

ORGANISATIE VAN DE ZORG

Integraliteit als de sleutel voor succes?!



Zorgsmeders

Een initiatief van:



INHOUDSOPGAVE	ZORGSMEDERS	5
	1. INLEIDING	7
	2. PRAKTIJKVOORBEELDEN	9
	• Praktijkvoorbeeld 1: Oncologisch centrum Isala - Betere integrale zorg voor oncologische patiënten	9
	• Praktijkvoorbeeld 2: Zorroo organiseert ketenzorg in de regio ondersteund door systeemintegratie	10
	• Praktijkvoorbeeld 3: Gezondheidscentra Nijkerk organiseert integrale transmurale COPD zorg door één aanspreekpunt te creëren	11
	• Wat zegt ons dit?	12
	3. GEDACHTEN OVER DE TOEKOMST	13
	• Het toekomstig stelsel – een hypothese	14
	• Coördinatie heeft een versnellende functie	16

COLOFON

Copyright © 2019 VitalHealth, ABN Amro en Vintura

Auteur
Noël van Oijen, Vintura

M.m.v.
Anja van Balen, ABN AMRO
Arjan Karens, VitalHealth
Erik Geluk, VitalHealth
Ewoud Ravenshorst, Vintura

Vormgeving **Rippel**
Fotografie **Juliette Moulen**

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd door middel van druk, fotokopieën, geautomatiseerde gegevensbestanden of op welke wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Stichting Digitalezorg.nl en Vintura.

ZORGSMEDERS



ZorgSmeders is een initiatief van drie¹ partijen (ABN AMRO, Philips VitalHealth en Vintura) die de schouders willen zetten onder de verbetering van het zorgstelsel in Nederland.

We willen graag stakeholders aan elkaar koppelen in levendige en constructieve discussies om samen te bepalen wat wel en niet werkt en wat we van elkaar nodig hebben om succesvol te zijn. We nodigen bestuurders uit van alle stakeholders in de zorg: ziekenhuizen, farmaceuten, huisartsen, zorgverzekeraars, patiëntenverenigingen, zorginstellingen, overheid etc. Meestal een groep van zo'n 25-30 personen om de discussie overzichtelijk te houden.

We geloven niet in praten over elkaar, maar in samen verantwoordelijkheid nemen en een toekomstbestendig zorgstelsel smeden.

1) Mede-initiatiefnemer Digitalezorg.nl is niet meer betrokken bij de groep van ZorgSmeders.

1. INLEIDING

Doel van dit artikel is om de discussie rond toekomstige organisatie van zorg in Nederland een stap verder te brengen, voortbouwend op de uitkomsten van de laatste ZorgSmeders-sessie rond dit thema.

Binnen ZorgSmeders worden bestuurders binnen het zorgdomein (ziekenhuizen, klinieken, eerstelijnszorg, verzekeraars, industrie en politiek) op regelmatige basis bijeengebracht door de organisatoren (ABN AMRO, VitalHealth en Vintura) om vervolgstappen te zetten op weg naar betere, meer waardegedreven zorg (Value-Based Healthcare).

Hoe organiseren we de zorg? Dat was de centrale vraag van de laatste sessie. Het moet anders en dus zullen we onszelf ook anders moeten organiseren.

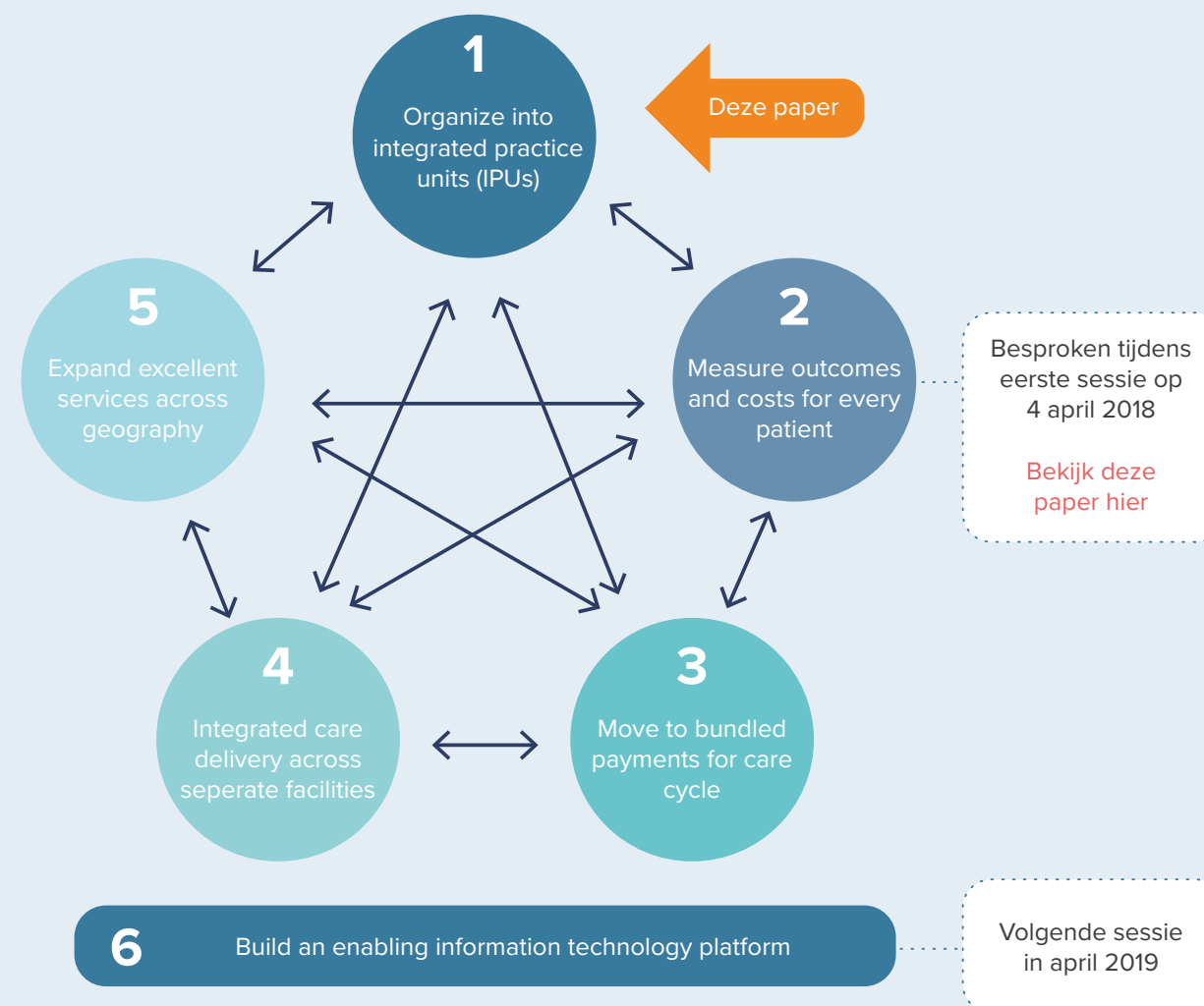
Vanuit de discussie die we deze avond gevoerd hebben rond drie actuele praktijkcases, brengen we in dit artikel een aantal leidende principes naar voren voor de toekomstige inrichting van ons zorgstelsel.

Het VBHC-model van Porter (figuur 1) vormt een leidraad voor de ZorgSmeders bijeenkomsten. Op basis van de eerste sessie rond bundled payments is het whitepaper "[Bundled efforts om bundled payments te implementeren](#)" verschenen (mei 2018). Dit artikel is geschreven n.a.v. de tweede bijeenkomst rond organisatie van zorg. In april 2019 zal de derde sessie plaatsvinden rond Digitalisering en Virtual care als katalysator voor nieuwe organisatievormen

Figuur 1:

PLAATS VAN DE ZORGSMEDERS SESSIES IN HET VBHC-MODEL VAN PORTER.

Bron: M.E. Porter et al. The strategy will fix health care. Harvard Business Review 2013.



2. PRAKTIJKVOORBEELDEN

PRAKTIJKVOORBEELD 1: ONCOLOGISCH CENTRUM ISALA - BETERE INTEGRALE ZORG VOOR ONCOLOGISCHE PATIËNTEN

Isala - een topklinische ziekenhuisorganisatie in Drenthe en Meppel – heeft haar oncologische zorgketens samengebracht in één zorgcentrum: het Isala Oncologisch Centrum (IOC). Per aandoening zijn multidisciplinaire teams opgezet met een medisch specialist als voorzitter en ondersteund door een ketenmanager, datamanager, controller en secretariële ondersteuning.

Om zorg optimaal vorm te geven zijn strakke zorgpaden ingericht i.s.m. patiënten, afspraken gemaakt over standaarden en worden patiëntuitkomsten gemeten en inzichtelijk gemaakt in dashboards.

De casus Isala laat zien dat een integrale zorgketen waarbij écht patiëntgericht wordt samengewerkt veel voordelen heeft. Kwaliteit en efficiëntie gaan omhoog. De weg naar een zorgketen is echter lang en lastig; er moeten veel heilige huizen worden afgebroken. Bij Isala staat de intramurale keten nu en dat is winst. We weten dat de zorgwinst verder kan toenemen als je dergelijk ketens ook transmuraal kunt gaan bouwen. Daar schuilt echter nog een grotere complexiteit, zeker als we daar uitkomstenbesteding aan gaan koppelen.

PRAKTIJKVOORBEELD 2: ZORROO ORGANISEERT KETENZORG IN DE REGIO ONDERSTEUND DOOR SYSTEEMINTEGRATIE

Zorggroep Zorroo - een huisartsenorganisatie in de regio Oosterhout met 30.000 patiënten - is een paar jaar geleden gestart met een regionaal eHealth platform vanuit de visie dat echte ketensamenwerking goede online samenwerking tussen de verschillende zorgaanbieders vereist.

Zorroo is in staat gebleken een belangrijk deel van alle verschillende systemen in de regio met elkaar te koppelen, opdat zorgverleners niet alleen over en weer inzage hebben, maar ook ondersteund worden in rapportages, adviezen en virtueel contact met de patiënt. Daarnaast is het mogelijk om vanuit dit regionale eHealth platform op zorggroepniveau te rapporteren richting verzekeraars.

De casus Zorroo laat zien dat systeemintegratie een vereiste is om efficiënt en patiëntgericht samen te werken. Het laat ook zien dat we niet staan waar we moeten staan. Met veel enthousiasme, vindingrijkheid en doorzettingsvermogen is er een heel complex landschap gebouwd waarin data-integratie ogenschijnlijk een feit is. Of het daarmee schaalbaar is en toekomstbestendig, is nog de vraag. Standaarden en integratieplatforms (PGOs) zijn een must om zaken beheersbaar te houden.

**PRAKTIJKVOORBEELD 3:
GEZONDHEIDSCENTRA
NIJKERK ORGANISEERT
INTEGRALE TRANSMURALE
COPD ZORG DOOR ÉÉN
AANSPREEKPUNT TE
CREËREN**

Gezondheidscentra Nijkerk heeft zicht tot doel gesteld om optimale zorg voor COPD-patiënten te realiseren voor alle inwoners van Nijkerk.

Hiertoe is een transmurale samenwerking gestart waarbij ketenpartners (zorgverleners uit 1e lijn, twee ziekenhuizen en zorgverzekeraar) zich verenigd hebben in een stichting met heldere ambitie: optimale COPD zorg (van preventie tot en met follow-up). Bij het opzetten van de stichting is veel aandacht besteed aan het creëren van draagvlak; het gaat alleen écht werken als alle ketenpartners meedoen. Samen met de zorgverzekeraar is een innovatief contract opgesteld op basis van ketenfinanciering.

De casus Nijkerk liet zien dat transmurale samenwerking best mogelijk is als er sprake is van een duidelijke populatie en met een centraal punt (de stichting) vanuit waar alles wordt georganiseerd. Dus niet iedereen een separate afspraak met iedereen, maar een centraal punt waar alle afspraken samenkomen en waar ook de contractering wordt geregeld. Dat lijkt een heel efficiënte oplossing.

WAT ZEGT ONS DIT?



We kunnen een aantal conclusies trekken:

Zorgketens werken prima bij een bepaalde minimale schaal en kunnen geclusterd worden binnen een centrum. De impact blijft echter vaak beperkt tot de muren van het ziekenhuis.

Transmurale ketens hebben veel impact, maar zijn ingewikkeld in opzet en uitvoering en vereisen een bepaalde context (indicatie/populatie) en een centrale aansturing. Opschaling is geen vanzelfsprekendheid.

Integratie van informatiesystemen is een must. Het is mogelijk, maar lastig te realiseren in de huidige versnipperde ICT-infrastructuur in de zorg.

3. GEDACHTEN OVER DE TOEKOMST

ONDANKS VELE INITIATIEVEN IS NOG NIET DUIDELIJK WAAR HET ZORGSTELSEL HEEN BEWEEGT

Op veel plekken zijn afgelopen jaren veel goede initiatieven ontstaan, maar het opschalen vanuit pilots blijkt nog vaak een (te) grote stap. Onze indruk is dat de huidige manier van werken waarbij iedereen bezig is met eigen pilots zonder dat we weten waar we heen bewegen, niet optimaal is. Om vanuit dit proces tot grote veranderingen te komen, gaat erg lang duren en de vraag is of er iets ontstaat wat echt het beste is.

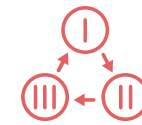
Onder het mom van marktwerking zijn partijen hun posities aan het verdedigen en ontplooien ze activiteiten waarvan je je kunt afvragen of ze echt iets bijdragen. Het zoveelste oncologische centrum wordt opgetuigd, het zoveelste eHealth initiatief wordt lokaal opgestart, het zoveelste samenwerkingsverband wordt met veel pijn en moeite vormgegeven.

Natuurlijk zal onder druk van volumenormenten, standaarden en nieuwe structuren uiteindelijk een beweging ontstaan naar een meer ideale situatie, maar kunnen en willen we daarop wachten?

De vraag die boven de markt blijft hangen is; 'Waar beweegt het stelsel naar toe?'. Hoe ziet het zorglandschap er over een aantal jaar uit en hoe kunnen we nu al zo gaan organiseren dat we daar efficiënt naar toe bewegen?

Als aftrap voor deze discussie leggen we hieronder een aantal uitgangspunten als hypothese op tafel rond inrichting, coördinatie en ICT-integratie.

HET TOEKOMSTIG STELSEL – EEN HYPOTHESE



Gecoördineerde inrichting van zorg

- In het stelsel herkennen we verschillende zorgcentra:
 1. complexe interventiecentra (complex, multidisciplinair multimorbide, acuut, toegewezen weesziekten);
 2. generieke regionale interventiecentra (acuut, minder complex, multidisciplinair);
 3. gespecialiseerde centra voor electieve zorg (laagcomplex, electief).
- Per regio (maar ook nationaal) bepalen we op basis van de populatie hoeveel van elk type centrum we nodig hebben en wat ze moeten bieden.
- Dat geldt met name voor de type 1 en 2 centra; dit is vrijer voor type 3 centra (mogelijk ZBCs) en zij kennen bovendien marktwerking.
- Regionale interventiecentra en gespecialiseerde electieve centra worden afgerekend op uitkomsten; complexe interventiecentra niet.
- Naast de drie typen zorgcentra bestaan er Disease management Centres voor chronische zorg. Deze centra monitoren patiënten op afstand, roepen ze op of verwijzen wanneer daar noodzaak voor is. Dat kan voor meerdere indicaties.
- Ziekenhuizen worden wellicht iets minder talrijk, maar wel wat 'groter', doordat er meer toegevoegde waarde (paramedische, 1e lijns-) zorg naar het ziekenhuis wordt gehaald.
- Er komt meer verantwoordelijkheid te liggen bij de patiënt; de zorg gaat waar mogelijk (zoals bij virtual care) terug naar de 0e lijn.



Gecoördineerde levering van zorg; Zorgcoördinatie en -coaching

- Ziekenhuizen/zorgverleners gaan doen waar ze goed in zijn; zorg verlenen. Patiëntgericht en efficiënt, passend bij de rol die men heeft. Intramurale zorgketens waar dat kan (zoals Isala laat zien) voor specifieke populaties.
- Zorgverleners zijn terughoudend met het bouwen van ingewikkelde zorgnetwerken en extramurale zorgpaden.
- Zorgcoördinatie en begeleiding van patiënten gebeurt vanuit centrale plekken in de regio; daar wordt een patiënt van zorgverlener naar zorgverlener begeleid.
- De functie kan worden ingevuld door zorgverzekeraars, 1e lijn (zoals in Nijkerk voor COPD), zorgkantoren of geheel nieuwe entiteiten.



Gecoördineerde inzet ICT

- Er bestaan nationale standaarden voor data-uitwisseling en er komen regionale eHealth-platforms om de samenwerking tussen zorgverleners te bevorderen en uitkomsten duidelijk te kunnen rapporteren (zoals zorggroep Zorroo nastreeft).
- Per regio is er een keuze gemaakt voor één PGO waarin alle zorgtransacties en data worden uitgewisseld. Alle centra zijn aangesloten.
- Diagnostiek, monitoring en behandeling worden sterk ondersteund door algoritmes op basis van Big Data en Artificial Intelligence.

COÖRDINATIE HEEFT EEN VERSNELLEDE FUNCTIE

Een en ander is soms strijdig met de gedachte van marktwerking. We kunnen echter niet wachten tot de markt heeft uitgevochten wie welke weesziekte het beste kan behandelen, we kunnen niet wachten tot we 15 oncologische centra hebben opgetuigd waarvan de helft weer zal worden ontmanteld en we kunnen niet toestaan dat we straks een wirwar van 1:1 samenwerkingsverbanden hebben opgetuigd die onbeheersbaar zal worden.

Voor de electieve/chronische zorg kan marktwerking een prima instrument zijn, maar dat kan pas als we eerst met zijn allen hebben bepaald hoe we het stelsel willen inrichten.

Wat kunnen de eerste stappen zijn die we moeten gaan nemen binnen 2-3 jaar? Dat zijn:

- de doorontwikkeling van virtual care/eHealth;
- het vaststellen van de IT-standaarden;
- het ontwikkelen van regionale zorgstructuren;
- en een brede implementatie van uitkomstenbekostiging (waar relevant).

Met ZorgSmeders zullen we komende tijd deze visie aanscherpen en nadenken over implementatie.

Tijdens de volgende sessie in april zullen we dieper ingaan op Virtual Care en eHealth als belangrijke randvoorwaarden en katalysator voor nieuwe organisatie van zorg.



Zorgsmeders

Een initiatief van:



Noël van Oijen

Vintura

nvanoijen@vintura.com

www.vintura.com



Anja van Balen

ABN AMRO

www.abnamro.nl



Erik Geluk

VitalHealth

www.vitalhealthsoftware.nl