



**KPMG**  
cutting through complexity

PLEXUS

KPMG GEZONDHEIDSZORG

# Integrale zorg

Naar nieuwe coalities in de zorg

kpmg.nl  
kpmgplexus.nl



# Integrale zorg: een nieuw, maar begaanbaar pad voor de toekomst

Voormalig minister Jan Kees de Jager zei tijdens zijn laatste begrotingsronde: *“Ik heb nog drie gaten in mijn begroting, de eerste twee heb ik denk ik opgelost. Van de derde lig ik 's nachts wakker: de zorg.”*

Daarmee had hij niet treffender de uitdaging in de zorg kunnen verwoorden: hoe kunnen wij de toenemende zorgvraag opvangen, zonder de totale kosten boven het macrokader uitkomen? Ook uit ons onderzoek voor deze publicatie blijkt duidelijk dat mede door vergrijzing en de toenemende technologische mogelijkheden de zorgvraag steeds verder stijgt, terwijl er niet meer geld voor beschikbaar komt. Dat plaatst de Nederlandse samenleving voor een stevig dilemma. Verhogen we de eigen bijdrage verder? Laten we premiestijgingen toe of verkleinen we het basispakket? Allemaal maatregelen die de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg voor de Nederlandse burger zwaar onder druk zetten.

Met de Hoofdlijnenakkoorden hebben partijen in de zorg besloten om de medisch-specialistische zorg maar zeer beperkt te laten groeien. Daarmee komen ze tegemoet aan de maatschappelijke druk om de zorg betaalbaar te houden. Tegelijkertijd legt het wel de uitdaging neer bij de zorgaanbieders om binnen die beperkte groeirimte ook tegemoet te komen aan die stijgende zorgvraag.

Met deze publicatie willen wij een perspectief bieden op de mogelijkheden die er zijn om goede zorg te blijven bieden binnen de nieuwe kaders die zijn ontstaan. Daarvoor hebben we gekeken naar succesvolle voorbeelden in binnen- en buitenland. Aan de hand van die voorbeelden hebben wij het concept van integrale zorg verder uitgewerkt.

In deze benadering van de zorg staat de zorgvraag van de burger in de regio centraal. Grenzen tussen zorgaanbieders verdwijnen en communicatiesystemen en samenwerkende professionals zijn belangrijker dan de gebouwen waar de zorg geleverd wordt. Daarmee veranderen ook de traditionele rollenpatronen van zorgaanbieders in de regio.

Deze ontwikkeling zal niet alleen veel vragen van zorgaanbieders. Om de omwenteling succesvol te laten zijn, zijn aanpassingen in de bekostiging en investeringen in de lokale informatie-infrastructuur nodig. Ook zorgverzekeraars en investeerders hebben daarmee een rol in het vormgeven van nieuw denken en handelen in de zorg.

Met deze publicatie hopen wij een handreiking te bieden aan alle partijen die betrokken zijn en zo onze bijdrage te leveren aan een duurzame toekomst van de zorg in Nederland. Wij zien ernaar uit om het gesprek hierover met u verder aan te gaan.

## Anna van Poucke

Sectorleider Ziekenhuizen KPMG Plexus  
Partner KPMG Plexus





# Inhoud

<b>1</b>	<b>Huidige ontwikkelingen in de zorg vragen om ingrijpende veranderingen in de organisatiemodellen van zorginstellingen</b>	<b>6</b>
	Met de Hoofdlijnenakkoorden ambieert het kabinet samen met het veld een forse ombuiging van de kosten voor de medisch-specialistische zorg	6
	Demografische ontwikkelingen en beperking van de groei ruimte leiden tot frictie voor de ziekenhuizen	7
	De situatie vraagt om ingrijpende veranderingen in de huidige organisatiemodellen	8
<b>2</b>	<b>Inzetten op nieuwe integrale modellen voor chronische en ouderenzorg</b>	<b>10</b>
	De combinatie van groei en mogelijkheden voor andere zorginfrastructuren maakt chronische en ouderenzorg interessant voor nieuwe zorgmodellen	10
	Inzet van integrale zorg, de gemeenschap en netwerkzorg voor de chronische en ouderenpopulatie	11
	Een pragmatische vertaling van het integrale zorgmodel	12
<b>3</b>	<b>Wat kunnen we leren van het buitenland op het gebied van samenwerking en integrale zorg?</b>	<b>16</b>
	Buitenlandse modellen van integrale zorg boeken succes	16
	Succesfactoren voor samenwerking en integrale zorg	20
<b>4</b>	<b>Stappenplan voor de inrichting van netwerkstructuren tussen zorgpartners</b>	<b>22</b>
	Stap 1: Regionaal ontwerp: een programma van eisen	22
	Stap 2: Lokaal ontwerp	22
	Stap 3: Beslissing tot herinrichting zorg	22
	Stap 4: Implementatie	23
	Het waarborgen van integrale zorg is een iteratief proces	23
<b>5</b>	<b>Integrale zorg in netwerken is de toekomst</b>	<b>27</b>
	Zorg in netwerken, los van stenen	27
<b>6</b>	<b>Over KPMG Plexus</b>	<b>28</b>
	Onze ambitie	28
	Complexe verandertrajecten	28
	Internationaal netwerk KPMG	28
	Onze ervaring op het gebied van samenwerking en nieuwe zorgmodellen	28

# Huidige ontwikkelingen in de zorg vragen om ingrijpende veranderingen in de organisatiemodellen van zorginstellingen

De zorg staat voor grote uitdagingen. In deze tijd van beperkte economische groei is binnen alle sectoren in de markt de druk hoog om kosten te besparen en onnodige uitgaven te voorkomen. De zorg, waar de kosten al jarenlang harder groeien dan het bruto binnenlands product (BBP), wordt hierdoor extra onder de loep genomen. Ondertussen neemt de vraag naar zorg onverminderd hard toe. Deels vanwege onze vergrijzende bevolking, maar ook technologische vooruitgang en de inrichting van bekostigingsstructuren spelen hier een grote rol.<sup>1</sup> Tot slot verwachten we in de toekomst allemaal voldoende zorg van hoge kwaliteit te kunnen consumeren. Door al deze ontwikkelingen komen traditionele zorgmodellen steeds meer onder druk te staan en lijken deze onvoldoende geëquipeerd om de benodigde kostenombuigingen op een duurzame manier en met behoud van kwaliteit te faciliteren. De situatie vraagt om een radicale verandering in onze benadering van de zorg en de manier waarop we ons aanbod structureren rondom de vraag van de burger.

In dit hoofdstuk beschrijven we hoe de beperking van de groei van ziekenhuisuitgaven en de demografische ontwikkelingen de ziekenhuizen prikkelen tot de ontwikkeling van vernieuwende zorgmodellen. Hierbij verschuift de focus van zorg die binnen de ziekenhuis-muren wordt gegeven naar zorg die zo dicht mogelijk bij de burger wordt gegeven.

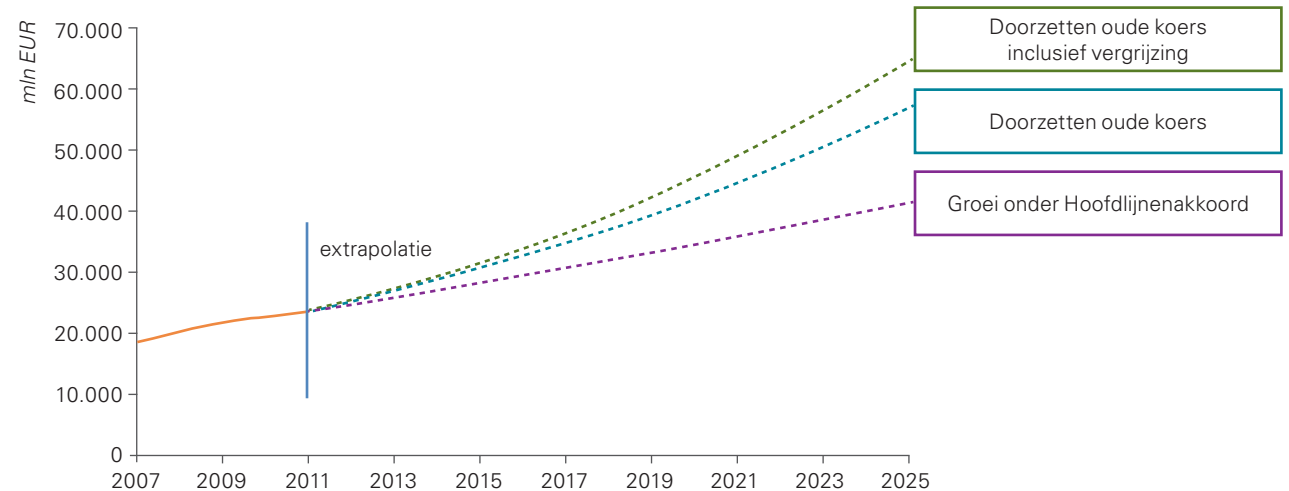
## Met de Hoofdlijnenakkoorden ambieert het kabinet samen met het veld een forse ombuiging van de kosten voor de medisch-specialistische zorg

Ongeveer de helft van de kosten binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) wordt gemaakt op het gebied van de medisch-specialistische zorg.<sup>2</sup> De groei van de medisch-specialistische zorg bedroeg in de periode 2007-2011 gemiddeld 6,6%<sup>3</sup> en is – gezien het aandeel in de Zvw – ook grotendeels bepalend geweest voor de soortgelijke groei van de hele Zvw. In het Hoofdlijnenakkoord 2012-2015 hebben de overheid, aanbieders van specialistische zorg en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) gezamenlijk getekend voor het terugdringen van de jaarlijkse kostengroei tot maximaal 2,5% – exclusief loon- en prijsbijstelling – voor de gehele

medisch-specialistische zorg. In het Hoofdlijnenakkoord 2015-2017 is de groei verder teruggebracht naar jaarlijks 1% (met een tussenstap van 1,5% groei in 2014). Na loon- en prijsbijstelling bedraagt de jaarlijkse groei naar schatting 5,3%<sup>4</sup> tot 2015 en 3,8% vanaf 2015<sup>5</sup>. Naar verwachting zal de begrenzing van de kostengroei niet evenredig worden verdeeld over de ziekenhuizen. Verzekeraars mogen besluiten aanbieders met goed functionerende businessmodellen sterker te laten groeien en anderen juist minder. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars ook besluiten om de contracteerruimte van de eerste lijn te laten groeien ten laste van de ziekenhuizen. Dit betekent dat alle ziekenhuizen zich de komende jaren gezamenlijk moeten inspannen om de groei van de zorgkosten te beperken (Figuur 1).

**Figuur 1**

Vergrijzing van de bevolking vergroot de uitdaging voor ziekenhuizen om binnen de groeifspraken van het Hoofdlijnenakkoord te blijven



<sup>1</sup> KPMG Plexus (2012), Onderzoek excess growth

<sup>2</sup> KPMG Plexus (2012), Onderzoek excess growth, pagina 20. Gebaseerd op CBS-data.

<sup>3</sup> CBS-data 2007-2011 over totale uitgaven aanbieders zorg.

<sup>4</sup> VWS, NVZ, NFU, ZKN en ZN (2011), Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015 tussen NVZ, NFU, ZKN, ZN en ministerie van VWS

<sup>5</sup> VWS, NVZ, NFU, NPCF, ZKN, OMS en ZN (2013), Onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017

## Demografische ontwikkelingen en beperking van de groeirimte leiden tot frictie voor de ziekenhuizen

De demografische ontwikkeling van de Nederlandse bevolking leidt de komende jaren tot een stijging van de zorgvraag: we worden ouder en we leven langer. Het Centraal Plan Bureau (CPB) voorspelt dat in 2020 20% van de bevolking bestaat uit 65-plussers: ongeveer 0,8 miljoen meer 'ouderen' dan in 2010.<sup>6</sup> Daarnaast leven 65-jarigen in 2020 gemiddeld tien (vrouw) tot dertien maanden (man) langer dan in 2012.<sup>7</sup> Dat langer leven gaat steeds vaker gepaard met een chronische aandoening die zorg en aandacht vraagt. Door de dubbele vergrijzing is het de verwachting dat de prevalentie van vooral chronische ziekten en oncologische aandoeningen de komende jaren relatief snel toeneemt.

KPMG Plexus deed onderzoek in de regio Noord-Nederland naar de ontwikkelingen in de volumes van DOT-zorgproducten van ziekenhuizen in verschillende zorggebieden. Resultaten tonen aan dat, zonder aanpassing van de huidige trends, het volume van de chronische en oncologische DOT-zorgproducten in Noord-Nederland rond de 12% toeneemt tussen 2012 en 2020 (jaarlijkse groei van 1,5%).<sup>8</sup> De ziekenhuisvolumes voor de electieve en acute zorg nemen in deze regio in mindere mate toe: 3% tussen 2012 en 2020 (jaarlijkse groei van 0,3%). Het volume van de verloskundige DOT's neemt in deze regio zelfs met 11% af (jaarlijkse daling van 1,4%) gedurende

deze periode. Vanuit deze analyse is het redelijk om aan te nemen dat ook andere regio's in Nederland dezelfde soort volumetrends gaan tonen de komende jaren, ceteris paribus: een stijging in het volume van de oncologische en chronische aandoeningen, een lichte stijging van de acute en electieve zorg en een (lichte) daling of lichte stijging (afhankelijk van de gemeente) van de geboortezorg (zie Tabel 1).

**Tabel 1**

Verwachte volumeontwikkeling in de medisch-specialistische zorg in Nederland als gevolg van de vergrijzing

Zorggebieden	Verwachte groei in Nederland tot 2020 <sup>1</sup>	Jaarlijkse groei
Acuut	8%	1,0%
Chronisch	18%	2,0%
Oncologisch	16%	1,8%
Electief	8%	1,0%
Verloskundige zorg	0%	-0,1%

<sup>1</sup> Verwachte groei in volumes van medisch-specialistische zorg tussen 2012 en 2020. Gebaseerd op onderzoek van KPMG Plexus naar DBC-productie in Noord-Nederland. Extrapolatie op basis van demografie, exclusief overige factoren zoals substitutie.

Voorspellingen van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) op prevalentietrends van ziektes in de totale bevolking op deze zorggebieden geven een soortgelijk beeld als de KPMG Plexus-analyses van de ziekenhuisvolumes in Noord-Nederland. In het rapport 'Vergrijzing en toekomstige ziektelast' (2007) voorspelt het RIVM een 16%-stijging van oncologische aandoeningen zoals colonkanker tussen 2012 en 2020 en een 12%-toename in de prevalentie van chronische aandoeningen als diabetes voor dezelfde periode.<sup>9</sup>

Bij gelijkblijvende zorgvraag en modellen voor de verdeling van zorg en kostenstructuren zal naar verwachting de groei van de productie als gevolg van de vergrijzing op 1,2% liggen. Deze stijging komt naast de reguliere stijging in de zorgvraag die we de voorgaande jaren hebben gezien (maar die afgelopen jaar omgebogen is). Dit leidt tot een gerede kans dat door én de reguliere groei én vergrijzing, de jaarlijkse groeirimte van de ziekenhuiszorg van 1% stevig wordt overschreden.<sup>10</sup> De frictie die dit veroorzaakt zal binnen het huidige model vooral bij de ziekenhuizen komen te liggen.

<sup>6</sup> Van der Horst et al. (2010), Vergrijzing verdeeld: toekomst van de Nederlandse Overheidsfinanciën. CPB Bijzondere publicaties, 2010, Vol. 86

<sup>7</sup> CBS (2011), Bevolkingsprognose 2010-2060: sterkere vergrijzing, langere levensduur

<sup>8</sup> KPMG Plexus-analyse van zorgvraagontwikkeling in Noord-Nederland op basis van een koppeling van leeftijdgebonden ziekenhuisproductie in 2012 aan demografische ontwikkeling tot 2020.

<sup>9</sup> RIVM (2007), Vergrijzing en toekomstige ziektelast. Prognose chronische ziektenprevalentie 2005-2025

<sup>10</sup> KPMG Plexus-analyse van totale volumegroei in Nederlandse ziekenhuizen op basis van een koppeling van de verdeling van de ziekenhuisproductie per zorggebied in Noord-Nederland en een algemeen ziekenhuis in Nederland aan de verwachte volumeontwikkeling per zorggebied in Nederland tot 2020 zoals weergegeven in Tabel 1.

## De situatie vraagt om ingrijpende veranderingen in de huidige organisatiemodellen

*“Als je blijft doen wat je altijd al deed, dan krijg je ook wat je altijd al kreeg”*

De afgelopen jaren is door ziekenhuizen vooral ingezet op interne projecten die efficiency en doelmatigheid van de geleverde zorg verbeteren met behoud van dezelfde processen en structuren: we doen hetzelfde, maar dan sneller en beter. En niet zelden ook groter. Hoewel de ‘sneller-beter’-strategie zeker relevant blijft, is het – gezien de huidige situatie – niet genoeg om significant de druk op de betaalbaarheid van de ziekenhuiszorg te verlichten.

We zijn toe aan een paradigmaverschuiving om in de toekomst betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg voor de Nederlandse bevolking te garanderen. Aan zorgaanbieders de uitdaging om in deze tijden van verandering een balans te vinden tussen de druk om zo efficiënt mogelijk te werken binnen de huidige modellen en tegelijkertijd de ruimte te creëren om naar nieuwe modellen te transformeren, die aansluiten bij de toekomstige uitdagingen in de zorg. Duidelijk is dat deze uitdaging niet alleen door de ziekenhuizen opgelost kan worden. Samenwerking met andere zorgaanbieders, dicht bij de burger, en zelfredzame burgers zal nodig zijn om de uitdagingen van de toekomst het hoofd te bieden.



**Guy Schulpen is medisch directeur van Zorg In Ontwikkeling (ZIO) en bedenker van het concept 'Blauwe Zorg'. Blauwe Zorg is hét voorbeeld om te komen tot een gezondheidszorgsysteem dat verantwoorde, kwalitatief hoge zorg levert en een systeem dat duurzaam en betaalbaar is. Het gaat om een regionaal experiment dat in samenwerking tussen ZIO, zorgverzekeraar VGZ, Maastricht UMC+ en Huis van de Zorg wordt uitgevoerd.**

Voor de uitrol van nieuwe modellen in de zorg ervaar ik drie grote **uitdagingen**:

1. Ten eerste zijn zorgverleners en zorginstellingen nog niet volledig doordrongen van het idee dat de zorg anders georganiseerd moet worden. Hier is een mentaliteitsverandering nodig. Er wordt nog veel gedacht vanuit het eigen belang en men vindt het moeilijk de grote bewegingen in de zorg te zien en deze op zichzelf te betrekken.
2. Ten tweede hebben we te maken met een aantal grote zorgverzekeraars, die er elk verschillende visies op nahouden. Voor zorgaanbieders is het lastig om met deze ambivalentie om te gaan. Bij enkelvoudige producten hoeft dit geen probleem te zijn. Bij integrale zorg wordt dit al een stuk lastiger.
3. Tot slot nemen we patiënten onvoldoende mee in veranderingen, waardoor weerstand ontstaat. We zijn het de patiënt verplicht om niet alleen het *hoe* maar ook het *waarom* uit te leggen. Blijven we de patiënt betuttelen, dan mogen we ook niet verwachten dat deze betere, rationele keuzes gaat maken.

Met Blauwe Zorg richten we ons zowel op de attitudeverandering onder zorgverleners als op het creëren van concrete businesscases door middel van interventies in de praktijk. Bij de attitudeverandering gaat het voornamelijk om de introductie van duurzame zorg als concept waarvoor we met elkaar verantwoordelijk zijn. Voor de inrichting van Blauwe Zorg in de praktijk maken we veel gebruik van principes uit de **Accountable Care Organisation (ACO)**,

waarin zorgverleners samen verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit, gepastheid en efficiëntie van de geleverde zorg.

Eén van de Blauwe Zorg-experimenten is het plaatsen van specialisten uit het Maastricht UMC+ in de huisartsenpraktijk voor een consultatief spreekuur. Vernieuwend aan de manier waarop we dit organiseren is dat de medisch specialist *ondersteunend* is aan de huisarts, die hoofdbehandelaar blijft van de patiënt. We denken dat we hiermee dure verwijzingen naar de tweede lijn kunnen voorkomen en dat patiënten sneller terug zijn in de eigen praktijk dicht bij huis. Ervaringen in de regionale pilot leren ons dat het bij het opzetten van dit soort projecten erg op de details aankomt: het plaatsen van een medisch specialist zonder de expliciete afspraak over het behoud van het hoofdbehandelaarschap door de huisarts kan averechts werken. Doordat de medisch specialist makkelijker te bereiken is, wordt er juist meer doorgestuurd naar de tweede lijn. In onze proeftuin Blauwe Zorg hopen wij producten te ontwikkelen die uit te rollen zijn in andere regio's, ook daar waar de condities verschillen van die in Maastricht-Heuvelland.

Op 19 september jl. hebben wij als ZIO samen met de gemeente Maastricht, GGD Zuid-Limburg, Huis voor de Zorg, Maastricht University, Maastricht UMC+, Mondriaan GGZ, Stichting Gezondheidscentra Maastricht, VGZ, Vivre, en GroenekruisDomicura een Manifest Santé ondertekend. Met het ondertekenen van dit document stellen wij ons gezamenlijk verantwoordelijk voor het realiseren van maximale gezondheid per beschikbare euro en krijgt het regiobelang prioriteit boven het eigenbelang van de zorgorganisatie. Een mooie stap waar we trots op zijn!

*“We moeten ons met elkaar verantwoordelijk voelen voor het realiseren van maximale gezondheid per beschikbare euro.”*



**Guy Schulpen**

# Inzetten op nieuwe integrale modellen voor chronische en ouderenzorg

In zijn benadering van de ziekenhuiszorg hanteert KPMG Plexus een model dat zorg onderverdeelt in vier gebieden die zich van elkaar onderscheiden op type zorgvraag, benodigde infrastructuur, gewenste uitkomsten en geldende wet- en regelgeving (zie Kader 1).

## De combinatie van groei en mogelijkheden voor andere zorginfrastructuren maakt chronische en ouderenzorg interessant voor nieuwe zorgmodellen

Er zijn twee belangrijke redenen om de focus te leggen op de chronische en ouderenzorg. Ten eerste vormt de chronische zorg het gebied waar de komende jaren, zonder veranderingen, procentueel de meeste volumetoename in de curatieve zorg wordt verwacht (zie het voorgaande hoofdstuk). Gezien de vergrijzing zal zorg steeds vaker moeten worden geleverd aan een oudere (65-plus) patiënt met een chronische aandoening.

Ten tweede ligt de zorgbehoefte van de chronische patiënt veelal buiten de muren van het ziekenhuis, terwijl deze zorg daar nog vaak wel wordt geleverd. Voor deze patiëntengroep vormen het voorkomen van verergering en het managen van de aandoening met behoud van kwaliteit van leven een centraal doel. Verreweg het grootste gedeelte van het managen doet de patiënt zelf in de thuissituatie, al dan niet met de hulp van mantelzorg. Een gemiddelde burger consumeert jaarlijks ongeveer vijf uur zorg (eerste- en tweedelijnszorg). Dat betekent dat deze burger de overige 8.760 uur per jaar (99,9%) niet actief gebruikmaakt van formele zorgstructuren.<sup>11</sup> Hoewel de verhoudingen voor de chronische of oudere patiënt ongetwijfeld anders liggen is de boodschap duidelijk: ook voor iemand met een chronische aandoening ligt een zeer groot deel van de behandeling c.q. het management buiten de muren van het ziekenhuis.

Daarbij is een groot deel van de ziekenhuiszorg dat aan chronische patiënten wordt geleverd niet per se gebonden aan een ziekenhuisspecifieke infrastructuur (kapitaalintensieve diagnostiek of opvangfaciliteiten). KPMG Plexus deed onderzoek naar de mogelijkheid tot substitutie van chronische zorg op basis van de DBC-productie van een algemeen ziekenhuis. Het resultaat: 94% van het volume van de chronische zorg geleverd in dit ziekenhuis behoefde geen ziekenhuisspecifieke infrastructuur. In de omzet van dit algemene ziekenhuis met 222 bedden staat dat gelijk aan € 8,4 miljoen, ofwel 10% van de totale ziekenhuisomzet. Geëxtrapoleerd naar de gehele omzet in de Nederlandse ziekenhuiszorg is er voor € 2,35 miljard (10% van de ziekenhuiskosten) van de omzet een nieuwe strategie nodig en mogelijk die beter aansluit bij de behoeftes van de patiënt en die een groter palet aan opties biedt voor het terugdringen van de kosten.

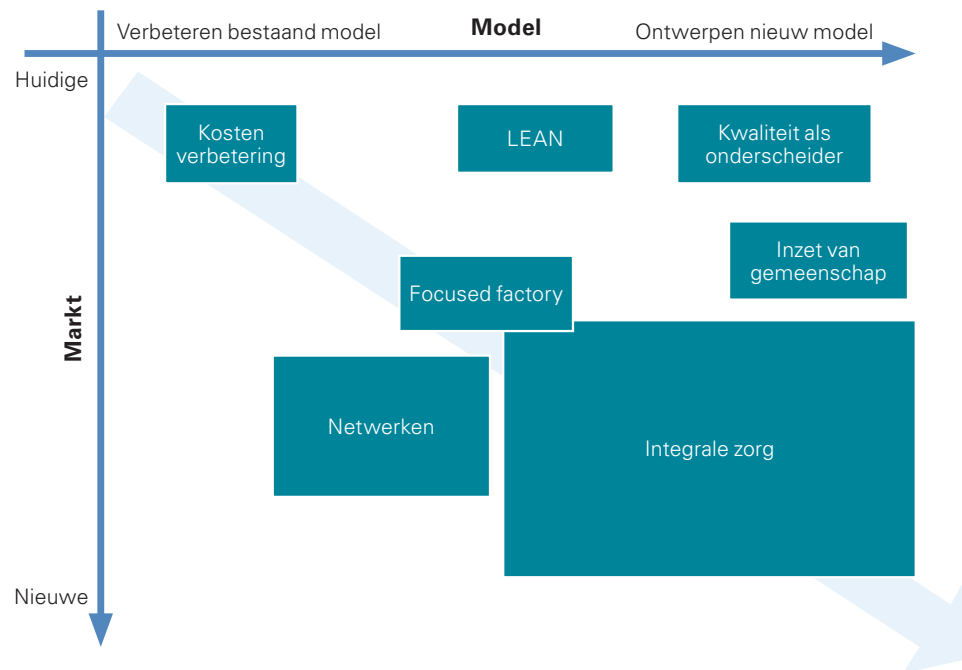
<sup>11</sup> M. Britnell, CEO KPMG Health Global

### Inzet van integrale zorg, de gemeenschap en netwerkzorg voor de chronische en ouderenpopulatie

Onderzoek toont aan dat patiënten bereid zijn verder te reizen voor een electieve ingreep en dat de reisbereidheid toeneemt naarmate de complexiteit of de risico's van de behandeling toenemen.<sup>12</sup> Voor de chronische en ouderenzorg is het belang van een zo gering mogelijke afstand echter zeer relevant – volgens de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) is voor lichte medische ingrepen afstand na kwaliteit de meest bepalende factor voor de keuze van zorgaanbieder.<sup>13</sup> Dat betekent dat een goed zorgaanbod dicht bij huis cruciaal is voor het goed *managen* van aandoeningen binnen deze gebieden. Gezien de concentratieslag bestaat het risico dat ziekenhuizen juist steeds *verder* van huis af komen te staan, waardoor het belang van nieuwe strategieën voor wijkgerichte zorg dicht bij huis steeds meer toeneemt. Overigens zien we hier ook dat er inmiddels een 'tegenbeweging' is ontstaan. Uit het jaarlijkse onderzoek van KPMG Plexus naar samenwerking in de zorg<sup>14</sup> blijkt dat samenwerking in de zorg niet leidt tot minder locaties waar zorg wordt aangeboden. In toenemende mate wordt er gewerkt in regionale *hub & spokes*-netwerken waarin de kleinere basisziekenhuizen samenwerken met topklinische centra. De complexe zorg concentreert zich verder weg van de patiënt binnen het topklinische centrum (*de hub*) en de minder complexe zorg blijft geleverd in de nabijgelegen basisziekenhuizen en buitenpoliklinieken (*de spokes*).

Op basis van een recent ontwikkelde strategiekaart voor aanbieders (zie Figuur 2) zijn er meerdere modellen die tegemoetkomen aan het bieden van zorg dicht bij huis voor de oudere of chronisch zieke patiënt (de wijkgerichte aanpak): inzet van het netwerk samen met andere aanbieders die dicht bij huis zitten, integrale zorg en de inzet van de gemeenschap.

**Figuur 2**  
Strategiekaart voor aanbieders



<sup>12</sup> NVZ (2011), Zorg op doorreis

<sup>13</sup> NPCF (2010), Meldactie keuze en keuzevergelijking

<sup>14</sup> KPMG Plexus (2013), Wie doet het met wie in de zorg? Het jaarlijkse overzicht van bestuurlijke samenwerking tussen Nederlandse ziekenhuizen

### Een pragmatische vertaling van het integrale zorgmodel

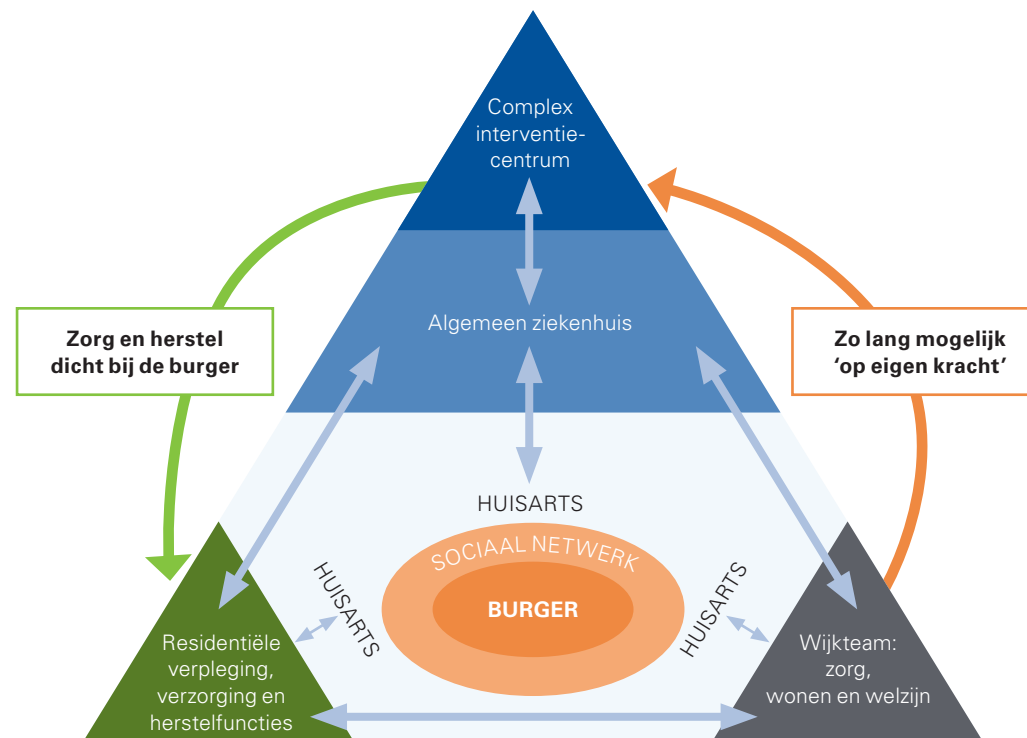
De basis voor het nieuwe denken over de zorg is 'integrale zorg'. Die term is sinds de jaren negentig een veelgebruikte uitdrukking die we terugvinden in beleidsstukken, wetenschappelijke literatuur en strategische plannen van aanbieders. Wat er precies mee wordt bedoeld verschilt enorm afhankelijk van de context. Aan de hand van bestaande conceptuele modellen voor integrated care in het Verenigd Koninkrijk (VK) en de Verenigde Staten (VS) heeft KPMG Plexus een pragmatische vertaling gemaakt van hoe een geïntegreerd zorgmodel past op de huidige organisatie van zorg in Nederland (zie Figuur 3).

In deze pragmatische vertaling komen zowel horizontale als verticale integratieprincipes aan de orde. De horizontale integratie is gericht op samenwerking/fusies tussen instellingen van hetzelfde niveau (bijvoorbeeld tussen ziekenhuizen). De verticale integratie gaat over het samenwerken tussen zorgaanbieders die elk een ander niveau van het zorgpad voor eigen rekening nemen.

De afgelopen jaren kenmerken zich door een groeiende focus van ziekenhuisbestuurders op samenwerking met aanbieders van een ander niveau in de zorgketen. Vooral het aantal bestuurders dat aangeeft samen te werken met huisartsen is het laatste jaar (sinds 2012) fors toegenomen. Anno 2013 geeft 40% van de bestuurders aan samen te werken met huisartsen. Ongeveer een kwart van de ziekenhuizen werkt samen met verpleeghuizen en 22% van de ziekenhuizen werkt ook samen met een verzorgingshuis.

De principes van een integraal zorgmodel gaan verder dan samenwerken. Voor een daadwerkelijke ontschotting van de patiëntgerichte zorgpaden zal het nodig zijn dat ziekenhuizen op meer fundamentele wijze de eigen processen versmelten met die van andere aanbieders in de keten.

**Figuur 3**  
Pragmatische vertaling van integrale zorg



# KADER 1

## Clustering van de medisch-specialistische zorg in zorggebieden en bewegingen die gaande zijn in het zorglandschap

**De medisch-specialistische zorg is niet onder één noemer te vangen. Zorggebieden verschillen van elkaar op het gebied van het type zorgvraag, de benodigde infrastructuur en wet- en regelgeving. KPMG Plexus verdeelt de zorg daarom in vier gebieden: acute zorg, chronische en ouderenzorg, complexe zorg (inclusief oncologie) en electieve zorg. Binnen de verschillende zorggebieden zijn er verschillende bewegingen gaande om de zorg in Nederland te verbeteren. We lichten de bestaande bewegingen hieronder kort toe.**

### Acute zorg

Binnen de medisch-specialistische acute zorg zien we op dit moment een trend gericht op het concentreren van spoedeisende hulp (SEH)- en intensive care (IC)-afdelingen van ziekenhuizen. De zeer complexe medisch-specialistische spoed (zoals traumazorg) is al grotendeels geconcentreerd in specialistische centra. Daarnaast nemen de integratie en samenwerking tussen SEH's en huisartsenposten (HAP's) ook toe in het kader van de poortwachterfunctie van de HAP die voorkomt dat laag complexe acute problematiek met complex aanbod (SEH) wordt opgelost.

### Complexe zorg (inclusief oncologie)

Binnen de complexe zorg zet, omwille van de kwaliteit, de trend tot het concentreren van ingrepen met een hoog risico door. Op diverse

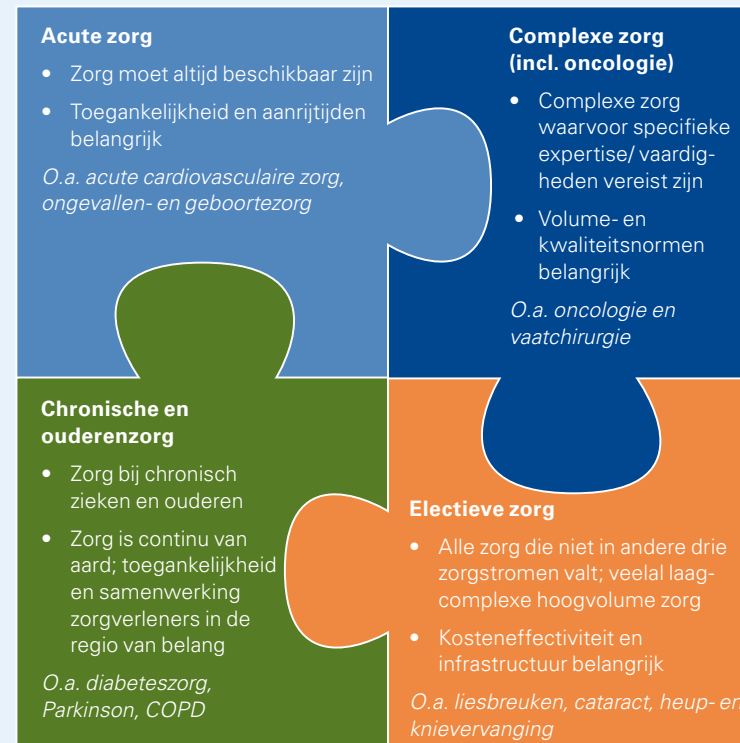
gebieden worden er door wetenschappelijke verenigingen volumenormen vastgesteld. Dit heeft als gevolg dat er enerzijds meer zorg wordt geconcentreerd in complexe interventiecentra en er anderzijds meer samenwerking wordt gezocht tussen ziekenhuizen om de volumes op peil te houden.

### Electieve zorg

In de electieve zorg richten veranderingen zich met name op het doelmatiger werken binnen passende expertise en infrastructuur. Steeds meer hoogvolume electieve zorg wordt aangeboden door ZBC's volgens het 'focused factory'-model. Daarnaast wordt laagcomplexe electieve zorg verplaatst naar de eerste lijn, onder invloed van Modernisering en Innovatie (M&I)-modules bij de huisarts.

### Chronische en ouderenzorg

Het belang van preventie en het bevorderen van zelfmanagement neemt de komende jaren, gezien de verwachte groei in deze zorg, fors toe. Naar verwachting zijn voor deze groep meer wijkgerichte zorgmodellen aan de orde die als resultaat hebben dat de zorg zich uit het ziekenhuis meer richting de wijk verplaatst en dichterbij de burger komt.



**Paul van der Velden is internist-oncoloog en medisch lid van de Raad van Bestuur van CuraMare. Vrony de Wolff is huisarts en mede-initiator van het Medisch Centrum Brielle (MCB). Dit centrum is het resultaat van een uniek concept waar anderhalvelijnszorg vorm krijgt.**

Integrale zorg is in onze ogen zorg waarbij de patiënt als één mens benaderd wordt en niet in opgeknipte stukjes door de gezondheidszorg gaat. Het is samenhangende en complementaire zorg, waarbij zorgverleners continuïteit van zorg waarborgen. Integrale zorg is ook meer dan multidisciplinaire zorg; multidisciplinaire zorg kan nog steeds versnipperd zijn.

Ongeveer twee jaar geleden zijn de deuren van het **Medisch Centrum Brielle** geopend; een nieuw gebouw waar medisch specialisten, huisartsen en andere basiszorgverleners dicht bij elkaar zitten. Binnen dit centrum streven we naar het leveren van efficiënte integrale zorg waar de patiënt zo min mogelijk last heeft van een versnipperde organisatie en financiering van ons systeem.

Eén van de projecten 'tussen de lijnen' waar we erg trots op zijn is de anderhalvelijns oncologische zorg. Sinds februari

2012 voeren huisartsen volgens een vastgesteld protocol de oncologische nacontroles uit voor patiënten met dikkedarmkanker en borstkanker.

Tot nu toe zijn met vijftien huisartsen uit de regio Brielle/Westvoorne afspraken gemaakt en zijn er rond de vijftig patiënten teruggeplaatst voor nacontroles bij de huisarts. Inmiddels denken we na over uitrol naar meer huisartsengroepen in de regio. Hoewel het te vroeg is om conclusies te trekken, reageren patiënten positief en merken we dat zorg verplaatst van het ziekenhuis naar de huisarts. Ook de zorgverleners zijn positief: door het project is het niveau van de communicatie tussen specialisten en huisartsen gestegen en wordt de kennisdeling als prettig en nuttig ervaren. Een heikel punt is nog de financiering. Een regiobudget zou wat ons betreft een goede oplossing bieden voor deze transmurale zorg.

Ook op andere gebieden is de regio actief in de uitrol

van integrale zorgproducten. Per 1 januari 2013 is de eerstelijnsverloskundigenpraktijk Natalia in Dirksland gefuseerd met de verloskundige afdeling van Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis en worden bevallingen zonder en met medische indicatie door dezelfde groep verloskundigen begeleid. Gynaecologen en verloskundigen communiceren door middel van een dossier, wat voordeel oplevert voor de zwangere en haar ongeboren kind. Alles wordt onder één dak geregeld, wat zorgt voor zeer korte lijnen en snellere handeling. Ook hier is de financiering nog een lastig punt. Op dit moment loopt er een aanvraag voor een integraal tarief.

Dit soort projecten is niet alleen een 'must' omdat de zorg er beter van wordt, maar het is ook leuk om te doen. De relaties tussen de eerste en tweede lijn worden intensiever en patiënten weten beter waar ze aan toe zijn en tot wie ze zich moeten richten voor op hen afgestemde zorg.



**Vrony de Wolff**

*“Onze anderhalvelijns oncologische zorg levert positieve reacties op van patiënten en zorgverleners. Daarnaast wordt zorg zichtbaar verplaatst van het ziekenhuis naar de huisarts.”*



**Paul van der Velden**



# Wat kunnen we leren van het buitenland op het gebied van samenwerking en integrale zorg?

Succesvolle voorbeelden in het buitenland bieden aanknopingspunten voor succesvolle inrichting van integrale zorg in Nederland. In dit hoofdstuk bespreken we de belangrijkste succesfactoren, waarmee we ook in Nederland erin kunnen slagen om zorg voor chronisch zieken en ouderen integraal te organiseren.

## Buitenlandse modellen van integrale zorg boeken succes

In Kader 2 tot en met 4 beschrijven we verschillende buitenlandse voorbeelden van succesvolle modellen voor de integrale inrichting van chronische (ouderen)zorg. Deze projecten zijn veelal op regionaal niveau geïnitieerd en georganiseerd, waarbij zorg is georganiseerd rondom een bepaalde populatie, zoals veteranen, ouderen of een verzekerdenpopulatie. Het belangrijkste uitgangspunt van de voorbeelden is dat het leveren van integrale zorg bijdraagt aan de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg. De resultaten van deze voorbeelden zijn veelbelovend en tonen aan dat integrale zorg de kwaliteit van zorg en de klanttevredenheid kan verhogen en tegelijkertijd de afname van onnodige zorg en de groei van de zorgkosten kan remmen.

## KADER 2 US Veterans Health Administration<sup>1</sup>

**De hervorming van de US Veterans Health Administration (VA) – een overheidsorganisatie die verantwoordelijk is voor zorg voor Amerikaanse veteranen – in de jaren negentig is een goed voorbeeld van de mogelijkheid om zorg te reorganiseren en integreren. De VA was een ziekenhuisgecentreerde organisatie, maar bestaat nu uit meerdere integrale zorgnetwerken die ieder een regio van de VA bedienen. In deze zorgnetwerken zijn ziekenhuizen, poliklinieken, verpleeghuizen, thuiszorgcentra en de huisarts gezamenlijk verantwoordelijk voor de zorg voor de Amerikaanse veteranen in hun regio.**

Voor een naadloze informatieoverdracht wordt gebruikgemaakt van verschillende IT-toepassingen:

- systemen om de prestaties van de zorgaanbieders te volgen;
- elektronisch patiëntendossier (EPD) om de informatie-uitwisseling te optimaliseren;
- smartcard die de patiënt bij zich draagt waarop de medische informatie beschikbaar is;
- gedigitaliseerde formulieren om gebruik van papier te reduceren.

Om de financiële prikkels in overeenstemming te brengen met de gewenste zorguitkomsten maakt de VA – die haar eigen financier is – gebruik van een hoofdelijke betaling:

- de populatie van een zorgnetwerk wordt bepaald op basis van de bediende patiëntpopulatie van de afgelopen drie jaar;
- met behulp van 'case-mix'-correctie wordt het budget aan de patiëntkenmerken van de populatie aangepast.

De VA scoort nu hoger dan de commerciële sector wat betreft de kwaliteit van chronische en preventieve zorg.<sup>2</sup> Het aantal beddagen is gereduceerd met 50% en de SEH-bezoeken met 35%.<sup>3</sup> Daarnaast is de klanttevredenheid bij VA-zorgnetwerken hoger dan in de private sector.

De hervorming van de VA laat zien dat door inzet van informatietechnologie, het meten van prestaties, gecoördineerde levering van zorg en bekostiging passend bij het gewenste resultaat de kwaliteit en doelmatigheid van zorg drastisch kunnen worden verbeterd.

<sup>1</sup> Kizer (2008), Transformation case studies: the Veterans Healthcare System [http://iom.edu/~media/Files/Activity%20Files/Quality/VSR/S3\\_3Kizer.pdf](http://iom.edu/~media/Files/Activity%20Files/Quality/VSR/S3_3Kizer.pdf)

<sup>2</sup> Asch et al. (2004), Comparison of quality of care for patients in the Veterans Health Administration and patients in a national sample. *Annals of Internal Medicine*, vol. 141

<sup>3</sup> Ashton et al. (2003), Hospital use and survival among Veterans Affairs beneficiaries. *New England Journal of Medicine*, vol. 349



## KADER 3

### Torbay (Engeland)<sup>1</sup>

**Torbay and Southern Devon Health and Care NHS Trust is verantwoordelijk voor het leveren van integrale gezondheidszorg en ouderenzorg aan ongeveer 140.000 mensen in het zuidwesten van Engeland. Ongeveer een kwart van deze populatie is boven de 65 en vóór de veranderingen in 2005 kenmerkte de Torbay-regio zich door een ineffectieve levering van sociale zorg en voorzieningen en een disproportioneel hoog aantal ziekenhuisopnames per hoofd van de bevolking.**

Als oplossing hebben Torbay Primary Care Trust (PCT) en het agentschap voor sociale zorg de sociale en somatische gezondheidszorg onder één nieuwe structuur – Torbay and Southern Devon Health and Care NHS Trust – samengebracht. Het doel van deze integratie was het reduceren van de kosten door het voorkomen van onnodige ziekenhuisopnames en het terugdringen van verkeerde beddagen.

Torbay is opgedeeld in vijf regio's met elk een geïntegreerd zorgteam dat samen met de huisarts zorg draagt voor een populatie van 20.000-40.000 personen. De huisarts maakt binnen de eigen patiëntenpopulatie gebruik van risicoprofielen: patiënten met een hoog risico krijgen een zorgcoördinator toegewezen die ervoor zorgt dat de verschillende zorgaanbieders goed met elkaar samenwerken. Er zijn ook speciale

teams die zorgoplossingen bieden in crisissituaties met een verhoogde kans op een ziekenhuisopname. Een traditionele herstelfaciliteit is omgevormd tot een aanbieder van actieve zorg op het grensvlak van eerste- en tweedelijnszorg om patiënten zo veel mogelijk thuis te kunnen ondersteunen. Ook is het contact tussen professionals in de sociale gezondheidszorg en de teams van geriaters van acute ziekenhuizen geïntensiveerd om transfer tussen instellingen te bevorderen. Daarnaast wordt gebruikgemaakt van nationale kwaliteitsstandaarden om kwaliteit van zorg te garanderen.

De uitkomst van dit initiatief is dat de bedbezetting met 33% is gereduceerd en dat het gebruik van SEH-bedden door 65-plussers is gedaald met 29%. Torbay's uitgaven aan sociale zorg zijn half zo snel gestegen als die in de rest van Zuidwest-Engeland.

De inzet van zorgcoördinatoren en multidisciplinaire teams, investeringen in thuisondersteuning van ouderen, een geïntegreerd EPD en goede samenwerking tussen ziekenhuizen en andere partners hebben in deze regio grote impact gehad op de kwaliteit en doelmatigheid van ouderenzorg.

<sup>1</sup> Ham et al. (2010), Working Together for Health: Achievements and Challenges in the Kaiser NHS Beacon Sites Programme. Birmingham: Health Services Management Centre

## Wouter van der Kam is voorzitter van de Raad van Bestuur van Antonius Zorggroep: een samensmelting van het Antonius Ziekenhuis in Sneek en Thuiszorg Zuidwest Friesland. Het 'Antonius Thuiszorgziekenhuis' van Friesland bewijst de waarde van samenwerken en netwerkvorming binnen de zorg.

Toen ik werd gevraagd naar mijn visie over 'integrale zorg' was mijn eerste reactie dat integrale zorg geen doel op zich is. Ons bestaansrecht als thuiszorgziekenhuis is gebaseerd op het bijdragen aan welzijn van burgers in de regio en de gezondheidszorg in het algemeen.

Als we onze succesvolle 'integrale zorg'-formule samenvatten, dan valt deze uiteen in drie assen:

1. **De omvang van het gebied.** Goede integrale zorg vraagt om een bepaalde mate van volume – bijvoorbeeld het adherentiegebied van het ziekenhuis.
2. **De participanten.** In een integraal zorgnetwerk is minimaal participatie nodig van het ziekenhuis (cure), thuiszorg (care) en huisartsenzorg: **de gouden triangle**. Voor goede zorg is het belangrijk dat deze partijen samen een ecosysteem vormen binnen de regio.
3. **De wijze van klantbenadering.** In elk netwerk zijn meerdere klanten te onderscheiden. In de zorg zijn er vier: 1) de cliënt; 2) mantelzorgers en familie; 3) verwijzers; en 4) financiers. Het is belangrijk dat elke klantgroep in haar behoefte wordt erkend.

Het gevolg van bovenstaande denkwijze is dat hét ziekenhuis niet meer als losstaande aanbieder bestaat, maar integraal deel uitmaakt van een zorgnetwerk. In Sneek gebruiken wij al jaren de term '**thuiszorgziekenhuis**'. Mijn verwachting is dat we de komende vijf jaar het netwerk rondom het thuiszorgziekenhuis verder uitbreiden richting gemeenten, wonen en welzijn. Ik verwacht ook dat onze manier van zorg verlenen de komende jaren gaat veranderen om het platteland leefbaar te houden. Zo is de medisch specialist van de toekomst veel meer een integrale speler in het netwerk die zorg vanaf meerdere locaties levert en samen met de huisarts in de wijken aanwezig is.

Ook zie ik voor de toekomst een belangrijkere rol voor technologie in het smeden van netwerken tussen zorgverleners onderling en met de patiënt. Bij Antonius Zorggroep wordt al volop ingespeeld op deze ontwikkeling. Onlangs hebben wij ons nieuwe portal gelanceerd dat patiënten de mogelijkheid biedt om online afspraken te maken en contact te leggen met zorgverleners en medewerkers. Ook op andere fronten ontwikkelen we verder, zoals met het uitbrengen van een 'geomedic' app die de veiligheid op het water vergroot door patiënten sneller in contact te brengen met hulpdiensten.

“*Integrale zorg is geen doel op zich. Je moet bijdragen aan de behoeften en latente behoeften van je klanten.*”



Wouter van der Kam

# KADER 4

## Accountable Care Organization (ACO)<sup>1</sup>

**Een Accountable Care Organization (ACO) bestaat uit een groep zorgaanbieders die gecoördineerde zorg aan een groep van patiënten levert. ACO's worden gecontracteerd door de overheid of particuliere verzekeraars. Een ACO draagt de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit, geschiktheid en efficiëntie van de geleverde zorg.**

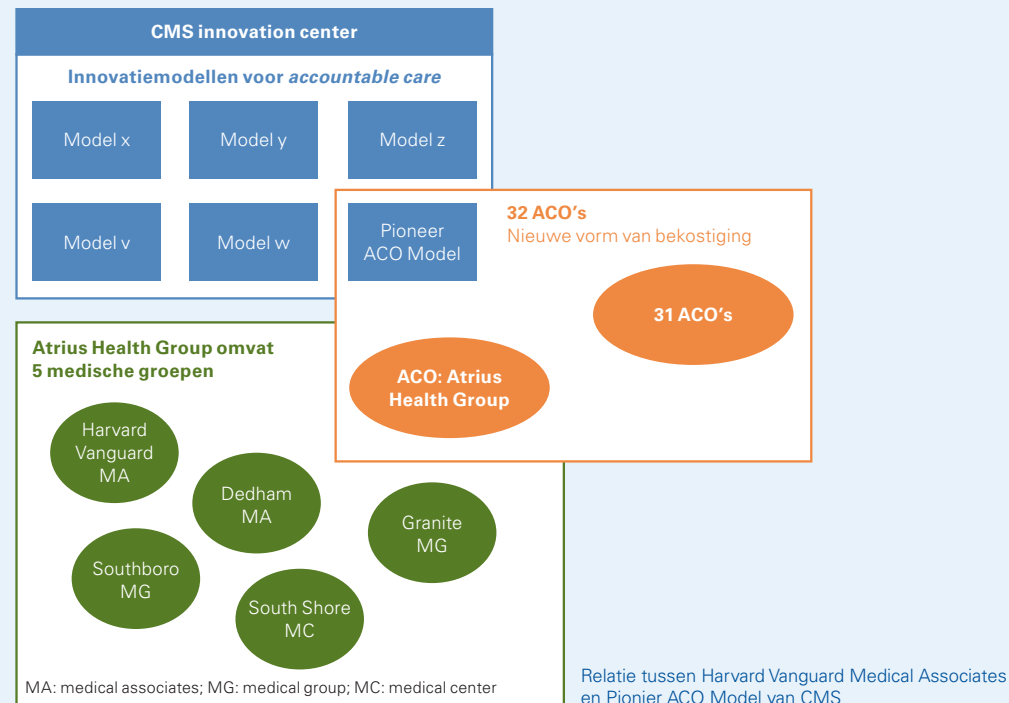
Drie kernprincipes van ACO's:

1. ACO's zijn aanbiederbestuurde organisaties met een sterke basis van eerstelijnszorg die gemeenschappelijk verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit en totale hoofdelijke kosten van een populatie patiënten;
2. de betaling van zorg is gekoppeld aan kwaliteitstoename en vermindering van totale kosten;
3. betrouwbare en verfijnde kwaliteitsmetingen moeten waarborgen dat afname van kosten door toename van kwaliteit komt.

Voor Medicare (overheid) stimuleert het formeren van ACO's, maar ook verzekeraars zoals BlueCross BlueShield hebben pilot-ACO's opgezet. De Atrius Health Group is één van de 32 pionier-ACO's die door het Center for Medicare and Medicaid Services (CMS) is geselecteerd voor deelname aan het Pionier ACO Model (zie figuur rechts voor overzicht van structuur). Voor pionier-ACO's verschuift de bekostiging van een shared-savings model naar een populatiegebonden bekostiging, wat de integratie van zorg moet bespoedigen.<sup>2</sup> Harvard Vanguard Medical Associates (HVMA) is één van de vijf medische groepen die behoren tot de Atrius Health Group.<sup>3</sup> Net als de andere vier groepen werkt HVMA nauw samen met academische

ziekenhuizen en algemene ziekenhuizen om zorg voor hun patiëntenpopulatie goed te coördineren en te integreren. Door de lijn van populatiebekostiging via HVMA te laten lopen wordt efficiënt gebruik van tweedelijnszorg gestimuleerd. HVMA geeft daarbij bijvoorbeeld vorm aan optimale doorverwijzing doordat zij parttime een medisch-specialistisch orthopeed in huis hebben. Deze orthopeed doet enerzijds kleine ingrepen in de eerste lijn, maar heeft vooral als rol om patiënten van HVMA alleen door te verwijzen naar de beste en meest doelmatige tweedelijnsaanbieder.

Om effectieve en integrale zorg te leveren, focust HVMA zich op het gebruik van informatietechnologie zoals een elektronisch patiëntenportaal, chronisch ziektemanagement, LEAN-verbeteringen van de zorg en andere innovatieve manieren om zorg te leveren.<sup>4</sup> Er zijn grote verwachtingen in de VS dat ACO's de kwaliteit en doelmatigheid van zorg kunnen verhogen. De toekomst zal uitwijzen of aan deze verwachtingen wordt voldaan.



<sup>1</sup> McClellan et al. (2010), A National Strategy To Put Accountable Care Into Practice, Health Affairs, vol. 29

<sup>2</sup> <http://innovation.cms.gov/initiatives/Pioneer-ACO-Model>

<sup>3</sup> <http://www.harvardvanguard.org/about-us>

<sup>4</sup> Centre for Medicare and Medicaid Services (2012), Selected Participants in the Pioneer ACO Model, <http://innovation.cms.gov/Files/x/Pioneer-ACO-Model-Selectee-Descriptions-document.pdf>

## Succesfactoren voor samenwerking en integrale zorg

Uit deze buitenlandse voorbeelden en aanvullend literatuuronderzoek hebben we een aantal kritieke succesfactoren voor integrale zorgmodellen gedestilleerd. Het voldoen aan deze vijf succesfactoren vergroot de kans dat het zorgmodel bijdraagt aan een verhoging van de kwaliteit en een verlaging van de kosten (Tabel 2).

### 1. Eenduidige verantwoordelijkheid voor de zorg voor de patiënt

Kenmerkend voor effectieve, integrale chronische en ouderenzorg is de positionering van één centrale coördinator in het zorgpad die verantwoordelijk is voor goede afstemming van zorg tussen de verschillende zorgaanbie-

ders. Afhankelijk van het soort zorgvraag kan de rol van coördinator bij verschillende professionals liggen, zoals de huisarts, POH-ouderenzorg, geriater, verpleeghuisarts of een casemanager. De coördinator kan ook als hoofdbehandelaar optreden en daarmee verantwoordelijk zijn voor geleverde zorg. Door het vastleggen van rollen en verantwoordelijkheden van andere professionals in het team in prestatiecontracten wordt het mogelijk om hen medeverantwoordelijk te maken voor het resultaat.

### 2. Goede integratie van zorgkennis en ondersteunende diensten

Goede communicatie tussen de betrokken professionals is van wezenlijk belang om de zorgverlening door verschillende professionals naadloos op elkaar aan te laten

sluiten. Regelmatig contact tussen professionals vormt hiervoor de basis. Daarnaast wordt de beschikbaarheid van expertise verhoogd door specialistische kennis samen te brengen in één multidisciplinair team. In buitenlandse voorbeelden als US Veterans Health Administration en Torbay and Southern Devon Health and Care NHS Trust (zie Kader 2 en 3) komen dit soort multidisciplinaire teams regelmatig – wekelijks tot zelfs dagelijks – bijeen om risicopatiënten te monitoren en de zorg voor hen optimaal in te richten. Naast het bijeenbrengen van kennis in één team, is het voor goede integratie van zorg van belang dat ook verschillende ondersteunende diensten – bijvoorbeeld diagnostiek – goed zijn geïntegreerd en beschikbaar zijn voor de teams.

### 3. Naadloze informatie-uitwisseling tussen zorgverleners en patiënten

Om zorg op integrale wijze te kunnen leveren moet informatie-uitwisseling over proces en inhoud naadloos op elkaar aansluiten. Alle gegevens over de patiënt en zijn behandeling moeten goed worden vastgelegd en – daar waar nodig – altijd toegankelijk zijn voor verschillende professionals. Een regionaal EPD zou de informatiegrenzen tussen aanbieders kunnen wegnemen. Een andere oplossing is het compatibel maken van systemen waardoor uitwisseling van informatie tussen de systemen van verschillende aanbieders mogelijk is. In de toekomst verwachten we dat ook patiënten zelf – via nieuwe technologieën zoals thuisdiagnostiek en internet-based services – een steeds grotere rol krijgen in het uitwisselen van informatie.

### 4. Duidelijke en meetbare kwaliteitsstandaarden

Om kwaliteit van zorg te waarborgen moeten uitkomst-

**Tabel 2**

Succesfactoren voor samenwerking tussen zorgaanbieders op het gebied van integrale chronische en ouderenzorg

Kenmerk	Invulling voor chronische en ouderenzorg
1 Eenduidige verantwoordelijkheid voor de zorg voor de patiënt	Eén toegewezen zorgcoördinator die de samenwerking tussen de zorgaanbieders bewaakt: huisarts, POH-ouderenzorg, verpleeghuisarts, geriater of een speciale coördinator
2 Goede integratie van zorgkennis en ondersteunende diensten	Multidisciplinaire teams Shared services: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostiek (bijv. lab en apparatuur)</li> <li>• Specialistische kennis (arts en verpleegkundigen)</li> <li>• Vastgoed (bijv. behandelkamers)</li> </ul>
3 Naadloze informatie-uitwisseling tussen zorgverleners en patiënten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elektronisch patiëntendossier</li> <li>• Gestandaardiseerde systemen</li> <li>• Telefonische/digitale zorg</li> <li>• Thuismonitoring van patiënt</li> </ul>
4 Duidelijke en meetbare kwaliteitsstandaarden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorg op maat afhankelijk van de zorgbehoefte van de patiënt</li> <li>• Aanbieders overstijgende zorgpaden en standaardprotocollen</li> <li>• Kwaliteitskader gericht op welzijn (en uitkomsten)</li> </ul>
5 Financiële stimulans in lijn met gewenste zorguitkomsten	Populatiebesteding voor geselecteerde groep van (kwetsbare) patiënten

metingen en kwaliteitsstandaarden deel uitmaken van de afgesproken zorg. Zorgpaden worden vormgegeven aan de hand van evidence-based richtlijnen. Uitkomstmetingen die inzicht geven in de kwaliteit van zorg kunnen worden gebruikt om resultaten tussentijds terug te koppelen aan zorgteams en hen te stimuleren tot betere prestaties.

#### 5. Financiële stimulans in lijn brengen met gewenste zorguitkomsten

Bekostiging heeft een grote invloed op hoe de zorg is georganiseerd waardoor deze ook grote gevolgen heeft voor de uitkomsten van zorg. Het is daarom gewenst om de financiële stimulans in lijn te brengen met de gewenste zorguitkomsten. Integrale zorg vraagt om integrale bekostiging, waarbij financiële schotten tussen aanbieders het leveren van integrale zorg niet langer belemmeren. In het buitenland wordt voor de bekostiging van integrale zorg vaak gebruikgemaakt van een populatiegebonden bekostiging, waarbij het budget voor een populatie onafhankelijk is van de zorgproducten die aan de populatie worden geleverd (Kader 2 en 3). Het koppelen van zorguitkomsten aan deze wijze van bekostiging kan de kwaliteit van zorg verder bevorderen<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> KPMG Plexus (2013). Populatiebekostiging: waarom, wat en hoe?

# Stappenplan voor de inrichting van netwerkstructuren tussen zorgpartners

In het vorige hoofdstuk hebben we laten zien dat het mogelijk is om succesvolle samenwerkingsverbanden tussen zorgaanbieders in de chronische en ouderenzorg op te zetten en wat hierbij kritieke succesfactoren zijn. In dit hoofdstuk beschrijven we het proces dat ten grondslag ligt aan de concrete inrichting van integrale zorgpaden tussen ziekenhuizen en andere aanbieders in een regio. Tijdens het proces van de herinrichting is een viertal stappen belangrijk: (1) regionaal ontwerp; (2) lokaal ontwerp; (3) besluitvorming; en (4) implementatie (zie Tabel 3). Daarnaast is er een specifiek aantal randvoorwaarden die van toepassing zijn voor het borgen van succesvolle veranderingen (zie Kader 5). Het raamwerk voor de veranderprocessen is samengesteld op basis van ervaringen met meerdere trajecten gericht op herinrichting van de zorg in verschillende delen van het land en de ervaringen in het buitenland.

## Stap 1:

### **Regionaal ontwerp: een programma van eisen**

Elke regio kent een eigen couleur locale wat betreft de ontwikkelingen van aanbod en vraag in de zorg. Zo is er in de ene regio sprake van overcapaciteit, terwijl er in andere regio's een tekort is aan ziekenhuisbedden. Daarnaast zien we subtiele verschillen in de mate waarin de vergrijzing en ontgroening per regio de komende jaren effect hebben op de zorgvraag van de bevolking. Het is belangrijk om het nieuwe regionale ontwerp voor de integrale zorg specifiek op de situatie van de desbetreffende regio af te stemmen. In dit proces is betrokkenheid van de stakeholderpartijen in de regio essentieel. Onder de stakeholders tellen we de aanbieders, de (dominante) zorgverzekeraar(s), patiëntenvertegenwoordiging en de lokale politiek.

Het beginpunt voor het reorganiseren van de chronische en ouderenzorg is het formuleren van een gezamenlijke visie op integrale zorg in de regio die goed aansluit bij de verwachte ontwikkeling van de zorgvraag in de regio. Vanuit het adagium 'beter groots in het kleine, dan klein in het grote', is het belangrijk hier ook te kiezen voor een beperkt aantal specifieke doelgroepen. In de afsluitende fase van het regionale ontwerp stellen de stakeholders gezamenlijk een programma van eisen vast. Het programma van eisen beschrijft concrete doelen op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid (c.q. totale kosten). Daarnaast bevat het programma van eisen een overzicht van de bestuurlijke, infrastructurele en financiële randvoorwaarden die opgelost dienen te worden voordat er sprake kan zijn van een succesvolle implementatie.

## Stap 2:

### **Lokaal ontwerp**

Binnen een regio zijn vaak meerdere zorgorganisaties actief. Om patiënten de vrije keuze voor aanbieders te blijven geven is het, mede in het kader van de Mededingingswet, belangrijk dat – daar waar mogelijk – verscheidene partijen betrokken blijven bij het herinrichtingsproces. Om dit proces zo transparant mogelijk te houden kunnen zorgverzekeraars kiezen tussen diverse inkoopmodellen waarbinnen het meest wenselijke lokale model tot stand komt. Opties daarvoor zijn aanbestedingstrajecten, met ruimte voor nieuwe toetreders, waarbij deelname en inschrijving op de tender vanuit verschillende partijen mogelijk zijn. Alternatief is het beleggen van de verantwoordelijkheid voor de lokale invulling van de chronische en de ouderenzorg bij de huidige aanbieders. Deze kunnen in een goed ingekaderd offertetraject binnen het plan van eisen een lokaal ontwerp maken. Los van de gekozen methode is het van groot belang dat de partijen die lokaal de zorg gaan aanbieden gaan samenwerken in zorgpaden die organisatieoverstijgend zijn. De lokale partijen kunnen dan de initiatiefnemer van lokaal passende integrale zorg zijn.

## Stap 3:

### **Beslissing tot herinrichting zorg**

Binnen het proces van de herinrichting van zorg spelen zorgverzekeraars een belangrijke rol. Op basis van vastgestelde inkoopcriteria (stap 1 in het regionaal ontwerp) is het aan de zorgverzekeraar om aan te geven of de lokale ontwerpen uiteindelijk voldoen aan de criteria voor inkoop van de zorg. In dit proces is het belangrijk dat de zorgverzekeraar de aanbieders in de zorg voldoende handvatten meegeeft om de transitie die nodig is ook te kunnen gaan

realiseren. Dit kan bijvoorbeeld door contracten voor de middellange termijn af te sluiten. Waarbij er waar nodig ruimte wordt gecreëerd voor de benodigde innovatie en transitiefinanciering.

Stap 4:

### Implementatie

Vanaf het moment van toekenning van een inschrijving moet het samenwerkingsverband van aanbieders verschillende stappen ondernemen voor de implementatie van het eigen model van integrale zorg. Dit kan gaan om de invoering van zorgpaden, het aanpassen van (informatie)managementsystemen, aanpassingen aan gebouwen of herverdeling van personeel. Het maken van concrete plannen voor dit soort wijzigingen tijdens het ontwerpproces van het model versnelt de implementatie en vergroot de kans op goed resultaat.

### Het waarborgen van integrale zorg is een iteratief proces

Om te waarborgen dat integrale zorg in de regio wordt aangeboden die betaalbaar en van goede kwaliteit is, moet de bovenstaande cyclus regelmatig worden herhaald. Dit maakt het mogelijk om het programma van eisen verder aan te scherpen en de beste aanbieders te selecteren, zodat integrale chronische en ouderenzorg – aansluitend bij de behoefte van de regio – ook in de toekomst gegarandeerd zijn.

**Tabel 3**  
Stappen voor nieuwe inrichting van zorg in de regio

	Fase	Acties
<b>Stap 1</b>	Regionaal ontwerp	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formuleren van een gezamenlijke visie op integrale zorg</li> <li>• Opstellen van programma van eisen voor integrale chronische en ouderenzorg</li> </ul>
<b>Stap 2</b>	Lokaal ontwerp	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opzoeken van lokale partners om mee samen te werken</li> <li>• Ontwikkelen van zorgpaden</li> <li>• Ontwikkelen van plannen voor shared services, informatiesystemen, infrastructuur en vastgoed</li> <li>• Inschrijving op programma van eisen door samenwerkingsverband van zorgaanbieders</li> </ul>
<b>Stap 3</b>	Besluitvorming	Besluitvorming over welke samenwerkingsverbanden de zorg gaan leveren
<b>Stap 4</b>	Implementatie	Uitvoeren van plannen

## KADER 5

### Zeven punten van effectieve veranderingen in integrale zorg

**Om verandering in de chronische en ouderenzorg naar integrale zorgmodellen daadwerkelijk te realiseren, zien wij een aantal randvoorwaardelijke punten die moeten worden ingevuld. Gezamenlijk vormt deze groepering van zeven punten de leidraad voor het effectief inrichten van integrale zorg in een regio.**

#### Vormgeven zorginhoud

Elke verandering in het primaire proces van de zorg start met het ontwerpen van nieuwe zorgpaden. In deze zorgpaden wordt duidelijk opgenomen wie welke rol heeft in het zorgproces en welke concrete doelen – bijvoorbeeld ten aanzien van kwaliteit of doelmatigheid – worden nagestreefd.

#### Systemen

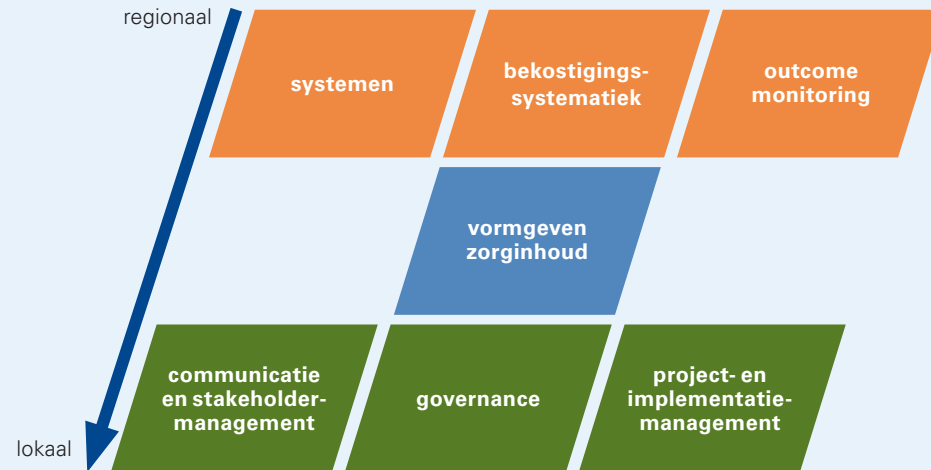
Informatiestromen voor naadloze informatie-uitwisseling over proces en inhoud moeten efficiënt en veilig worden ingericht. Dit kan middels een regionaal EPD, maar ook via digitale 'bruggen' tussen systemen van aanbieders.

#### Bekostigingssystematiek

Om de bekostigingssystematiek te kunnen laten aansluiten bij het gewenste resultaat moeten zorgverzekeraars met aanbieders om tafel om afspraken te maken over integrale financieringsmogelijkheden. Effectieve vormen zijn bijvoorbeeld uitkomst- en doelgroepbekostiging voor specifieke doelgroepen, die voor een groep van aanbieders die samenwerken als collectieve bekostigingssystematiek worden gehanteerd.

#### Outcome monitoring

Om inzicht te krijgen in het resultaat van de implementatie



van integrale chronische ouderenzorg is het van belang om de uitkomst van het traject op de concrete doelen te meten. Cruciaal voor het inzichtelijk maken van deze informatie is het verzamelen, opslaan en verwerken van de benodigde gegevens. Om goed te kunnen sturen op resultaat is het dus van belang dat de informatiestroom goed is georganiseerd.

#### Communicatie en stakeholdermanagement

Bij het leveren van integrale zorg zijn meerdere aanbieders betrokken. In de aanloop naar de verandering is het belangrijk dat er draagvlak is voor de verandering bij de verschillende partijen en dat zij zich eigenaar voelen van de nieuwe zorgpaden. Communicatie is van essentieel belang bij het doorvoeren van verandering.

#### Governance

Om samenwerking te laten slagen moet er duidelijkheid zijn over de beslisrechten en financiële en juridische

verantwoordelijkheden van de verschillende samenwerkende partijen. Om integrale zorg aan te kunnen bieden is het niet altijd noodzakelijk om nieuwe organisaties te creëren of te herstructureren. De inrichting van de samenwerking kan verschillende vormen aannemen en welke vorm het beste past is afhankelijk van de specifieke situatie (zie Kader 6).

#### Project- en implementatiemanagement

Om succesvolle herinrichting van chronische (ouderen) zorg te bewerkstelligen is focus op het eindresultaat belangrijk. Een strakke projectorganisatie en continue monitoring zijn belangrijk om deze focus te behouden en op tijd te kunnen bijsturen op basis van tussentijdse resultaten. Dit draagt bij aan succesvolle implementatie van nieuwe modellen voor integrale zorg.

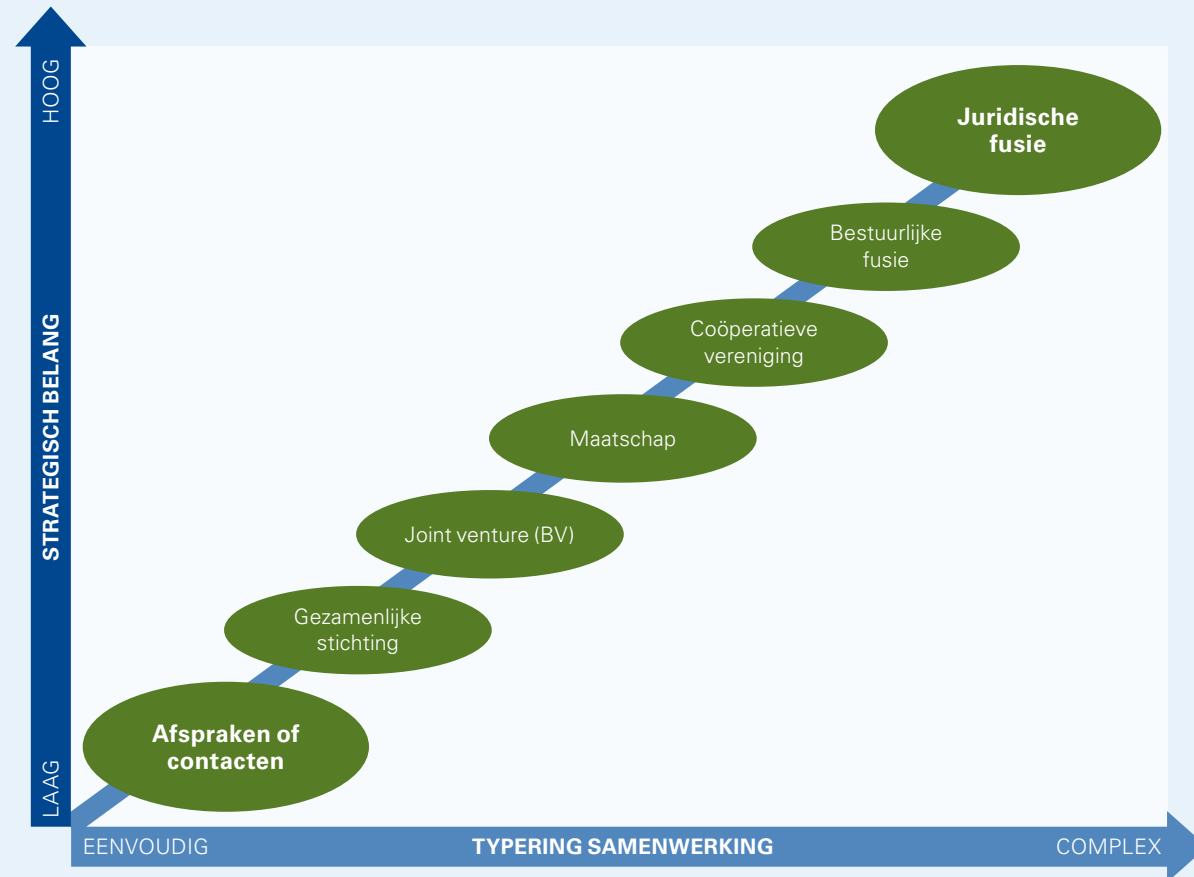


# KADER 6

## Mogelijke samenwerkingsvormen

De samenwerking tussen verschillende zorgpartners kan op bestuurlijk niveau op verschillende manieren worden ingericht. De keuze voor één van de samenwerkingsvormen in de onderstaande figuur is afhankelijk van de mate van complexiteit van de samenwerking en het strategisch belang. Per specifieke situatie zullen aanbieders dus een afweging moeten maken van de volgende zaken om de complexiteit en het strategisch belang te bepalen en een beslissing te nemen over de samenwerkingsvorm:

- Voor welke periode willen we een samenwerking aangaan?
- In hoeverre willen we de samenwerking contractueel vastleggen?
- Welke mate van flexibiliteit willen we behouden in de samenwerking?
- Hoe regelen we de geldstroom en hoe verdelen we de winst?
- Wie is aansprakelijk voor wat? Denk ik erbij aan (delen van) de zorg, de financiële stromen.



**Jeroen van den Oever is bestuurder van Fundis: een holding die verschillende zorgbedrijven financiert waaronder de bekende thuiszorgorganisatie Vierstroom. Binnenkort zal ook het LangeLand Ziekenhuis deel uitmaken van deze groep. Met deze integratie van verschillende zorgketenonderdelen heeft Fundis een unieke kans om op vernieuwende wijze integrale zorgconcepten in de regio toe te passen.**

De komende maanden staan voor mij vooral in het teken van de integratie van het LangeLand Ziekenhuis binnen Fundis. Door een ziekenhuis aan deze groep toe te voegen zie ik veel mogelijkheden om de integrale zorgproducten die we al jaren inzetten verder uit te bouwen. Op deze manier kunnen we de burgers in de regio op efficiënte wijze voorzien van zorg van betere kwaliteit, gezien de constellatie van Zoetermeer een buitenkans.

Eén van de grootste obstakels voor de succesvolle uitrol van integrale zorg is het bestaan van **verschillende financieringsstromen** die ook nog eens worden beheerd door **verschillende financiers** in het systeem. Zo zijn wij in gesprek met zorgkantoren voor de AWBZ, verzekeraars voor de Zvw en gemeenten voor de Wmo. Daarnaast hebben we ook nog te maken met private bijdragen. Het continu schakelen tussen deze vier verschillende geldstromen maakt het organiseren van efficiënte ketens bijzonder complex.

Maar toch lukt het ons vrij goed om over de schotten heen te werken. Zo zijn er voor bepaalde aandoeningen (zoals CVA en diabetes) al succesvolle ketenafspraken gemaakt in de regio Zoetermeer. Hoewel er geen revoluties worden behaald, zijn de resultaten positief: werkafspraken zijn gemaakt en lopen goed, zorg wordt bij elkaar gebracht en substitutie wordt gerealiseerd. We zijn dan ook erg trots op onze samenwerkingsverbanden.

De samenwerking slaagt met name doordat de afspraken goed zijn af te bakenen, er sprake is van een platte structuur en er binnen de ketens ook een **duidelijke ketenregisseur in de 'lead'** is. Dit laatste is in mijn ogen essentieel voor

integrale zorg. Iemand moet de regie hebben in het proces om te zorgen dat we boven het niveau van de een-op-een afspraken uitstijgen. In ons zorgsysteem barst het van de Poolse landdagen. Dan blijkt vaak dat horizontale afspraken tussen gelijkwaardige partners niet voldoende zijn om de complexiteit van de financiering op te lossen.

Voor burgers met multimorbiditeit zijn er op dit moment nog weinig integrale zorgproducten. Juist omdat er in deze gevallen veel meer nodig is dan horizontale afspraken. Gezien de verwachte groei van deze groep denk ik dat we in de toekomst veel meer moeten inzetten op casemanagementformules en zelfmanagement. Ik zie hier een belangrijke rol voor de wijkverpleegkundige en de huisarts. Ook neemt het belang toe om te investeren in preventie. Ons systeem wordt nu nog erg gedreven door flinke productieprikkels bij de aanbieders. Het lijkt mij mooi als we in de toekomst niet meer spreken over productieprikkels, maar over **preventieprikkels**.

Hoe de regie in een integraal systeem precies vormgegeven moet worden is voor ons nog zoeken. Dat zal met Fundis de komende tijd een mooie uitdaging worden. Ik geloof echter niet in één grote zorgmammoet die alles doet. Bij Fundis passen we een vlootmodel toe, waarin verschillende bedrijven een eigen deelmarkt bedienen en zelf verantwoordelijk zijn voor het resultaat. De risico's zijn zo gespreid, de financiering wordt makkelijker en de bewegelijkheid is aanzienlijk beter. Door vervolgens ketenpartners in één organisatie onder te brengen wordt het makkelijker om de regie te voeren en is het probleem van verschillende financieringsbronnen binnen de organisatie in ieder geval deels opgelost.

“ *Bij integrale zorg is het van essentieel belang dat iemand de regie heeft.* ”



**Jeroen van den Oever**

# Integrale zorg in netwerken is de toekomst

## Zorg in netwerken, los van stenen

Onze visie op integrale zorg vraagt om een andere benadering van het traditionele rollenpatroon en de taakverdeling van zorgaanbieders in de regio. Grenzen tussen aanbieders zullen steeds verder vervagen en het belang van netwerken neemt toe. De gebouwen die we nu 'ziekenhuis', 'verpleeghuis' of 'gezondheidscentra' noemen, faciliteren in de toekomst niet alleen maar zorg geleverd door medisch specialisten, specialisten ouderengeneeskunde of eerstelijnsaanbieders. Traditionele ziekenhuisfuncties zoals controles spelen zich in de toekomst bijvoorbeeld af bij de patiënt in de wijk of zelfs aan huis door inzet van medisch specialisten in buitenpoli's, gezondheidscentra of digitale spreekuren. Andere opties zijn het gebruik van een aantal verpleeghuisbedden op een transferafdeling in een ziekenhuis. Wij zien rondom de integrale chronische en ouderenzorg steeds meer een beweging richting netwerkstructuren en weg van de daadwerkelijke stenen van het gebouw.

Ziekenhuizen en ander aanbieders van somatische en sociale gezondheidszorg zijn aan zet om nieuwe modellen voor integrale chronische en ouderenzorg te ontwikkelen. Daarin kunnen ze veel zelf, maar helemaal alleen zal het moeilijk zijn. Daarom is ook de betrokkenheid van andere partijen, zoals zorgverzekeraars, gemeente en financiers, van belang. Alleen door die gezamenlijke aanpak kunnen we in de toekomst de kwaliteit en betaalbaarheid van zorg voor deze populatie patiënten in Nederland garanderen.

# Over KPMG Plexus

KPMG Plexus adviseert en ondersteunt klanten uit de zorg. In Nederland, maar ook daarbuiten. We helpen hen succesvol om te gaan met de grote veranderingen die op de zorg afkomen. Met een frisse blik, vanuit het perspectief van de patiënt en met een heldere visie op de toekomst.

## Onze ambitie

De zorg verbeteren en meetbare waardeverbetering creëren voor de patiënt. Dat is waar KPMG Plexus voor staat, dat is waar we samen met onze klanten iedere dag aan werken. Op korte en lange termijn, nationaal en internationaal. Onze ambitie is leidend voor elke opdracht die we uitvoeren. Daarom richten we ons op projecten die bijdragen aan verbetering van de kwaliteit, toegankelijkheid of betaalbaarheid van de zorg. En we streven daarbij naar meetbare resultaten, die inzichtelijk en communiceerbaar zijn.

## Complexe verandertrajecten

De uitdagingen waar de zorg voor staat, vragen om grote veranderingen. Om herinrichting van het zorglandschap, continue kwaliteitsverbetering, duurzame kostenbesparingen en strategische inzet van IT. KPMG Plexus ondersteunt zorgprofessionals, management- en bestuursleden bij deze complexe verandertrajecten. Daarbij maken we gebruik van onze jarenlange ervaring met en brede kennis van nationale en internationale ontwikkelingen in de zorg.

## Internationaal netwerk KPMG

KPMG Plexus is onderdeel van het internationale KPMG-netwerk. Dat betekent dat de kennis van al onze collega's van KPMG, nationaal en internationaal, bij alle projecten tot onze beschikking staat. De uitdagingen

waarvoor de Nederlandse zorgsector staat, vertonen veel overeenkomsten met die in andere landen. Via ons internationale netwerk hebben we directe toegang tot wereldwijde kennis van innovatieve ontwikkelingen en 'best practices' in de zorg. Zo werken we wereldwijd elke dag met meer dan 4.000 professionals gespecialiseerd in de zorg aan een excellente en efficiënte gezondheidszorg die voor iedereen toegankelijk is en blijft.

## Onze ervaring op het gebied van samenwerking en nieuwe zorgmodellen

KPMG Plexus heeft ruime ervaring met projecten op het gebied van samenwerking in de zorg en het ondersteunen bij de inrichting van nieuwe zorgmodellen. Hieronder lichten we een selectie van projecten op dit gebied kort toe.

- KPMG Plexus heeft in een regio met ongeveer een half miljoen inwoners een ziekenhuis en een verpleeg- en verzorgingsinstelling geassisteerd in het opstellen van een regiovisie. Het doel van beide opdrachtgevers was het vaststellen van een gezamenlijke stip op de horizon met betrekking tot de zorg voor de chronische en ouderenpopulatie in de regio. In de visie wordt concreet omschreven hoe verticale integratie van ziekenhuis-, verpleeghuis- en thuiszorgfuncties bijdragen aan het behalen van betere gezondheidsuitkomsten en lagere zorgkosten binnen de regio. Daarnaast besteedt de visie specifiek aandacht aan het verhogen van de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van de meer kwetsbare bevolkingsgroepen door middel van een wijkgerichte aanpak.
- KPMG Plexus heeft ondersteuning geboden bij het

ontwikkelen en implementeren van een nieuw duurzaam en financieel stabiel zorgprofiel voor een regionaal basisziekenhuis. Op het gebied van zowel financiën als kwaliteit bevond het ziekenhuis zich in acute problemen. Op basis van gedetailleerde analyses van de financiën, kwaliteit en zorgvraagontwikkeling heeft KPMG Plexus een drietal scenario's voor voortzetting van het ziekenhuis samengesteld. In de vervolgfase is in overleg met het ziekenhuisbestuur, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de zorgverzekeraar het best passende profiel uitgekozen en uitgewerkt voor implementatie.

- Als gevolg van de (toekomstige) concentratie van ziekenhuislocaties in een regio in Noord-Nederland komt de ziekenhuiszorg voor ongeveer 150.000 inwoners verder weg te liggen. KPMG Plexus heeft in opdracht van de dominante zorgverzekeraar in de regio een werkconferentie georganiseerd met aanbieders van tweedelijns-, eerstelijns- en sociale zorg met als doel om een gezamenlijke visie voor de zorg vast te stellen. In de vervolgfase gaat de regio onder begeleiding van KPMG Plexus aan de slag met het opstellen van concrete ontwikkeldoelen en het uitwerken van regionale plannen voor de invoering van transmurale zorgpaden voor de ouderenzorg, chronische zorg, diagnostiek en acute basisspoedzorg. Het beoogde eindresultaat is een nieuw model voor de inzet van integrale zorgmodellen dat de patiënten minder afhankelijk maakt van de traditionele ziekenhuisfuncties.
- In een regio heeft KPMG Plexus de regionale ziekenhuizen, huisartsen, patiëntenvertegenwoordigers en een zorgverzekeraar ondersteund bij het ontwikkelen

van een nieuw ontwerp van het regionale zorglandschap. Voor de belangrijkste zorggebieden, variërend van acute tot complexe, electieve en chronische en ouderenzorg, is een nieuw ontwerp gemaakt.

- In een regio met een zestal ziekenhuizen en twee zorgverzekeraars heeft KPMG Plexus de zorgverzekeraars ondersteund een regiovisie op te stellen rondom de (complexe) spoedeisende zorg. Na het opstellen van deze visie heeft KPMG Plexus de dialoog tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars gestructureerd en op gang gebracht, met als doelstelling te komen tot een andere inrichting van de zorginfrastructuur gedragen door de zorgaanbieders. Belangrijk uitgangspunt in deze dialoog zijn de publieke belangen (kwaliteit, betaalbaarheid, toegankelijkheid) voor de verzekerden/patiënten én de haalbaarheid voor de ziekenhuizen.
- KPMG heeft een consortium van ziekenhuizen ondersteund bij de voorbereiding van de overname van een ziekenhuis in financiële problemen. Dit complexe project behelsde de ontwikkeling van een nieuw zorgprofiel (aansluitend bij de visie op de markt), het opzetten en managen van negen werkstromen waarin onder andere de backofficefuncties werden geïntegreerd, ondersteuning bij het opstellen van een businesscase en het managen van het dealteam.
- KPMG Plexus begeleidt twee ziekenhuizen bij de verkenning tot samenwerking. Uitgangspunt hierbij is dat de verschillende samenwerkingsvormen door de beide ziekenhuizen gezamenlijk worden ontworpen. KPMG Plexus begeleidt hiervoor verschillende themawerkgroepen die verschillende deelscenario's

ontwikkelen, bijvoorbeeld rond de acute zorg, geboortezorg en oncologie. Dit levert op ziekenhuisniveau een 'longlist' aan mogelijkheden voor samenwerking waaruit betrokkenen zelf een 'shortlist' selecteren. Deze ziekenhuisbrede scenario's worden door KPMG Plexus geobjectiveerd voor onder andere financiële consequenties, gevolgen voor de kwaliteit van zorg en gevolgen voor betrokkenen.

- Vanaf 2015 worden gemeenten integraal verantwoordelijk voor jeugd, werk, inkomen en de begeleiding en verzorging uit de AWBZ. Gemeenten zien kansen voor een effectievere en efficiënter georganiseerde aanpak op het sociale domein door anders te gaan werken: dicht bij de burger, meer gebruikmakend van de eigen kracht van burgers, integraal werken, beter gebruik van alle nabije voorzieningen en meer sturing op resultaat. Deze aanpak wordt zichtbaar in de sociale wijkteams, waarmee veel gemeenten experimenteren. Maar hoe richt je deze teams in? Wat zijn hun verantwoordelijkheden? Welke sturing en bekostiging passen hierbij? KPMG Plexus heeft de G32 (netwerk van bestuurders van 32 grote gemeenten) ondersteund bij het opstellen van een handreiking voor alle gemeenten in Nederland waarin de keuzes met hun voor- en nadelen met betrekking tot inrichting, sturing en bekostiging van sociale wijkteams op een rij staan.

### Interesse?

Als u geïnteresseerd bent in wat KPMG Plexus voor u kan betekenen op het gebied van samenwerking en de ontwikkeling van nieuwe zorgmodellen, neemt u dan contact op met Anna van Poucke.

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

**T.** 020 6568595

**I.** [www.kpmgplexus.nl](http://www.kpmgplexus.nl)

## Contactgegevens

Anna van Poucke  
Eveline van Beek  
Hanneke Wittgen  
Lieke Ruigrok

## KPMG Plexus

**T** +31(0)20 301 0800  
**E** [info@kpmgplexus.nl](mailto:info@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.

© 2013 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.