financiële schotten. Bestuurlijk commitment is belangrijk, inclusief de bereidheid om de eigen organisatie ondergeschikt te maken'. Dat vergt ook samenwerking met financiers, om comfort te bieden, anders gaan partijen afhaken. Ieder moet zijn rol nemen, maar ook over de eigen grenzen heen durven kijken. Duco: 'En zorg ook dat het leuk is, dat er lol is, dan doet iedereen meer zijn best.'

Beter Samen in Noord (BSiN) is een zorg- en welzijnsprogramma in Amsterdam-Noord waarin nieuwe integrale werkwijzen worden ontwikkeld. Beter Samen in Noord wordt uitgevoerd door een unieke 'krijtmolenalliantie' van dertien zorg- en welzijnsaanbieders in samenwerking met de gemeente Amsterdam en zorgverzekeraar Zilveren Kruis.

de deelnemers - ze moeten zelf ook willen veranderen. Wel kan de voortgang centraal gemonitord worden, door bijvoorbeeld VWS of de NZa.

Naast het sluiten van het hoofdlijnenakkoord met financiële afspraken, moet VWS dus regie voeren op het afsluiten van een transformatie-akkoord. Dit bevat de inhoudelijke kaders: wat zijn de uitgangspunten voor het eindbeeld en voor het

vormen van regio's? En onderdeel is ook een masterplan om aanbieders te verleiden en te stimuleren om in de regio de transformatie aan te gaan. Door beschikbaar stellen van transitie-middelen of zekerheid in de contractering geeft VWS of de financier een positieve impuls aan het realiseren van toekomstbestendige zorg in de regio. Hoe de realisatie van de transformatie in uw regio eruit kan zien, beschrijven we op de volgende pagina.

Aan de slag: hoe realiseer je de transformatie in de regio?

Organisaties, bestuurders en zorgverleners moeten over de eigen schaduw heen stappen, om tot een andere infrastructuur te komen. Dit vraagt bij iedereen om lef, leiderschap en voorbeeldgedrag. Een succesvolle transformatie vraagt een aantal essentiële acties:

- 1 Zoek in de regio medestanders om gezamenlijk te kijken hoe de zorg in de regio toekomstbestendig gemaakt kan worden. Formuleer met elkaar een **gezamenlijk beeld**, en betrek hierbij zowel aanbieders, financiers en inwoners. Welk resultaat willen we gezamenlijk bereiken? Wat betekenen de landelijke uitgangspunten voor de regio? Maak hiervan een vertaling voor de regio en eigen organisatie. Haal boven tafel hoe de zorg eruit moet gaan zien, wat daarin de dilemma's zijn, wat goede voorbeelden zijn, en wat nodig is om de ambities te realiseren. Bespreek daarbij ook de **randvoorwaarden** die we in hoofdstuk 3 beschreven.
- 2 Vertaal de ambities naar **concrete doelstellingen**; bijvoorbeeld per patiëntengroep, zoals chronisch zieken of kwetsbare ouderen.
- 3 Formuleer met elkaar wat de impact is voor de deelnemers; wat de succesfactoren zijn, en welke financiering (op welke manier) dit vergt. Dit inzicht is nodig om afspraken te maken over wie het voortouw neemt en welke (des)investeringen nodig zijn. Hiermee ken je **elkaars belangen, risico's en drijfveren**.
- 4 Stel met elkaar een **plan van aanpak** vast. Wat wordt in welke periode gerealiseerd? Welke stappen zijn hier voor nodig? Wat zijn ieders rol en verantwoordelijkheden? Benoem een aantal verbeterinitiatieven, die bijdragen aan het halen van de doelstellingen.
- 5 Om duidelijk te krijgen welke verbeterinitiatieven wel en niet werken, zijn afspraken nodig over **monitoring en evaluatie**. Dit betekent ook dat niet-succesvolle initiatieven worden gestaakt, en dat leerervaringen worden gedeeld. Succesvolle initiatieven schalen we juist op. Bij het meten van de effecten van de verbetering van de kwaliteit van zorg, kan bijvoorbeeld gekeken worden naar patiëntervaringen, medewerkerservaringen, zorguitkomsten, toegankelijkheid van de zorg; en naar de vraag of die zorg tegen dezelfde of lagere kosten is geleverd.



Auteurs



Anna van Poucke, partner KPMG Health

Sectorleider KPMG Health en een van de experts in KPMG's Global Centre of Excellence. Begeleidt regio's bij de herinrichting van de zorginfrastructuur, en fusies, overnames en strategische samenwerkingstrajecten in de zorg, zowel in als buiten Nederland. Adviseert ook bij de herstructurering van zorginstellingen in zwaar weer.



Hylke Kingma, associate director KPMG Health

Adviseur digitale zorg met ruime kennis van (innovatieve) zorg-ict. Ondersteunt ziekenhuizen en samenwerkingsverbanden bij het maken van strategische keuzes en bij de uitvoering daarvan.



Jebbe Schellevis, senior manager KPMG Health

Ervaren adviseur in de medisch specialistische zorg met expertise van strategische en financiële vraagstukken. Begeleidt strategie-, portfolio- en samenwerkingstrajecten in ziekenhuizen en doet analyses naar de impact daarvan op de bedrijfsvoering.



Josine Janus, manager KPMG Health

Adviseur met brede ervaring rond het herinrichten van (delen van) het zorgland-schap in binnen- en buitenland. Speciale aandacht voor vraagstukken rond bekostiging en het inzetten van verleiding en beloning in transformaties.



Luc Starmans, senior consultant KPMG Health

Strategisch adviseur in de gezondheidszorg en life sciences, met affiniteit voor kwantitatieve en financiële vraagstukken. Expertise in het inzichtelijk maken van patiëntstromen, anders inrichten van zorg, en opstellen van business cases.



Marijke Ploegman, senior manager KPMG Health

Ervaren adviseur die klanten begeleidt bij veranderingen in de langdurige zorg en zorg thuis. Met kennis op het gebied van strategie, kwaliteit en regionale samenwerking.

Redactionele ondersteuning: Flip Vuijsje

Met dank aan: Arjan Ogink, David Ikkersheim, Karina Kuperus, Marthe Houpt, Randall Baran-Chong en Wencke van der Meijden.



Voor vragen over de inhoud van deze rapportage
of aanvraag van een hardcopy exemplaar kunt u
contact opnemen met Marthe Houpt,
marketingadviseur KPMG Health via:
T +31 20 656 4384
E haupt.marthe@kpmg.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.

© 2018 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 Coöperatieve ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. De naam KPMG en het logo zijn geregistreerde merken van KPMG International.