



# GO WITH THE FLOW: VALUE-BASED ZORGINTEGRATIE EN ZORGLOGISTIEK

White paper Voka Health Community logistiek



# inhoudstafel

<b>inleiding</b>	<b>4</b>
<b>hoofdstuk 1:</b> Value-based zorgprestatie als uitgangspunt	<b>8</b>
<b>hoofdstuk 2:</b> Value-based zorgintegratie. What's in a name?	<b>14</b>
<b>hoofdstuk 3:</b> Zorglogistiek geeft vorm aan het nieuwe netwerkmodel van de gezondheidszorg	<b>22</b>
<b>hoofdstuk 4:</b> Waardeketen voor het nieuwe netwerkmodel van zorg	<b>36</b>
<b>hoofdstuk 5:</b> Value-based geïntegreerde zorgmodellen hebben nood aan passende financieringsmodellen	<b>50</b>
<b>hoofdstuk 6:</b> Hoe geïntegreerde zorg beheren met value-based governanceprincipes?	<b>56</b>
<b>conclusie en aanbevelingen</b>	<b>60</b>

**Deze whitepaper: ‘Go with the flow - Value-based zorgintegratie en -logistiek’ die u voor u heeft liggen, is de visie van een gevarieerde groep stakeholders over hoe de geïntegreerde waardeketen in de zorg er in de toekomst zal uitzien.**

**Voka Health Community brengt ondernemers, zorgprofessionals, onderzoekers en patiëntengroepen uit Vlaanderen en Brussel samen om hun visie en kennis te delen over de topics die onze gezondheidszorg de komende jaren fundamenteel zullen veranderen. Value-based zorgintegratie en -logistiek is er een van.**

Het huidige zorgsysteem is op vele vlakken nog sterk gefragmenteerd, met een gebrekkige coördinatie tussen zorgverleners. Ons systeem betaalt voor eenheden van zorg (actes) in plaats van goede zorguitkomsten. Het systeem houdt geen enkele organisatie of individu verantwoordelijk voor de kwaliteit en de kosten van de totaal verleende zorg. Er is geen prikkel om de zorg, haar kwaliteit en kost, gezamenlijk te coördineren en te verbeteren.

Het huidige zorgsysteem is niet duurzaam. Nieuwe zorg- en samenwerkingsmodellen benadrukken de nood aan verandering die gelijktijdig de financiering en de organisatie van de zorg wijzigt om alle relevante actoren beter op elkaar af te stemmen, inclusief gealigneerde prikkels. We moeten de verstrekkers van zorgdiensten en -goederen beter ‘samenbrengen’, hen gezamenlijk expliciet verantwoordelijk maken voor de zorg, en hen belonen voor een goede value-based zorgprestatie.

We leggen sterk de nadruk op value-based, omdat oude zorgmodellen die dezelfde wegen probeerden te bewandelen, vaak enkel gericht waren

op kwaliteit of kostenbeheersing (denk aan vroegere ‘forfaitaire’ systemen, ook bij ons). Fundamenteel bij de nieuwe (inter)nationale zorg- en samenwerkingsmodellen is dat beide aspecten consequent samen worden vooropgesteld, in de uitkomstmeting zelf en in de eraan gekoppelde financiering. Wat ‘value-based’ is, wordt ook beter afgelijnd in termen van prestatie, met uitsluiting van natuurlijke, onvoorspelbare variabiliteit, waarbij enkel verzekeringsprincipes dienen te spelen. Het gaat niet over opgelegde restricties, gatekeeping of een beperking in keuzevrijheid. Het gaat over een gecoördineerde, naadloze value-based zorgverlening.

Het versterken van ‘accountability’ en value-based zorgintegratie en -logistiek kan de toegankelijkheid van zorg verbeteren, de efficiëntie verhogen door de reductie van onnodige investeringen, onderzoeken, doorverwijzingen en behandelingen (met inbegrip van geneesmiddelengebruik), het verbeteren van de kwaliteit, uitkomsten en de zorgervaring van iedere burger.

Zulke positieve effecten zijn minder het gevolg van de beperkte prikkel om de één-op-ééndienstverlening in de relatie met de patiënt of cliënt telkens afzonderlijk te gaan wijzigen. Ze zijn eerder het gevolg van het groepsengagement om de groei in het zorgaanbod, de capaciteit en het volume te optimaliseren (reductie van onder- en overgebruik) en onderling op elkaar af te stemmen, met benutting van meer systematische tools, instrumenten en coördinatiemechanismen.

Om het met een voorbeeld concreet te maken: stel dat zorgorganisaties en -verstrekkers beslissen om nieuwe onderzoeksapparatuur onderling te delen doorheen meerdere entiteiten. De zorguitkomsten en kosten zijn dan het gevolg van meer gezamenlijke beslissingen. De ‘groep’, het ‘samenwerkingsverband’ of het ‘netwerk’



heeft dus nood aan mechanismen voor een collectieve beslissingsname. Alle deelorganisaties die zich hiervoor engageren, leveren dus bewust een stukje van hun autonomie in en transfereren dat deel(tje) van de beslissingsautoriteit naar het overkoepelende geheel. Dit is de enige manier om collectieve beslissingen ook daadwerkelijk te kunnen vormgeven en realiseren. Zulke gecoördineerde beslissingen doorheen zorgorganisaties vormen een aanzienlijke uitdaging en zullen dat steeds blijven, zeker tijdens de overgang van het zorgsysteem met haar huidige, deels tegengestelde kenmerken. Samenwerkingsmodellen wijzigen de invloed van welzijnsactoren, eerste lijn, specialisten, ziekenhuizen, overheid enzovoort. Men zal dan ook geïnteresseerd zijn in deelname om diverse redenen: een oprecht engagement om kwaliteit te verhogen en kosten te beheersen, de wens om de eigen positie in de zorgmarkt te beschermen/versterken en de eigen rol in collectieve beslissingen verzekeren, het delen in de financiële meerwaarde (bijvoorbeeld vanuit kostenreductie) en het behouden van de eigen autonomie. Voortrekkers uit de zorg zullen samenkomen in nieuwe verbanden. Zulke vehikels zullen op hun beurt andere zorgverleners uitnodigen en aanzetten tot een versterkte samenwerking: vrijwillig samen gerichte meerwaarde creëren en daarin delen. Deze evolutie vindt nu al plaats, deels spontaan, deels vanuit aangekondigde hervormingen (eerste lijn, ziekenhuisnetwerken, geïntegreerde zorg, prikkels tot samenwerking enzovoort).

**“NIEUWE ZORG- EN  
SAMENWERKINGSMODELLEN  
ZIJN NIET ENKEL RELEVANT VOOR  
DIEGENEN DIE ER IN EERSTE  
INSTANTIE AAN DEELNEMEN  
EN DUS OOK DELEN IN DE  
MEERWAARDE.”**

Zulke modellen zullen de zorgpraktijk en -cultuur veel diepgaander en breder wijzigen, in het voordeel van de samenleving en de eindgebruiker. Tegelijk moeten we pragmatisch en realistisch zijn. Hebben de nieuwe samenwerkingsmodellen zichzelf al ten volle bewezen? Zeker niet. Het 'track record' in effectief aangetoonde uitkomsten is beperkt tot een handvol internationale voorlopers (maar is wel groeiende). Deze voorlopers zijn vaak uitermate, bijna volledig, geïntegreerd. Ze vormen in feite één zorgorganisatie, met vaak nog eens een verzekeraarscomponent eraan toegevoegd. De verwachting dat het heel diverse Belgische zorglandschap plots als geheel zo'n model zal overnemen, is niet realistisch en kent ook aanzienlijke risico's, zoals we verder zullen zien.

Des te meer blijft het de vraag of minder geïntegreerde samenwerkingsmodellen, met lossere verbanden, erin kunnen en zullen slagen gelijkaardige (prille) uitkomsten te bewerkstelligen, gezien de belangen intrinsiek minder op één lijn liggen. Slagen ze erin om het noodzakelijke investeringskapitaal samen te brengen of gezamenlijk te genereren, om de contract- en coördinatiekosten te dekken, samen zorg-ICT te ontwikkelen voor monitoring en rapportage, samen programma's en projecten uit te bouwen in afstemming met de overheid (cf. de komende golf van piloot- en demonstratieprojecten)? De implementatie van tools, protocollen en kwaliteitsverbetering kost immers ook geld. Slagen deelgenoten erin om te monitoren welke partner welke rol, verantwoordelijkheid, inspanning, kosten en uitkomst op zich neemt en realiseert? Dit is cruciaal in het voorkomen van spanningen en wantrouwen in de onderlinge compensatiemechanismen in een domein waarin verantwoordelijkheid niet altijd zo eenduidig aflijnbaar is. Kwaliteitsverbetering leidt niet altijd tot besparingen en sommige kwaliteitsverbeteringen kunnen zelfs heel duur zijn. In deze whitepaper gaan we op zoek naar de meer

concrete implicaties voor beleid en zorgondernemerschap.

We nemen binnen dezelfde optiek de meerwaarde van een toekomstgerichte zorglogistiek onder de loep. Immers, wat doen samenwerkende partners concreet: (1) het reduceren van onnodig of dubbel zorggebruik, (2) het hanteren van protocollen en processen voor de coördinatie van preventie, vroegdetectie/diagnose, zorg en ondersteuning, (3) het verbeteren van onderlinge informatiestromen, (4) het aanmoedigen van meer kostenefficiënte zorgopties, (5) het benutten van schaalvoordelen bij zorgdiensten en -goederen, (6) het verminderen van vermijdbare urgenties, opname en/of heropname, (7) het coördineren van de aankoop, en het gebruik van dure apparatuur en infrastructuur, (8) het coördineren van de aanwerving en de inzet van zorgprofessionals om de kwaliteit en efficiëntie te bevorderen doorheen de betrokken organisaties. Elk van deze pistes is een puzzelstuk om de effectieve meerwaarde van samenwerking te realiseren.

Zorglogistiek is voor vele mensen ver van hun bed. Bij 'zorg' denken we spontaan aan de zorg zelf. De achterliggende processen zitten vaak goed weggeborgen, zijn niet altijd prioritair voor zorgprofessionals in de competitie voor middelen en investeringen, en zijn zo goed als onzichtbaar voor de eindgebruiker. Het hoeft dan ook niet te verbazen dat het optimaliseren van de hele 'supply chain' in de zorg achterop loopt op wat mogelijk is. Duplicatie, verspilling en onderbenutting van technologie (barcodes, sensoren, koppeling met het EPD, koppeling met identificatie enzovoort) gaan hiermee hand in hand. Het is eerder de voortdurende heroïsche inspanning van toegewijde technici en logistiek personeel die het systeem blijvend draaiende houdt. Het potentieel van automatisatie blijft onderbenut, vooral ten koste van het (in de toekomst schaars wordende) zorgpersoneel, gezien de voortdurende manuele registratielast, en ten koste

van het potentieel bij patiëntveiligheid (bijvoorbeeld door de onderlinge slimme digitale connecties tussen patiënt, zorgprofessionals, zorginterventies en materiaal).

### “DE FOCUS IN DE HUIDIGE RUIMERE HERVORMINGEN OP DE TOTALE WAARDEKETEN GEEFT ZORGLOGISTIEK EEN GROTE DUW IN DE RUG.”

Zorglogistiek is onmisbaar om zorgketens en -netwerken als nieuwe modellen vorm te geven, op te volgen, te valideren en bij te sturen. Probeer maar eens onderhandelingen over samenwerking tot een goed einde te brengen zonder zulke gegevens (doelgroepen, volume, kostprijs, effectiviteit...). Tracking van de stromen van patiënten, inzet van professionals en materiaal is ook noodzakelijk om de nieuwe financieringssystemen accurater vorm te geven. **Zorglogistiek komt stilaan uit de kelders. Dit zal de ruimere innovatie in de zorg op haar beurt versnellen.**

Niet alles wat we beschrijven kan morgen met een vingerknip worden gerealiseerd. Het is de taak van Voka Health Community om vooruit te kijken en bakens te verzetten. We zijn hierbij niet enkel een partner in visie maar ook in de geleidelijke uitrol van deze visie. Voka en Voka Health Community nemen hierbij een duidelijk engagement op als ambassadeur en voortrekker, en willen dit mee helpen uitdragen zodat de value-based toekomstvisie en uitwerking zich als een positieve olievlek verspreidt.

We hopen met deze whitepaper een eerste stap te zetten: die van de inspiratie. We staan uiteraard open voor een verder debat en gesprek over alle ideeën die u doorheen dit document zou willen oppikken.

A close-up photograph of a man's face and hand. The man is smiling, showing his teeth, and is wearing a blue sweater over a plaid shirt. His right hand is raised, making an 'OK' gesture with his thumb and index finger forming a circle. The background is a soft, out-of-focus brown.

# **1 Value-based zorgprestatie als uitgangspunt**



**We evolueren naar een zorgsysteem, waarbij niet een vicieuze cirkel van volume maar wel meerwaarde centraal staat. Een systeem dat zorgorganisaties beloont om betere uitkomsten aan gelijke of lagere kosten te realiseren. Één dat inefficiënte en ineffectieve zorgaanbieders penaliseert doordat in dat geval de inkomsten de feitelijke zorgkosten van de patiënt of cliënt niet dekken. Zulke competitie op basis van meerwaarde zet hen aan tot verbetering of tot het afbakenen van de zorgfocus tot domeinen waarin ze het wel goed doen. Degene die meerwaarde oplevert, zal het volume zien toenemen, vaak met een extra boost voor positieve uitkomsten en efficiëntie. Cross-subsidiëring (het hanteren van inkomsten van het ene voor het andere zorgdomein om daar verliezen te dekken) verdwijnt. De drive naar meerwaarde reduceert de fragmentatie en het blijvend hanteren van overbodige capaciteit. Er ontstaat een positieve meerwaardecyclus van verbetering en innovatie.**

## **De evolutie in zorgorganisatie en -modellen maakt zo'n realisatie mogelijk (1):**

**(1)** De puzzelstukken van zorgintegratie *rondom de behoefte van de eindgebruiker* krijgen vorm. Porter spreekt hierbij over *'integrated practice units'*. De focus is hierbij steeds gericht op het geheel van preventie, onderzoeken, zorginterventies, geneesmiddelen, devices en (front- en backoffice)dienstverlening zoals HR, ICT, coördinatie, benchmarking, kwaliteitsverbetering, facturatie, logistiek en infrastructuur doorheen de diverse betrokken settings (thuis, ambulant, opname, residentieel, revalidatie...). De behoefte wordt in deze zin geïntegreerd

benaderd maar verder geoperationaliseerd in de zorg volgens de tijdsas. Bovenstaande opsomming kent vanuit de beleving van de eindgebruiker soms een duidelijk begin- en eindpunt (een zorgepisode). Dit is een eerste type van zorgmodel, al dan niet planbaar/voorspelbaar op basis van evidence en de doelstellingen van de zorgvrager. Het gaat dus over integratie rond voorspelbare zorg en deels onvoorspelbare episodes, twee organisatie modellen die vaak dynamisch met elkaar verweven zijn.

Daarnaast kent een toenemend aantal personen een zorgbehoefte die meer langdurig is en soms intermitterend aanwezig is, zonder duidelijk begin- en eindpunt vanuit de eigen ervaring. De integratie van de zorg zal zich hierbij differentiëren rondom die behoefte van periode tot periode (per maand en per jaar), met ook hier een mix in plan- en voorspelbaarheid.

Deze explicitering van zorgmodellen is noodzakelijk, omdat het cruciaal wordt dat we goed kunnen toewijzen welke zorgelementen (bijvoorbeeld vermijdbare complicaties en vaak voorkomende co-morbiditeiten die op hun beurt weer andere 'zorgtakken' activeren) binnen of buiten zulke zorgepisode of periode vallen in termen van verantwoordelijkheid. Integratie gaat immers over het gezamenlijk opnemen van zulke verantwoordelijkheden per persoon volgens de meerwaarde die ieder toevoegt. In de eerste lijn is hierbij terecht sprake van populatiemanagement. Ook daar wordt de ruime populatie (de hele bevolking) bewust of onbewust ingedeeld in doelgroepen in termen van gelijkaardige zorgbehoeften, met verdere operationalisatie van de zorg op dat niveau (gezonde kinderen, gezonde volwassenen, gezonde ouderen, volwassenen met verhoogd risico, volwassenen met

(1) Dit deel is gebaseerd op Porter, M., Kaplan, R. How should we pay for healthcare? Working paper Harvard Business School, februari 2015 en Porter, M., Lee, M., The strategy that will fix healthcare in: Harvard Business Review October 2013.

meerdere aandoeningen, kwetsbare ouderen enzovoort).

Elk segment vereist een eigen mix van zorg, ondersteuning, administratie, personeel enzovoort, en kent eigen kosten en uitkomsten. Integratie impliceert bovendien dat *verantwoordelijkheden* in duidelijke taakafspraken, kosten en uitkomsten onderling worden toegewezen, maar tegelijk voor een deel ook expliciet als geheel worden gedragen. Men wordt op die manier ook afhankelijk van elkaars zorgprestatie en meerwaarde, ook doorheen zorgorganisaties.

**(2)** *Het correct meten van zorguitkomsten* neemt snel toe (zie ICHOM als voorbeeld) en zal nu in de scope van meerdere zorgsettings tegelijk komen, bijvoorbeeld gedeelde verantwoordelijkheden voor het voorkomen van heropname. We evolueren hierbij in de richting van vooraf afgesproken en duidelijk afgebakende garanties van prestatieniveau. Dit is ook nodig om overdreven kostenreducties en negatieve selectie-effecten te voorkomen (via casemix-aanpassing enzovoort). Transparante zorguitkomsten versterken de zorgconcurrentie volgens meerwaarde. De overheid kan de bevolking ook aanmoedigen om zulke instrumenten meer te benutten.

**(3)** *De instrumenten om accurate, up-to-date zorgkosten op te volgen*, zijn beschikbaar. De huidige systemen focussen ook hier vandaag nog te veel op één setting en vaak subsetting of discipline (bijvoorbeeld de huidige DRG-toepassing). Hierdoor wordt zorg vandaag gebiast in de richting van die ene setting of zorginterventie/-procedure en -volume. Dit negeert de kosten van alle andere elementen die nodig zijn om de zorgbehoefte als geheel

te beantwoorden in termen van optimale uitkomsten. De totale kosten per persoon dienen doorheen de settings voor ogen te komen, met innovatie op basis van het geheel. Dit is een volledig andere benadering dan de huidige focus op deelinkosten, zeker indien die kosten gekoppeld worden aan effectieve en efficiënte zorg (principe van een evoluerende standaardkost). Prijzen omvatten de standaardkosten en een redelijke marge in zo'n performant scenario (en dus zonder opgelegde ad-hocbesparingen die plots her en der onder deze combinatie duiken). Variaties zijn mogelijk naargelang oncontroleerbare verschillen in inputs (bijvoorbeeld anciënniteitsverdeling van het personeel). Het kostenplaatje wordt opgebouwd rondom de eindgebruiker en niet vanuit de kosten per historische zorgsilos, met behulp van methodes van 'time driven activity-based costing' (TDABC).

Het komt er nu op aan deze elementen in elkaar te schuiven en volop ingang te laten vinden in het sociaal ondernemerschap, daar waar dit nog niet het geval zou zijn. We gaan nu met zijn allen over naar een intensieve leerperiode, met als doelstelling als zorgorganisaties niet enkel te overleven, maar vooral positief te gedijen, te durven, veranderen en veroveren.

Vandaag zitten we in de zorg in een 'zero-sum game'. Iedereen probeert een groter deel te bekomen van een vaste (en soms zelfs krimpende) taart. De krachten omvatten vooral onderhandelingsmacht (spel van groot versus klein, spel van zo veel als mogelijk zaken binnenhalen en prijzen omhoog te duwen). De focus ligt op het budget, de kant van de inkomsten (uitgaven voor de overheid). Dit spel fietst grotendeels los van geobjectiveerde meerwaarde in termen van uitkomst en gekoppelde

Strategic Agenda	Board Members	Patients	Health plans and employers
Organize into integrated practice units	Lead the reorganisation of care away from departments and toward IPUs	Seek care only from experienced, multidisciplinary teams that provide integrated care for your condition	Offer strong incentives and information to enable patients to seek care from high-value IPUs for their condition
Measure outcomes and costs for every patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Commit to comprehensive measurement and reporting of outcomes as basic strategy</li> <li>• Ensure that three or-organisation adopts costing practices that accurately measure costs by patient condition</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expect data on the full set of outcomes that matter</li> <li>• Seek care from organisations with demonstrated high-value care</li> <li>• Participate in patient-reported outcomes measurement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Require measurement and reporting of outcomes as a condition of network membership</li> <li>• Make sure that understandable outcomes information by condition is easily accessible to patients and their families</li> </ul>
Develop bundled prices for care cycles	Charge management with leading the development of bundled payments for common conditions and working proactively with payors to roll them out.	Pursue care from providers that offer bundled payments and who offer good value compared with those of peers	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accelerate the shift to bundled payments for medical conditions and primary care</li> <li>• Redesign billing systems to enable bundles</li> </ul>
Integrate care delivery systems	Make an organisational commitment to full health system integration through consolidating service lines, siting care in the most cost-effective locations, and charging according to value	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtain care at the appropriate site within your health system</li> <li>• Expect care that is coordinated across sites with a clear leader</li> </ul>	Reimburse for care on the basis of the type of facility that is appropriate for the condition and complexity of services, irrespective of where care is actually delivered
Grow excellent services across geography	Expand areas of excellence across geography through satellite facilities or affiliations	Seek care for complex conditions from the highest-value provider, even if the provider or care site is not local	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Focus networks on high-value providers for each condition regionally and nationally</li> <li>• Guide patients toward high-value providers and reward them for using those providers, reimbursing for travel where appropriate</li> </ul>
Build an enabling information technology platform	Make a long-term investment in an IT platform that supports high-value, patient-centric care	Expect providers to have a single repository of your patient information and to offer you full access to your electronic medical record, tools for easy scheduling and prescription renewal, and the ability to communicate with clinicians	Offer incentives and support for providers to develop value- and patient-centric IT systems

standaardkosten. Niemand heeft voldoende drive om vanuit de zorg de taart te helpen vergroten, hoewel dat nu net wel de doelstelling is. Dit alles is het gevolg van de werking van het zorgsysteem als geheel. Sociale ondernemers doen het binnen dit kader ongelofelijk goed, gezien zulke randvoorwaarden. Maar de shift naar een werkelijk systematisch value-based zorgsysteem zal de meerwaarde sterk accelereren.

(Sociale) verzekeraars en de overheidsadministratie worden het best op hun beurt geresponsabiliseerd om deze shift zo goed mogelijk te ondersteunen, in lijn met alle mogelijkheden die al bestaan en ergens voorhanden zijn (zonder het wiel volledig zelf opnieuw te moeten uitvinden). De enige verliezers zijn degenen die onvoldoende meerwaarde bieden.

Porter en Lee benoemen zes componenten die value-based healthcare tot realiteit maken. Ze zijn interdependent en versterken elkaar, maar kunnen binnen een gezondheidssysteem in willekeurige volgorde worden uitgewerkt. Integrale zorgverstrekking is een van de componenten van deze value-agenda. De andere zijn: de organisatie rond de noden van de patiënt of gebruiker in 'integrated practice units' (IPU), het meten van uitkomsten en kosten voor iedere patiënt, de invoering van 'bundled payments' voor zorgcycli (netwerkprikkels), de uitbreiding van marktaandeel (en eventuele geografische groei) op basis van meerwaarde, en het volop investeren in en benutten van een performant ondersteunend ICT-platform.

De krachtlijnen van value-based healthcare liggen in de topkwalitatieve en topperformante werking (dus in de gezonde combinatie van

specialisatie en integratie volgens meerwaarde), en de eigen keuze van de juiste geografische focus en schaal om meerwaarde te bieden via de geleverde zorg. Processen, data, tools en middelen om deze te realiseren, zijn dus van een niet te onderschatten belang in dit nieuwe zorgsysteem, gericht op optimale uitkomsten en kosten.

Naast de kern van de zorgverstrekking zelf, spelen ook elementen van de secundaire processen of de 'zorglogistiek' een niet onbelangrijke rol in de totale meerwaarde van gezondheidszorg. Interne en/of externe logistieke partners die hiertoe het meeste bijdragen via hun diensten, goederen en technologie, zullen het gebruik ervan als deel van de zorgcycli zien toenemen. Marktaandeel en groei zullen ook voor hen, nog meer dan vandaag, gekoppeld zijn aan het kunnen aantonen dat hun geneesmiddel, device, test, ICT-systeem, logistieke dienst... een grote meerwaarde levert in termen van de zorguitkomsten die ertoe doen en/of het beheersen van de totale zorgkosten.







## **2 Value-based zorgintegratie. What's in a name?**



**Vergrijzing, medische en technologische mogelijkheden, schaarse middelen en sociale factoren zoals een algemeen hoger welvaartsniveau zorgen ervoor dat de eisen en verwachtingen waaraan een gezondheidszorgsysteem moet voldoen, de voorbije decennia evolueerden. Waar voorheen een medisch en silogericht systeem ‘de klus klaarde’, wordt steeds duidelijker dat een zorgsysteem silodoorbreed moet zijn, en moet vertrekken van de levenslange behoeften van de eindgebruiker (of ‘the citizen formerly known as patient’), eerder dan vanuit het zorgaanbod, zoals dit zich traditioneel historisch heeft ontwikkeld.**

Zowel de steeds diepgaandere specialisatie (zorgmodel met episodes) als de sterk toenemende focus op zorg doorheen de levensloop (periodiek zorgmodel) moeten steeds meer transmurale geïntegreerd worden. Uit COR-TEXS-onderzoek blijkt dat we bij ons zeker wel ruime ervaring hebben met samenwerkingsverbanden, vooral op het formele niveau, met een strikte afbakening van rollen en taken en daaraan gekoppelde financiering. We hebben minder ervaring met de zachte kanten van integratie (houding, cultuur) en met informele dagdagelijkse samenwerking. Participatie en zelfmanagement komen in zulke modellen nog onvoldoende aan bod. Wat vooral ontbreekt, en internationaal cruciaal blijkt te zijn, is de ondersteuning van samenwerkingsmodellen via evidence-based, via ICT en ruimere digitalisering. De integratie van ondersteunende diensten is relatief gezien het minst goed uitgewerkt.

Dit laatste wordt ook bevestigd vanuit het werkveld zelf. Het feit dat iedereen alles wil doen, bestendigt de fragmentatie, verdunt de expertise-

opbouw en leidt weleens tot investeringen waar je je vragen bij kunt stellen. Het gevolg is dat men vrij geïsoleerd werkt, met breed verspreide verantwoordelijkheden en een gebrek aan overzicht. De relevante processen voor meerwaarde zijn hierdoor vaak niet duidelijk afgelijnd, laat staan dat je kunt spreken van een sterk proces-eigenaarschap en/of bijhorend mandaat.

Het is geen nieuws dat zorg en achterliggende processen complex zijn en een goede planning vergen. Zorg op maat, in functie van intrinsieke variabiliteit, is belangrijk. Maar als je een gebrek aan overzicht en gedeelde verantwoordelijkheid (ook binnen zorgorganisaties) combineert met een verouderde weerstand tegen standaardisatie daar waar mogelijk, dan eindig je met versnipperde systemen die getypeerd worden door ad-hoc-aanpassingen, brandjes blussen en achter de feiten aanhollen. Dit is geen startpunt dat je doorheen geïntegreerde zorgprocessen van meerdere zorgorganisaties samen wenst te verspreiden. Ook de verouderde, verwaarloosde regelgeving met betrekking tot zulke processen helpt absoluut niet. Denk alleen maar aan de opgelegde, in toenemende mate artificiële, opsplitsing per materiaalgroep (voeding, geneesmiddelen, reagentia, apparatuur, bureaumateriaal, post, linnen, zorgmaterialen, instrumenten, afval, stalen, drukwerk...).

Stel dat we zowel de primaire als secundaire processen verder gaan integreren volgens de eerder besproken value-based principes, wat bedoelen we dan met die ‘integratie’? En hoe zeker zijn we dat er sprake zal zijn van de creatie van bijkomende meerwaarde en niet van waardedestructie (lagere zorguitkomsten en/of hogere kosten)?

In de literatuur bestaan er 180 verschillende

## Overzicht kenmerken van integratie van zorg

### Integratie van organisaties

Geformaliseerde verbindingen tussen organisaties

Zorgpaden of beschreven patiënttrajecten

Organisatiebeleid, cultuur en manier van leidinggeven gericht op chronische zorg

### Integratie van professionals

Multi-, inter, transdisciplinaire teams

Verdeling van rollen en taken tussen zorgverleners

Opleidingen voor hulpverleners/professionals gericht samenwerking en integratie

Informatie delen in georganiseerde samenkomsten

Professionele houding gericht op integratie van zorg/brede blik op problemen van patiënten

### Integratie in de integratie

Gedeelde/Gezamenlijke gebouwde infrastructuur

Evidence-based richtlijnen

Betrekken van mantelzorgers (familie en vrienden) van patiënten en vrijwilligers

Zorgplannen waarbij patiënten en zorgverleners samen doelen vaststellen

De rol of functie van een casemanager

Ondersteuning van zelfmanagement en educatie van patiënten

Paradigmashift van acute naar chronische zorg en van reactieve naar proactieve hulpverlening

### Integratie van ondersteunende systemen

ICT systeem dat het mogelijk maakt om digitaal te communiceren met andere professionals

ICT systeem om geregistreerde gegevens, zoals dossiers en zorgplannen, uit te wisselen

ICT systeem waar patiënt toegang toe heeft gedurende het gehele zorgtraject

Databank met kenmerken van patiënten om te gebruiken voor risicostratificatie

Monitoren van prestaties om (geïntegreerde) zorgverlening te ondersteunen, garanderen en behouden

Financiële prikkels die gericht zijn om geïntegreerde zorgverlening te ondersteunen, garanderen en behouden

Digitale hulpmiddelen voor patiënten om betrokken en actief te zijn bij zelfmanagement



definities voor integrale zorg. Er zijn dus vele interpretaties en toepassingen van het concept, waardoor je de evidence en resultaten van geïntegreerde zorg niet altijd eenvoudig kunt capteren, laat staan vergelijken.

Enerzijds heb je de 'believers'. Een geïntegreerde benadering van zorg resulteert in een grotere meerwaarde dan de gefragmenteerde aanpak die we vandaag te veel kennen. Dit is des te meer waar voor complexe en langdurige zorgbehoeften (WHO, 2015). De OESO (2015) beschrijft de potentiële meerwaarde van integratie goed in haar recente rapport over ondersteuning van kwetsbare populaties: meer vroegtijdige en precieze tussenkomsten bij intersectorale uitdagingen, verhoogde toegankelijkheid, kwaliteitsverbetering met betere uitkomsten, reductie van vermijdbare kosten, hogere tevredenheid bij eindgebruikers en zorgondernemers. Sterke evidence komt naar voren voor geïntegreerd 'disease management', bijvoorbeeld gericht op COPD (Kruis et al, 2013; Cochrane review), met een betere levenskwaliteit, beter functioneren, en minder en kortere ziekenhuisopnames.

Anderzijds zijn er ook redenen om sceptisch te zijn. Neem nu casemanagement. Sommige systematische literatuurstudies bevestigen de meerwaarde (Low et al, 2011; You et al, 2012). Een recente meta-analyse (Stokes et al, 2015) komt echter tot de bevinding dat casemanagement in de praktijk toch niet leidt tot wijziging van zorggebruik en/of de verhoging van efficiëntie. Hoe komt dat? Gebrekkige financieringsmechanismen, gebrekkige governance, gebrekkige ICT-ondersteuning en wellicht nog tal van andere obstakels die casemanagement kunnen kraken. Alles is dus afhankelijk van het ontwerp, de 'hoe'-vraag en de vaak overheersende randvoorwaarden. Gelijkaardige knipperlichten gel-

den voor andere modewoorden in de wereld van zorgintegratie: interdisciplinaire samenwerking, samenwerkingsprotocollen enzovoort (Aubin et al, 2012). De vraag is telkens of het niet bij vage concepten en lippendienst blijft maar dat zulke aspecten 100 procent worden doorontwikkeld tot op het bot (gedeelde assessment, standaarden, evidence, documentatie, ICT enzovoort). Globaliter beschikken we vandaag over een dertigstal systematische literatuurstudies over geïntegreerde zorg, met lessen voor de reductie van opnames, heropnames, het respecteren van evidence-based guidelines en het verbeteren van kwaliteit van leven (Martinez-Gonzalez et al, 2014).

Zowel het effect van integratie op uitkomsten als op kosten staat ter discussie, met in minder dan 50 procent van de maatstaven een positief effect (Schepman et al, 2015; NIVEL). Zoals diverse auteurs benadrukken, zijn ontnuchterende vaststellingen geen argument tegen geïntegreerde zorg, maar behoeden ze ons voor de verwachting ten aanzien van een of andere magic bullet (Nolte et al, 2014; WHO). Dit neemt niet weg dat fragmentatie een groot probleem vormt in het kader van patiëntveiligheid (zie IOM en OESO), en daarom aangepakt moet worden. Eindgebruikers verwachten als kritische burgers ook in toenemende mate een goed geïntegreerde zorgverlening (OESO, 2013).

De positieve evidence betreft vooral *coördinatie doorheen het zorgcontinuüm* en een *interdisciplinaire standaardisatie* van zorg. Meer gestandaardiseerde zorg op het niveau van interprofessionele teams bevordert de continuïteit van het zorgproces (Suter et al, 2009). Er moet echter rekening worden gehouden met steeds terugkerende randvoorwaarden: governance gericht op gelijkwaardigheid, het behoud van autonomie,

het hanteren van standaarden en een financieringssysteem dat value-based samenwerking stimuleert.

Het komt erop aan rollen en verantwoordelijkheden duidelijk te definiëren om transities vlot te laten verlopen. Gedeelde protocollen, zorgpaden, guidelines en beslissingstools zijn essentieel voor het goed functioneren van interprofessionele teams. Deze helpen om zorg waar mogelijk te standaardiseren doorheen diverse diensten en settings, waardoor de kwaliteit toeneemt.

De kern is steeds een systematische, interdisciplinaire aanpak (en verbeteringscyclus) door-

heen diverse settings en doorheen de schotten van betalingssystemen, met aandacht voor risicoprofiel (stratificatie in zorgbehoefte), evidence-based handelen en zelfmanagement (zie ook Zwerink et al, 2014; Cochrane review). Dit laatste vraagt het inzetten op levensstijl, psychosociale begeleiding, communicatie en naadloze onderlinge afstemming.

De evidence kan (nog) geen verschil in meerwaarde detecteren tussen volledige integratie en modellen met onderling gecoördineerde linken tussen meerdere actoren of subsystemen (Eklund et al, 2009; Low et al, 2011). Het is hierbij dus belangrijk om op te merken dat het startpunt

## Ten key principles for succesful health systems integration

Principle	Implementation example
1. Comprehensive services across the continuum of care	Integrated health systems are responsible from primary through to tertiary care and closely cooperate with social care organizations
2. Patient focus	Service planning and information management are driven by needs assessments and processes designed to improve patient satisfaction and outcomes
3. Geographic coverage and rostering	The system takes responsibility for a clearly defined population in a geographic area, but people can seek services from other providers if they wish
4. Standardized care delivery through inter-professional teams	Best practice guidelines, clinical care pathways and decision-making tools standardize and enhance quality of care; the use of electronic information systems facilitates effective communication
5. Performance monitoring	Monitoring systems measure care processes and outcomes at different levels and are linked to reward systems to promote the delivery of cost-effective high-quality care
6. Information systems	Computerized information systems allow effective tracking of utilization and outcome data across the continuum of care and serve consumers, payers and providers
7. Organizational culture and leadership	Committed leadership brings different cultures together, promotes the vision and mission of integration, and helps staff to take ownership of the process
8. Physician integration	Physicians are effectively integrated at all levels of the system and play leadership roles in the design, implementation and operation of the health system
9. Governance structure	Governance structures promote integration through representation of stakeholder groups involved in the delivery of healthcare along its continuum, including physicians and the community
10. Financial management	Financing mechanisms allow pooling of funds across services, for example, through global capitation, which pays for all insured health and some social services required by the enrolled population.

(Martinez-Gonzalez et al, 2014).

en de organisatievorm van integratie heel verschillend kunnen zijn, en zich wellicht ook bij ons naast elkaar zullen ontwikkelen. We geven enkele voorbeelden vanuit internationale ervaring:

**(1) De geïntegreerde zorgsystemen**, die het meest gekend zijn. De basis is een gedeeld eigenaarschap, vaak met een sterke nadruk op ICT-mogelijkheden en de intern beter afgestemde onderlinge financiële prikkels.

**(2) Interdisciplinaire groepspraktijken** en/of zorgprofessional-ziekenhuisorganisaties, met nadruk op zorgleiderschap en een sterke verwevenheid met ziekenhuisactiviteiten (een volgende fase in de bij ons gekende artsenassociaties?). De focus ligt sterk op onderlinge zorgcoördinatie, maar ook op zorg-re-engineering volgens meerwaarde.

**(3) Onafhankelijke praktijkassociaties**. De nadruk ligt nog grotendeels op het gezamenlijk onderhandelen en contracteren vanwege zelfstandige zorgprofessionals. Redesign en kwaliteitsverbetering zijn wel bijkomende aandachtspunten.

**(4) Virtuele zorgprofessionalorganisaties**. Gericht op de gezamenlijke ondersteuning van kleinere, zelfstandige praktijken, ook in redesign en coördinatie, via een leiderschapsfocus, infrastructuur en hulpmiddelen.

In een tweede fase zijn ook zorgverzekeraars van start gegaan met het contracteren van samenwerkingsverbanden met groepen van zorgprofessionals (zie bijvoorbeeld Nederland en de VS). Ziekenhuizen zijn hierbij vaak ook een aantrekkelijke partner. Er zijn immers investeringen nodig in gedeeld personeel (coördinatie), ICT voor gedeelde

performantiemonitoring en kwaliteitsverbetering, juridisch advies bij contractering (zowel onderling als met de overheid), het ontwikkelen en delen van zorgprotocollen, richtlijnen, zorgpaden enzovoort. Ziekenhuizen zijn potentieel goed gepositioneerd, gezien hun voorkennis in procesorganisatie en -management, om zulke inspanningen te bevorderen. Ze beschikken over investeringsreserves en beheren een aanzienlijk aandeel van de totale zorguitgaven.

We wezen bij de vraag naar de meerwaarde van zorgintegratie ook op het bestaan van risico's. Zoals Suter et al (2009) terecht stellen, is het de bedoeling van geïntegreerde zorg om meer te voldoen aan de behoeften van patiënten dan aan die van het aanbod zelf. Integratie die niet is opgebouwd rond de eindgebruiker zelf is daarom gedoemd te mislukken. We heffen geen silo's op om elders nieuwe silomuren te laten verrijzen.

Een van de belangrijkste oorzaken van relatief minder gunstige resultaten van geïntegreerde zorg in Nederland, is een te grote nadruk op gesloten netwerken met selectieve subcontractering, *conflicts of interest* en geografische monopolievorming bij de nieuwe samenwerkingsmodellen; in dit geval medische groepen, naast gelijkaardige monopolievorming langs de verzekeringszijde (De Bakker et al, 2012; Struijs & Baan, 2011).

Het betreft dus de voorwaarde van voldoende keuze te behouden om de nadelen van monopolievorming voor kwaliteit en efficiëntie tegen te gaan (Conrad et al, 2014). Dit is des te relevanter omdat 'integratie' en samenwerking altijd een spanningsveld oproepen ten aanzien van concurrentie. Kartelvorming en bepaalde afspraken zijn immers bij wet verboden, ook in de zorgsector.

In zijn algemeenheid geldt dat concurrerende partijen (ook binnen een integrale zorgketen) geen concurrentiebeperkende afspraken mogen maken, zoals cliëntverdeling of prijsafspraken. Wel mogen zorgondernemers afspraken maken om het zorgproces beter te laten verlopen (kwaliteitsprotocollen, procesafspraken, administratie en dergelijke). Concurrentiebeperkende afspraken zijn alleen toegestaan als deze noodzakelijk zijn om een zeer positieve uitkomst voor de patiënt te realiseren, dus 'value-based'.

Tot slot fungeren keuze en concurrentie, net zoals P4P, als tegengewicht voor het risico van onderbehandeling, ongewenste selectie-effecten en het doorschuiven van kosten bij meer forfaitaire betalingssystemen (OESO, 2013). Dit is de reden waarom landen zoals Zweden momenteel de keuze, concurrentie en transparantie opdrijven, in samenhang met kwaliteitsprikkels. Zweden hanteert bijvoorbeeld een nationale website met kwaliteitsinformatie over thuiszorg.

Door de onderlinge combinatie van integratie en keuze wordt het hele zorgsysteem georiënteerd op meerwaarde van zorg. Eindgebruikers kunnen wel degelijk kiezen in functie van kwaliteit, en een ruimer en dichter aanbod bij zo'n keuze heeft een positieve relatie met kwaliteit (OESO, 2013). Dit is een belangrijk aandachtspunt in de evolutie en experimenten met toenemende integratie. Een ziekenhuis in de VS werkt bijvoorbeeld als partner gemiddeld met vijftig postacute zorgorganisaties samen (Lau et al, 2014). Het is hierbij expliciet verboden om de keuze van de patiënt in te perken.

Concurrerende samenwerkingsverbanden zijn internationaal een belangrijke driver van integratie met meerwaarde. Een marktversturende isolatie per geografische subregio is hierbij niet

wenselijk en zeker niet onmisbaar (de EU-voorwaarde). Samenwerkingsverbanden binnen een marktwerking, zoals in ons zorgsysteem, dienen elkaar per definitie te doorkruisen en te overlappen, net zoals bij de zorg op microniveau. Zulke initiatieven moeten alle ruimte krijgen, met aandacht voor internationale succesfactoren. Omgekeerd moeten initiatiefnemers aanvaarden dat de concurrentie in grotere mate dan vandaag bewaakt wordt, altijd met respect voor de vrije keuze, transparantie en marktwerking. Monopolies worden expliciet gewoerd en bijgestuurd conform de aanpak in niet-zorgsectoren.

De overheid dient wel één geïntegreerde meso-overlegstructuur op te leggen per (sub)regio, waarbinnen alle relevante actoren en elkaar beconcurrerende samenwerkingsverbanden onderling op elkaar kunnen afstemmen, en het geografisch populatiebeheer samen managen. De focus ligt op het assessment van de regionale zorgbehoeften op populatieniveau om overkoepelende doelstellingen te kwantificeren en het overstijgen van de silo's van welzijn en gezondheidszorg in interdisciplinair overleg. Het is logisch dat zulke geografische overlegstructuren elkaar niet doorkruisen of overlappen.



**QUALITY OF**

**LIFE**

### **3 Zorglogistiek geeft vorm aan het nieuwe netwerkmodel van de gezondheidszorg**



**Binnen de zorg evolueren we naar een integraal zorgmodel, waarbinnen niet of kosten of kwaliteit de drivers van het systeem vormen, maar wel een combinatie van beide: de meerwaarde voor de gebruiker van zorg.**

Een dergelijke focus op meerwaarde vergt een andere manier van werken, een andere organisatie van de zorg, met gebruik van andere tools en competenties. We argumenteerden eerder in deze paper dat dat gerealiseerd zal worden binnen een globaal netwerkmodel, waarbinnen diverse vormen van samenwerking en expertisedeling de norm zullen zijn, naast het behoud van concurrentie.

Het is duidelijk dat een dergelijk netwerkmodel niet alleen het wegwerken van de silo's binnen de zorg vereist, maar ook samenwerking met bedrijven, kenniscentra en patiëntenorganisaties, en tussen elk van deze

actoren onderling. Bovendien speelt wat we 'zorglogistiek' noemen, de rol van operationele vormgever van een dergelijk nieuw netwerkmodel met de relevante herschikte stromen en processen van eindgebruikers, zorgprofessionals, geneesmiddelen, devices, zorgproducten, data, informatie en communicatie.

**'ZORGLOGISTIEK' SPEELT DE ROL VAN OPERATIONELE VORMGEVER VAN EEN DERGELIJK NIEUW NETWERKMODEL MET DE RELEVANTE HERSCHIKTE STROMEN EN PROCESSEN VAN EINDGEBRUIKERS, ZORGPROFESSIONALS, GENEESMIDDELEN, DEVICES, ZORGPRODUCTEN, DATA, INFORMATIE EN COMMUNICATIE."**

## Processen in het ziekenhuis

DIAGNOSE

THERAPIE

ZORG

### Secundaire processen

- Patiëntgerelateerd
- Ondersteunt de primaire processen

APOTHEEK

LABO

HOTEL-FUNCTIE

### Tertiaire processen

- Niet patiëntgerelateerd
- Ondersteunt de primaire en secundaire processen

LOGISTIEK

BOEKHOUDING

ICT

PERSONEELSBEBEER



# Zorglogistiek geeft vorm aan het nieuwe netwerkmodel van de gezondheidszorg

---

## 3.1 Zorglogistiek en het verband met ‘integrated care’

Met de term ‘zorglogistiek’ wordt verwezen naar het geheel van ondersteunende processen en producten die een kwaliteitsvolle en kostenefficiënte zorgverlening mee mogelijk maken. Waar binnen de gezondheidszorg zorgverstrekking duidelijk een kerngegeven of primair proces is, wordt zorglogistiek beschouwd als het geheel van secundaire en tertiaire processen; zie bijvoorbeeld in onderstaande figuur (p23) voor het ziekenhuis (Möbius).

Het domein van de zorglogistiek groeide in de jaren 1970 vanuit een bedrijfseconomische en managementbenadering, als een specifieke toepassing van bedrijfskunde in de zorg (De Vries, G. 2007, pp.7-13) De eerste en traditionele focus lag hoofdzakelijk op het streven naar een hogere (kosten)efficiëntie binnen een organisatie. Het domein heeft traditioneel ook een proportioneel grotere aandacht voor de

**“ZORGLOGISTIEKE EXPERTISE IS NIET ALLEEN BELANGRIJK VANUIT KOSTENBEHEERSING, MAAR OOK (EN MISSCHIEN VOORAL) VANUIT HET STREVEN NAAR KWALITEITSVOLLE ZORG.”**

acute zorgorganisatie in het ziekenhuis. Minder aandacht en expertise zijn te vinden voor de zorgfase voor en na opname in het ziekenhuis, naar de interactie met andere zorgactoren vanuit het ziekenhuis of naar zorglogistieke aspecten binnen andere professionele zorg- en welzijns-

omgevingen, zoals thuiszorg. De eigenheid van grotere afstanden, heel wat meer versturende factoren (mobiliteit, ruimtelijke ordening...) en een kleinere bundeling van middelen maakt dat de *transmurale zorglogistiek* met haar ruimere uitdagingen nog deels in haar kinderschoenen staat. Zeker wanneer dit ook de thuisomgeving van de burger omvat en het gaat over de optimalisatie van het geheel en niet van de delen.

De evoluties richting kwaliteit en veiligheid van zorg, toegenomen mondigheid en verwachtingen van gebruikers, en de noodzaak van een omslag naar meer vraag- en behoeftegerichte zorgmodellen (in plaats van aanbodsturing), deden echter het besef groeien dat zorglogistieke kennis en expertise niet alleen belangrijk zijn vanuit kostenbeheersing, maar ook (en misschien zelfs vooral) vanuit het streven naar een kwaliteitsvolle en klantgerichte zorg. Dat is ook waar ‘lean’ en ‘six sigma’ op inspelen, twee methodes die vanaf de jaren 1980 vanuit de auto-industrie opgang maakten.

Beide spitsen zich toe op de identificatie van tekortkomingen en verbeteringen van werkprocessen binnen organisaties, en hebben de verdienste een kapstok te bieden voor de cijfermatige duiding van analyses en resultaten in een onderneming. ‘Lean’ expliciteert de waardecreatie van elke stap in een organisatie en streeft naar het terugdringen van zeven vormen van verspilling. Het zijn de zeven basistopics waar logistieke professionals in de zorg ook rond werken: overproductie, wachten, transport, onnodige stappen, voorraad, beweging en defecten<sup>1</sup>.

Zorglogistieke aspecten als transport, informatie, wachttijden, standaardisatie versus customisatie... zijn immers factoren die mee



de ervaring en tevredenheid van klanten bepalen. Naadloze en vraaggerichte zorg komen er niet vanzelf. De zorggebruiker wil en hoeft niets te merken van alle achterliggende zorgorganisatorische aspecten in de backoffice; hij/zij verwacht de best mogelijke zorg op de best mogelijke tijd en plaats. Dit vereist dat de achterliggende 'machine' als geheel gesmeerd loopt.

Binnen het domein van de zorglogistiek zelf is men meer en meer het onderscheid gaan maken tussen *unitlogistiek*, waarbij de focus ligt op één afdeling of 'productie-eenheid' binnen een zorgorganisatie; ketenlogistiek, waarbij de procesdoorgang van een gebruiker in de organisatie het perspectief vormt; en *netwerklogistiek*, die beide met elkaar verbindt en

past binnen het netwerkmodel van de zorg dat meer en meer nodig is. Zorgorganisaties worden netwerkorganisaties waarbinnen niet de structuur en managementdomeinen leidend zijn maar wel de klantprocessen, en waarbij elke schakel gericht is op het bieden van toegevoegde waarde. Het 'grensverkeer' tussen verschillende schakels wordt van randfenomeen naar vooraan in de aandacht geplaatst.

Het besef groeit zo meer en meer dat logistiek niet ondergeschikt is binnen de (zorg)organisatie (zo wordt het al eens aanvoeld door de mensen die op deze diensten werken), maar effectief een belangrijke dimensie van de meerwaarde vormt en dus van niet te onderschatten belang is om de missie en visie van de (zorg)ondernemer te realiseren.

**Experience from accountable care organisations operating across the world shows that the successful delivery of accountable care requires capability in 8 key areas:**

1. **Strategy & vision:** There is a compelling vision and clear strategy for managing and delivering clinical, patient and service user outcomes. This is shared by all organisations involved in the delivery of health and care.
2. **Leadership & governance:** Excellent clinical and managerial leadership supported by robust governance to enable change and develop a culture of collaboration. Structures enabling effective delivery and shared decision-making.
3. **Processes:** Clear processes are in place, enabling co-ordinated delivery and alignment across multiple organisations delivering health and care service. These ensure patient involvement, regulatory compliance and risk management.
4. **Technology:** Technology and integrated systems are used to enable the delivery of outcomes and ensure that care is centred on the patient. Information is used to support and manage service improvement.
5. **Performance management:** Performance measurement, analysis, reporting and improvement processes are aligned across, and understood by all organisations delivering services.
6. **Financial and risk management:** Appropriate financial and risk management controls are in place to identify and manage safety, reputational, demand and financial risks and mitigate them through early action and identification. There is an ability to identify the cost base along a whole health and social care pathway and/or population group as well as share risk and systems to manage payment allocations to organisations involved in delivering the contract.
7. **People and culture:** Organisations are able to identify, recruit and retain an appropriately skilled and adaptable workforce. There is an ongoing commitment to workforce development and an emphasis on joint working that is supported by a culture of collaboration, quality and patient care.
8. **Sourcing and collaboration:** Accountable care providers collaborate with a range of organisations and these relationships are managed and supported by robust agreements. Innovation and development runs across all organisations and different skills are drawn upon to inform decision-making.

# Zorglogistiek geeft vorm aan het nieuwe netwerkmodel van de gezondheidszorg

**Op directie- en bestuursniveau een juiste en zichtbare plaats geven aan deze logistieke experts binnen de organisatie, haalt de (perceptie van de) kwaliteit van de zorgorganisatie niet onderuit of doet geen twijfels rijzen over uw focus als zorgondernemer, maar versterkt net het professionalisme en de vraaggerichtheid van de organisatie.** Zorglogistiek is wel degelijk een belangrijk onderdeel van de integrale zorgketting.

Dat de logistieke organisatie van secundaire en tertiaire processen aan belang wint, wordt geïllustreerd door de kernfactoren van succesvolle integrale zorg (of een sterk netwerkmodel); Bij de ACO's of accountable care organizations in de VS (zie onderstaande figuur) heeft zeker de helft van de aangehaalde succesfactoren betrekking op minstens de helft van de aangehaalde succesfactoren heeft betrekking op ondersteunende processen en producten die een kwaliteitsvolle en kostenefficiënte zorgverstrekking mogelijk maken. Vakkennis en expertise, persoonlijke contacten en snelle hulp op individueel niveau zijn allang niet meer voldoende; er zijn meer uitgebouwde processen, tools en methodieken nodig. Kijken we naar de bovenstaande ACO-lijst, dan benadrukken punten 3, 4, 5, 6 en 8 het belang van zorglogistiek.

Ook in *Porters value-based agenda* (2013 en 2015) kan het belang van logistieke processen en tools voor succes niet overschat worden. Wanneer het bijvoorbeeld de IPU's - *integrated practice units* betreft, komt het belang van standaardprocessen aan bod (die een impact hebben op de levertijd van zorg en dus de wachttijd van de klant). Ook de noodzaak tot meer uniformiteit van gebruikte producten en het toepassen van standaardvoorraden, een oud zeer binnen

**“GEÏNTEGREERDE ZORG, OVER ORGANISATIES HEEN, BIEDT TAL VAN OPPORTUNITEITEN VOOR VALUE BASED CARE.”**

de zorg, worden hier vermeld. Op heden wordt vaak zelfs binnen één afdeling (bijvoorbeeld de OK) gewerkt met verschillende producten voor eenzelfde toepassing. Dit heeft een impact op de snelheid en de kostenefficiëntie (en dus de meerwaarde) van de geboden zorg. Product- en dienstuniformiteit moeten gestimuleerd worden voor zover dit de meerwaarde van zorg ten goede komt, minstens binnen één zorgorganisatie en bij voorkeur doorheen de hele IPU (tussen verschillende zorgorganisaties). Vermijdbare diversiteit die geen meerwaarde toevoegt, zorgt voor complexe en versnipperde processen, stromen, voorraden... en is dus een belangrijke kostendriver binnen een organisatie. Geïntegreerde zorg, over organisaties heen, biedt op dit vlak tal van opportuniteiten.

Initiatieven als samenaankoop met verschillende ziekenhuizen (bijvoorbeeld via Hospilim), productbevoorrading en de afstemming van logistieke processen door een regionale speler voor een voldoende ruim zorggebied (zoals bijvoorbeeld AZ Nikolaas doet) koppelen aan gezamenlijke resultaten en monitoring van kosten en uitkomsten, het benutten van schaalvoordelen en/of de samenwerking met externe ondernemingen zijn stappen in deze richting.

Verder benadrukt Porter de noodzaak voor IPU's om te werken met *geïntegreerde ICT-tools*, niet

alleen voor informatie-uitwisseling en opvolging van de zorg (e-gezondheid), maar ook inzake administratie en zorgplanning. De facturatie zou bijvoorbeeld perfect kunnen gebundeld en/of uitbesteed worden over zorgorganisaties heen, binnen een horizontale en verticale integratie. Op dezelfde wijze is er nood aan tools die goede patiëntensegmentatie en -stratificatie (risico-indeling) mogelijk maken. Bovendien zijn *geïnformatiseerde kennis en data met betrekking tot zorgdiensten, het gebruikersprofiel en de voorraden tussen verschillende zorgaanbieders* onontbeerlijk voor de value-based organisatie van geïntegreerde zorg.

**“ZORGORGANISATIES,  
EINDGEBRUIKERS,  
KENNISCENTRA EN BEDRIJVEN  
KUNNEN EN MOETEN  
SAMENWERKEN, GERICHT OP DE  
ANALYSE VAN DE MEERWAARDE  
VAN HUN DIENSTEN EN  
PRODUCTEN VOOR DE  
LEVENSQUALITEIT  
VAN BURGERS.”**

De belangrijkste driver richting integrale zorg en meteen de grootste uitdaging voor het value-based model is *het meten van kosten en resultaten tot op het niveau van elke patiënt*. Daarbij moeten ook die elementen gemeten worden die van belang zijn voor de patiënt zelf, en niet (enkel) het proces van zorg of maatstaven die de geleverde zorg afzetten tegenover vastgelegde protocollen. Binnen de drie types van uitkomsten die VBHC onderscheidt, bieden zorglogistieke gegevens op vandaag al heel wat elementen: registratie van interventies in hun onderlinge samenhang, het meten van wacht-

tijden, de tractering van materiaal (in het kader van duurzaamheid en veiligheid)... De analyse van deze gegevens per doelgroep (bijvoorbeeld diabeteszorg) voor de hele zorgcyclus – niet per specialiteit of interventie – en de afgeleide analyse en benchmarking tot op patiëntenniveau bieden nog erg grote uitdagingen. Zeker wanneer we rekening houden met gelijktijdig voorkomende zorgbehoeften met meerdere processen die elkaar doorkruisen. In hoofdstuk 4 over de waardeketen en nieuwe verdienmodellen gaan we hier verder op in.

Persoonsgerichte en/of geïntegreerde zorg is niet langer zorg die zich op één locatie situeert, maar zorg die geografisch en doorheen de tijd fluctueert: van intramuraal naar trans- en extra-muraal, van thuis- naar werk- of sociale omgeving van de patiënt en terug. Ook niet alle betrokken professionals bevinden zich op één en dezelfde plek. De grootste meerwaarde voor de patiënt wordt bovendien niet altijd geografisch het meest dichtbij geleverd. Dat betekent dat zorgorganisaties elkaar in toenemende mate vanuit verschillende locaties gaan versterken, zowel op verschillende campussen als voor het geheel van het aanbod dat door samenwerking gevormd wordt. Het is duidelijk dat *redistributie van diensten en een strakke logistieke ondersteuning* binnen dit model aan belang toenemen: de operationele excellentie van de geïntegreerde zorgorganisatie kan en moet nog toenemen vooraleer de ‘productiviteitsgrens’ (Porter, 2006, 108 ev) te bereiken.

Binnen het nieuwe netwerkmodel wordt zorglogistiek ten slotte een hulpmiddel voor een ander, niet te onderschatten factor in deze mensgerichte economie: *het aantrekken en de retentie van excellent zorgpersoneel*. Een goed georganiseerde zorglogistiek – inclusief

# Zorglogistiek geeft vorm aan het nieuwe netwerkmodel van de gezondheidszorg

protocollen, paden, dashboards, benchmarking ... – neemt vele lasten van de schouders van het zorgpersoneel, geeft hen inzicht in de resultaten van hun werk en zorgt voor motivatie, zowel in hun persoonlijke contacten met de patiënten als in het kader van de ruimere strategie en kwaliteitsdoelstellingen van de genetwerkte zorgonderneming. De aanwezigheid van goede zorglogistiek zal, net als een goede technologische ondersteuning, de differentiator worden voor zorgorganisaties in alle huidige domeinen (van kinderopvang tot ouderenzorg, welzijns- en gehandicaptenzorg) om competente mensen aan te trekken én te behouden.

**Integrale zorg heeft dus een sterke zorglogistiek nodig, en vraagt een sterkere ontwikkeling en deling van expertise en data, ook tussen verschillende domeinen binnen de gezondheids- en welzijnszorg. Excellente zorglogistiek geeft mee vorm aan het netwerkmodel van de zorg.**

## 3.2. Logistieke innovaties en hun gebruik in gezondheidszorg

Ook de logistiek zelf is continu in beweging en dient in alle sectoren antwoorden te vinden op de volgende grote trends:

- *Flexibiliteit*: Er is in toenemende mate een flexibele en makkelijk aanpasbare keten nodig om te kunnen voldoen aan de verwachting van gebruikers op verschillende locaties, met verschillende transportmiddelen en op verschillende tijdstippen.
- *Multichannel/omnichannel-beschikbaarheid*: Gebruikers maken meer en meer gebruik van

verschillende kanalen en willen geholpen worden via flexibele kanalen, variërend van een fysiek contactpunt tot e-diensten.

- *Informatietechnologie*: de toenemende complexiteit en dynamiek van de waardeketen vergt een nog sterker doorgedreven gebruik van excellente ICT-oplossingen.
- *Continuïteit*: Om de wachttijden te beperken en laattijdige leveringen te vermijden, zijn alternatieve transportwijzen en routes aangewezen.
- *End-to-end transparantie*: Er is complete transparantie nodig van de volledige keten om vraaggestuurde planning mogelijk te maken en een efficiënt antwoord te bieden op veranderingen in bronnen (sourcing), voorraad, capaciteit en vraag.
- *Complexiteit*: de verscheidenheid en interacties tussen meerdere locaties maken dat de keten snel moet kunnen wijzigen en complexer wordt. Van een gestandaardiseerd transport van punt A naar B is logistiek geëvolueerd tot een activiteit waarbij een diverse mix van complexe en kortetermijndiensten op maat worden geleverd voor individuele groepen en markten. Digitalisering en nieuwe cross-sectorale collaboratieve platformen zijn meer dan noodzakelijk om deze complexiteit te beheersen.

*Om de bovenstaande uitdagingen te beantwoorden, wordt gebruikgemaakt van heel wat technologische en service-innovaties, die ook meer en meer hun weg vinden binnen de gezondheidszorg.*

### 3D-printing

Het idee van 3D-printing in de logistiek is niet nieuw, maar werd pas de jongste paar jaar realiteit. 3D-printing maakt het mogelijk voor producenten, (zorg)ondernemingen en individuen om delen van producten of hele producten te maken op basis van metaal,

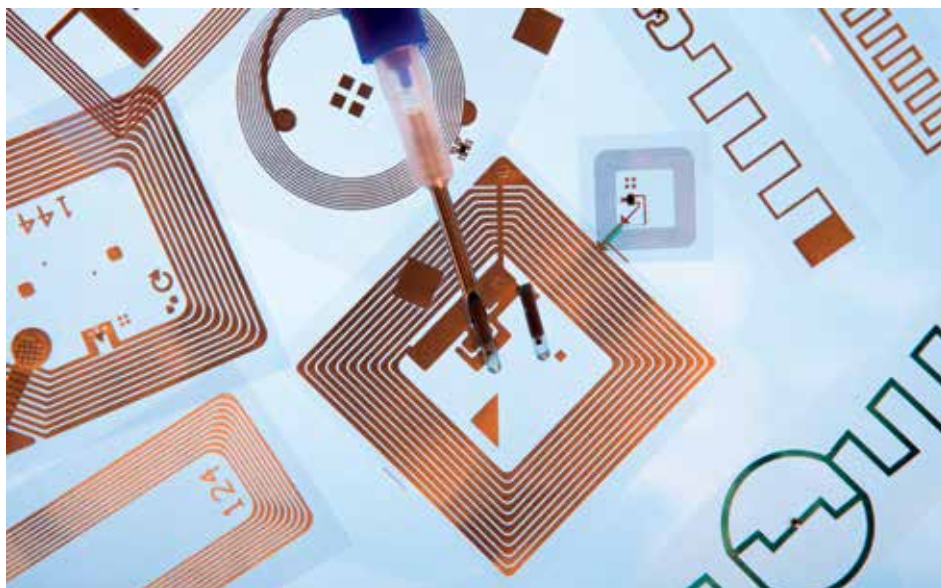
plastic, composiet of zelfs menselijk weefsel. De techniek brengt grote verwachtingen met zich mee, maar het effectieve gebruik en de expertise zijn vooralsnog beperkt.

### Smart products en Internet of Things (IoT)

Slimme producten zijn producten waar sensoren op bevestigd of ingewerkt worden, en die zo binnen de volledige leveringsketen kunnen worden getraceerd of tal van metingen kunnen uitvoeren. Wanneer deze producten ook nog met elkaar gaan communiceren en interageren, spreken we over het *Internet of Things (IoT)*. Slimme en geconnecteerde producten zijn al sinds de jaren 1990 in gebruik binnen de logistiek, oorspronkelijk om de in- en output van productiedelen te monitoren en de levering van producten te kunnen checken. Via de zogenaamde *Radio Frequency Identification*

(*RFID*) werden leveringen gemonitord. Ook barcodesystemen waren (en zijn) in voege. Waar RFID oorspronkelijk gebruikt werd voor een afgelijnd doel en binnen een beperkte tijdsscope, speelt de huidige *M2M-technologie (Machine-to-Machine)* op een ander niveau: ze levert informatie over de huidige en vorige locatie van een product, over tal van andere omstandigheden (temperatuur, vochtigheid...) en de omgeving waarin het product zich bevindt. RFID leidt tot een hogere snelheid, minder afval van producten en lagere kosten. Wanneer het gebruikt wordt voor patiëntenidentificatie, verkleint het daarnaast het risico op fouten.

Het belang van *Real Time Location Systems Solutions (RTLS)* is erg groot. Zij zorgen zowel voor een unieke identificatie, locatie en tracking, en zijn gekoppeld aan de kritische



# Zorglogistiek geeft vorm aan het nieuwe netwerkmodel van de gezondheidszorg

---

assets en outcomes van een zorgonderneming (zoals aantallen en types patiënten, devices, veiligheid...). Geïntegreerde RTLS-gebaseerde oplossingen vormen de basis voor gestandaardiseerde methodologieën in één of meerdere zorgondernemingen binnen het netwerkmodel.

Ze zorgen voor meer patiëntveiligheid, een optimalisering van de workflow en een beter voorraadbeheer. Ze valideren processen en brengen zo een heel nieuw niveau van business intelligence binnen in de zorg.

Binnen healthcare identificeren we grosso modo de volgende categorieën gebruikte RTLS:

Een voorbeeld van de effecten van dergelijke geïntegreerde RTLS-tools wordt geleverd door het Australische SmartWard. Oprichter Matt Darling ontwikkelde SmartWard (net als veel ondernemers in de healthcare) vanuit een persoonlijke frustratie, in dit geval over de administratieve complexiteit en inefficiënte werking van het ziekenhuis waar zijn dochtertje behandeld werd. SmartWard probeert vooral de barrière tot het verzamelen van digitale data in de zorg te overstijgen, en hanteert hiervoor een geïntegreerde benadering met focus op de resultaten van het zorgproces. Darling ontwikkelde een zeer gebruiksvriendelijk systeem dat zelf interageert met de zorgverstreker op basis van locatie: wanneer de zorgverstreker het bed van de patiënt nadert, toont het systeem automatisch kerngegevens als de naam en de voorgestelde behandeling van de persoon. Als de zorgverlener de foute medicatie bij zich heeft, zal een alert hem of haar waarschuwen. SmartWard is geen ICT-toepassing, maar een systeem dat relatief eenvoudig en kosteneffectief kan worden aangepast, aldus Darling.

De eerste testen met SmartWard in Melbourne toonden aan dat de tijd die verpleegkundigen spendeerden aan administratie gehalveerd werd, dat er tot drie keer meer tijd was voor interactie met de patiënt, en dat zowat 60 procent meer data werd ingevoerd en bijgehouden dan wanneer dit werk allemaal op een vaste verpleegpost diende te gebeuren.

## Drones

Drones zijn kleine, vanop afstand bestuurd 'vliegtuigjes met camera' die geluidloos en precies kunnen worden ingezet. Ze werden oorspronkelijk vooral ingezet bij defensie, maar zoals wel vaker met militaire technologieën banen ze zich nu een weg naar ruimere toepassingen. e-Commercebedrijf Amazon verklaarde als één van de eersten drones ook in te zetten voor thuislevering van hun producten. Ook in België bekijken diverse spelers, ook in de healthcare (bijvoorbeeld het ziekenhuis AZ Delta in het kader van Horizon 2020), het gebruik van drones. Uit een internationale bevraging bij logistieke spelers uit 2015 blijkt dat 27,31 procent van de respondenten drones zeker als een goede oplossing en inzetbaar voor gespecialiseerde leveringen beschouwt, zoals geneesmiddelendistributie in verafgelegen gebieden.

## Zelfsturende voertuigen

Zelfsturende (elektrische) voertuigen zijn uitgerust met elektrische ogen, een hele waaiër aan sensoren en kunnen hun bestemming bereiken zonder menselijke begeleiding. Hun inzet binnen de logistieke waardeketen, ook binnen gezondheidszorg, kan zorgen voor een enorme kostenbesparing. Dit staat momenteel nog in zijn kinderschoenen en zou in een eerste fase vooral voor nachtleveringen interessant zijn, maar de technologie evolueert snel.

## Pick-by-Vision: Optimized Picking



- **Picking staff are equipped with wearable AR devices for the picking process**
- **The solution offers digital navigation to find the right route and item more efficiently while reducing training time**
- **Main objectives: reduce picking errors and search time**

### Smart glasses en vision picking

Binnen logistiek werd ook al geëxperimenteerd met 'smart glasses' en 'vision picking', bijvoorbeeld door DHL en bij Essers. Daarbij dragen werknemers een 'slimme bril' die hen binnen een magazijnomgeving de weg wijst, en hen helpt snel en makkelijk orders op te pikken. Tests toonden aan dat het oppik- en leverproces versneld werd en minder fouten plaatsvonden. Er werd tot 25 procent efficiëntiewinst genoteerd en werknemers rapporteerden een eenvoudiger workflow. Zeker binnen complexe zorgomgevingen kunnen deze brillen en oppikmethodes een meerwaarde betekenen.

### De omnichannel-strategie

In het huidige internettijdperk is de gekende multichannelaanpak, waarbij exact dezelfde diensten en producten via meerdere kanalen worden aangeboden, niet meer optimaal. Klanten en gebruikers gebruiken het World Wide Web

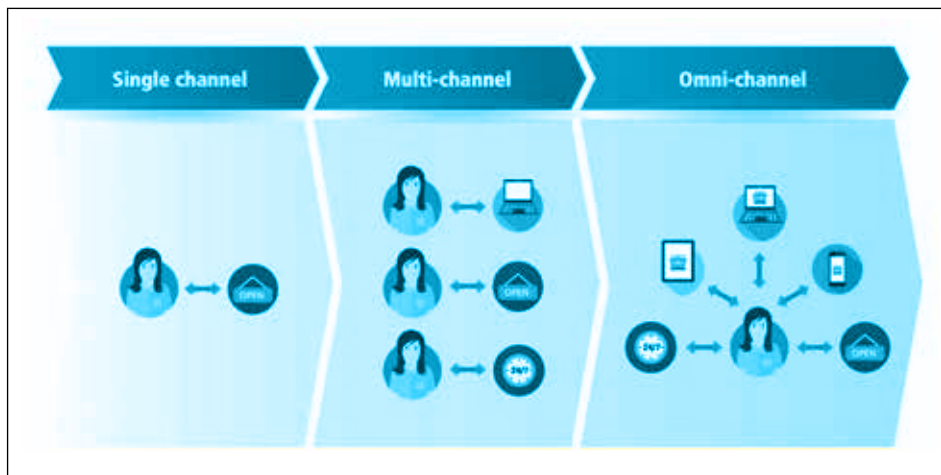
om de beste diensten aan de beste prijzen te vinden, ook in de gezondheidszorg. Ze doen dit ongeacht tijd, plaats en (fysiek en virtueel) informatiekanaal, en ook allemaal door elkaar.

Een dergelijke evolutie vergt een omnichannelbenadering, waarbij producten en diensten niet-lineair en meer op maat van de gebruikers worden aangeboden. Gebruikers moeten eenvoudig en kwaliteitsvol terecht kunnen bij zowel fysieke omgevingen, online en mobiele kanalen als via sociale media, en deze omgevingen moeten meer naadloos in elkaar overlopen. Voor elk van deze kanalen moet een volledig verkoops- en leveringstraject kunnen worden afgewerkt. Gebruikers moeten met andere woorden gebruik kunnen maken van de combinatie van kanalen van hun keuze, wat zal zorgen voor een sterkere betrokkenheid, tevredenheid en loyaliteit.

**“OOK DE GEZONDHEIDSZORG ZAL WERK MOETEN MAKEN VAN EEN OMNICHANNEL-STRATEGIE, WAARBIJ HET CONTACT MET DE GEBRUIKERS CONTINU IS, ONGEACHT TIJD, PLAATS EN KANAAL”**

Deze omnichannelbenadering is zeker ook nodig in de gezondheidszorg, waar binnen het netwerkmodel meerwaarde op basis van kwaliteit en kosten wordt nagestreefd, en waar het contact met de gebruikers geleidelijk volledig verandert, zoals in andere sectoren. Van één moment en één plaats naar continue ondersteuning, ongeacht plaats en kanaal.

# Zorglogistiek geeft vorm aan het nieuwe netwerkmodel van de gezondheidszorg



bron figuur: DHL 2015)

De grootste verandering situeert zich binnen de zorg inderdaad aan de frontoffice, het contact met de gebruiker van zorg. Maar deze omnichannelstrategie heeft uiteraard ook gevolgen voor de backoffice van de zorglogistiek: wanneer klanten en zorgprofessionals zich op steeds meer verschillende locaties bevinden en via andere kanalen met elkaar interageren, vergt dit andere methodes en technologieën voor de zorglogistiek. De nood aan gezamenlijke magazijnen en fysieke, eventueel gedeelde, contactpunten zal toenemen.

Binnen de omnichannelstrategie wordt ook *voorspellende logistiek* gebruikt. Daarbij worden diensten en producten al vooraf en doelgericht dicht bij gebruikers gebracht, zodat een snelle en kosteneffectieve levering of uitvoering gerealiseerd kan worden. Daarnaast wordt aan gebruikers steeds flexibeler de mogelijkheid van dienstverlening en/of levering voorgesteld. Dat laatste is uiteraard niet altijd haalbaar binnen de zorg, bijvoorbeeld wanneer mensen specifieke

zorgverstrekking op vastgelegde intervallen nodig hebben. Hoewel nieuwe medische ontwikkelingen ook dit op de helling zullen zetten. Denken we maar aan medicijnen en slimme pleisters die gefragmenteerd doses afgeven.

**“FLEXIBELE LEVERINGEN, CONTACTMOMENTEN EN -PUNTEN STELLEN EEN IMMENSE UITDAGING AAN DE HUIDIGE WERKING VAN DE GEZONDHEIDSZORG, MAAR BINNEN HET TOEKOMSTIGE NETWERKMODEL ZULLEN ZE ONONTBEERLIJK WORDEN.”**

## Duurzame tools

De aandacht voor milieu en omgeving is een domein waarop excellentie verder uitgebouwd kan worden. Bovendien draagt een duurzame omgeving ontegensprekelijk bij tot een grotere gezondheid. Het gegeven is dus niet



alleen belangrijk voor de werknemers van de zorgonderneming maar ook voor haar klanten. Kortom: de aandacht voor en het gebruik van duurzame producten en principes draagt bij tot de kwaliteitsbeoordeling van de netwerkorganisatie. *Duurzaamheid is een belangrijke meerwaarde voor zorgondernemingen en toeleveranciers.*

'Pharmafilter' is een voorbeeld van een dergelijke toepassing en wordt al gebruikt in het Nederlandse Reinier De Graaf-ziekenhuis. Het is een systeem dat zowel vaste als vloeibare afvalstromen verwerkt in een doorgedreven zuiveringsinstallatie waarbij 'grijs' water geproduceerd wordt, dat hergebruikt wordt in alle toiletten van de zorginfrastructuur. Hierdoor daalt enerzijds het verbruik van vers stadswater en verdwijnt de lozingskost van vervuild afvalwater bijna volledig.



## Organisatieprincipes

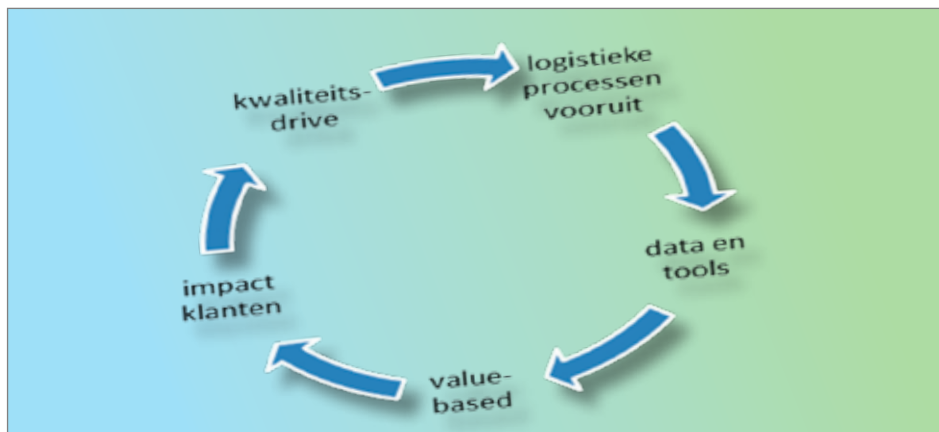
We wezen al op het grote belang van ruime en continue data binnen de netwerkzorgorganisatie. *Het verzamelen en beheren van data is binnen vele organisaties een moeilijke opgave. Bepaalde organisatieprincipes kunnen daarbij helpen.*

Een van de methodes die daarbij gebruikt kunnen worden, is die van de financiële verantwoordelijkheid van teams met betrekking tot de logistieke processen, bijvoorbeeld materiaalkosten (eventueel via service level agreements). Dit stimuleert niet alleen transparantie met betrekking tot het onderzochte punt, maar zorgt ook voor een gedeelde focus en dataverzameling. bpost is een van de ondernemingen die dit sterk doorvoerde in het kader van haar kennisontwikkeling en die inspiratie kan bieden aan zorgorganisaties.

Het werken met 'vliegende interne teams' die logistieke standaardisatie doorvoeren binnen diverse afdelingen van een zorgorganisatie, is een tweede organisatieprincipe dat al eens vaker gebruikt wordt om zorglogistiek te optimaliseren binnen de zorg. Dergelijke organisatieprincipes werken voor een groot deel via de sociale verandering, die nodig is om een meer optimale zorglogistiek te realiseren. Zij zijn in die zin complementair met de technologische innovaties die we aanhaalden.

De wet van de disruptie geeft al aan dat technologische innovaties sneller gaan dan sociale adaptaties en businessaanpassingen; dat geldt zowel binnen zorgondernemingen als andere sectoren. Politieke veranderingen en beleidsaanpassingen in het regelgevend kader en de financiering laten het langst op zich wachten. We komen tot de realisatie van een positief stimulerende cirkel, waarbij vanuit een sterke focus





op kwaliteit in de gezondheidszorg (met indicatoren en zorgpaden) meer aandacht wordt besteed aan processen en optimalisaties. Er wordt gewerkt aan een betere kennis van en de optimalisatie van zorglogistieke processen. Daarbij nemen de kennis, het gebruik en het belang van slimme data en tools toe, en vormen ze op hun beurt een accelerator voor nieuwe inzichten en gebruiken, vooral in het streven naar een value-based gezondheidszorg: kosteneffectiviteit en meerwaarde komen samen, met een duidelijke impact op de klanten van de gezondheidszorg: een grotere levenskwaliteit, meer selfmanagement, een grotere tevredenheid...

**“DE REALISATIE VAN OPTIMALE ZORGLOGISTIEK DOOR TOEPASSING VAN NIEUWE ORGANISATIEPRINCIPES WERKT VIA SOCIALE VERANDERING EN IS COMPLEMENTAIR AAN TECHNOLOGISCHE INNOVATIES MET EEN ZELFDE DOEL.”**

Stuk voor stuk zullen dit stimulansen zijn voor al wie actief is in de gezondheidszorg om nog meer in te zetten op kwaliteit en om te focussen op die taken en services waar men de grootste meerwaarde kan leveren.

De realisatie van een cirkel van kwaliteitsstreven, logistieke optimalisering, smart technologies, toolsmeerwaarde en impact op de patiënt tussen diverse stakeholders maakt integrale zorg realiteit.

**Wat betekent een dergelijke evolutie voor de waardeketen van het nieuwe, geïntegreerde zorgmodel? Welke nieuwe rollen en spelers zijn daar aan de orde? Hoe kunnen diverse stakeholders een unieke positie en meerwaarde innemen en zichzelf versterken? En welke businessmodellen of financieringssystemen zijn mogelijk? In het volgende hoofdstuk werken we een aantal opportuniteiten uit.**

# 4 Waardeketen voor het nieuwe netwerkmodel van de zorg



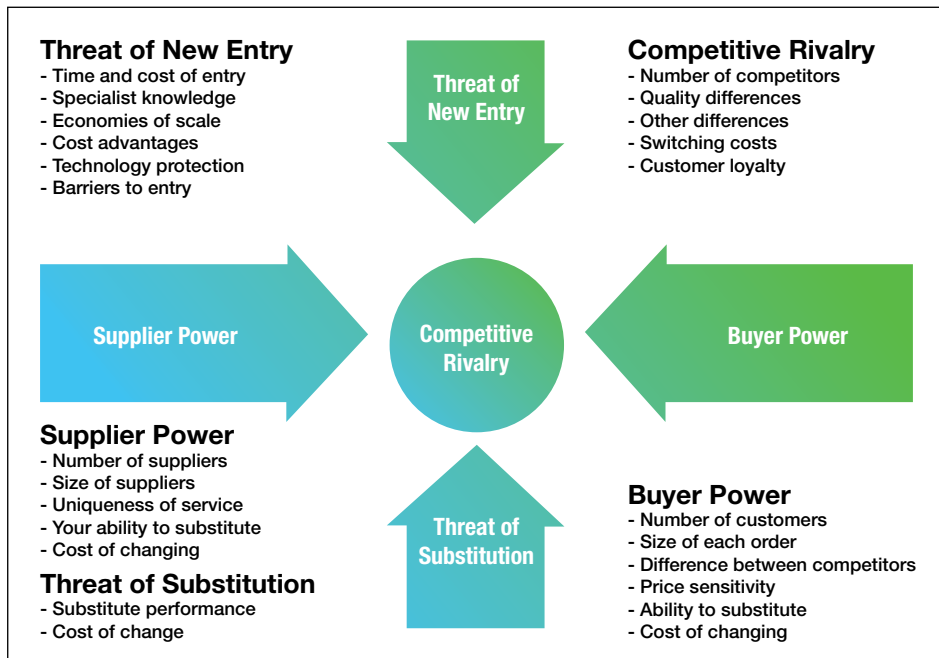


We argumenteren in deze paper dat 1) de taken binnen het brede zorgcontinuüm zullen verschuiven, 2) binnen een ruimer netwerkmodel zullen worden opgenomen, 3) zorglogistiek daarbij kan aangewend worden als een accelerator en 4) nieuwe stakeholders met nieuwe tools en taken het veld zullen betreden.

In dit continue netwerkmodel van de zorg worden preventieve zorg en thuiszorg het nieuwe normaal. Zij worden ondersteund door mhealth, en doen wanneer nodig een beroep op specialistische zorg en specifieke acute ingrepen. Ook zelfzorg en psychische zorg winnen aan belang, in voortdurende connectie met anderen.

Dat laatste kan zowel gebeuren onder de vorm van een vervelling van bestaande spelers, met nieuwe taken en expertise. Maar ook volledig nieuwe actoren zullen het veld betreden en nieuwe rollen opnemen, met specifieke producten en diensten. België staat nog maar aan de start van deze omwenteling, die talrijke opportuniteiten biedt voor 'new kids on the block' en voor innovatieve zorgorganisaties.

**“HET FIVE FORCES MODEL VAN MICHAEL PORTER TOONT AAN HOE DOORHEEN HET HELE ZORGCONTINUÛM TOEPASSINGEN MET NIEUWE BUSINESSMODELLEN MOGELIJK WORDEN.”**





Welke (nieuwe) stakeholders zien we hier naar voren komen? En welke competenties en strategieën zullen deze spelers nodig hebben? Het Five Forces-model van Michael Porter (zie infra) illustreert de krachten die aanleiding geven tot nieuwe formules binnen dat netwerkmodel. Het model toont goed aan hoe de beperkte transparantie van het huidige zorgsysteem en de mogelijke groei in strategische en operationele excellentie (als een combinatie van kosteneffectiviteit en meerwaarde voor de patiënt) doorheen het hele zorgcontinuüm toepassingen (producten en diensten) met nieuwe businessmodellen mogelijk maken.

Grosso modo zien we *vijf belangrijke nieuwe types stakeholders binnen de zorgwaardeketen van het netwerkmodel. We lichten deze toe en illustreren.*

**1. Gespecialiseerde deelaanbieders** (van de huidige zorgleveringsketen): In de gezondheidszorg zullen er steeds meer aanbieders komen van delen van de zorgcontinuümketen die zich specialiseren of excelleren in een beperkt segment. Zij zullen zich focussen op de best mogelijke diensten en producten, met de hoogste meerwaarde voor hun klanten, die op hun beurt sterk gesegmenteerd benaderd worden via omnichannels. Het mag een contradictio in terminis lijken dat net deelspelers binnen het netwerkmodel aan belang gaan winnen, maar dat is het niet: een gezamenlijke focus op de beste zorg tegen de beste prijzen zal leiden tot concentratie, dus specialisatie en samenwerking, eerder dan 'iedereen doet alles'. Binnen een gelinkt netwerkmodel zijn er daarnaast spelers (ACO's of andere modellen, zie verder) die alle zorgdelen bundelen.

De deelaanbieders nemen dus een stuk van de bestaande zorgleveringsketen voor hun rekening,

binnen een geïntegreerd geheel van generieke zorg dicht bij de gebruiker. Ze ontvangen inkomsten naargelang hun meerwaarde en niet zo zeer naargelang hun juridische of organisatiestructuur. Uiteraard maken deze aanbieders ruim gebruik van de nieuwste technologieën en communicatiemogelijkheden binnen hun aanbod, en delen ze hun kennis en resultaten binnen het ruimere netwerk.

Enkele voorbeelden illustreren de mogelijkheden:

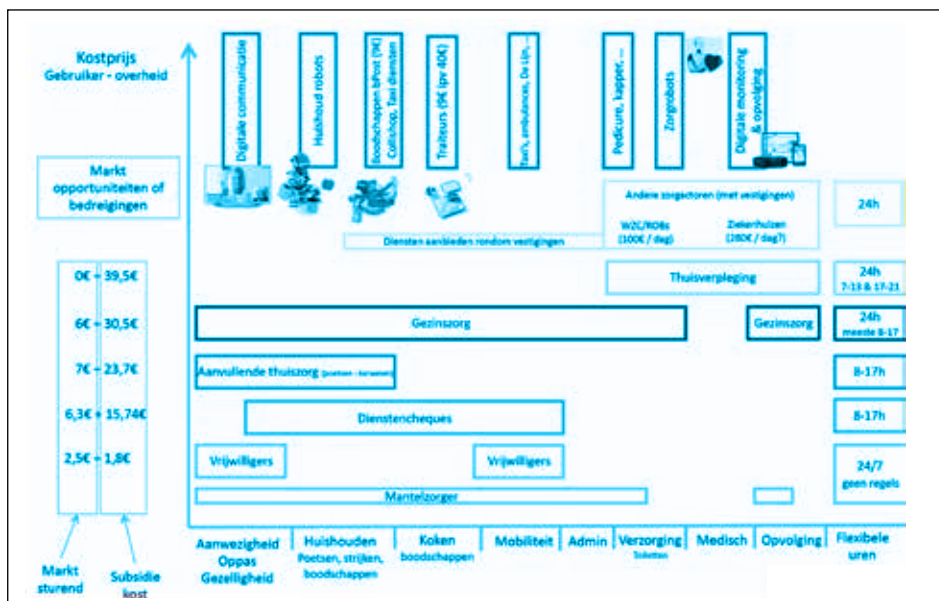
Zij kunnen bijvoorbeeld de vorm aannemen van *focused factories of behandelstraten van zorg*. Deze baseren zich op het leercurve-effect (Johnson & Scholes, 2005), waarbij er een groter effect is naarmate de variatie in producten, diensten of prestaties beperkt is en gewerkt wordt met dezelfde type patiënten. Kenmerkend voor de focused factories is de coördinatie van (verschillende) resources om het gewenste eindresultaat te bereiken. *Daarnaast is er de homogeniteit van een specifieke groep patiënten waarbij het totale proces van dienstverlening wordt gecoördineerd.* Er is aangetoond dat de leercurve van focused factories toeneemt met de integratie van technologie in het proces (Bertrand en De Vries, 2005). Focused factories zijn vooral succesvol gebleken wanneer het gaat om gespecialiseerde, voorspelbare zorg(processen). Bekende voorbeelden van focused factories zijn de Cataractstraat, de Summerset Hospital voor hartchirurgie in Kaapstad (Zuid-Afrika), het Shouldice Hernia Centre in Toronto (Canada) voor inguinale herniaoperaties en de kliniek voor obstetrische fistels in Addis Abeba (Ethiopië). *Kenmerkend voor de focused factories zijn de grote aantallen patiënten, niet te overtreffen behandelresultaten, een grote patiëntentevredenheid en lage kosten.* Het Shouldice Hernia Centre profileert zich met de



# Waardeketen voor het nieuwe netwerkmodel van de zorg

McDonalds-benadering: 'What works for ham-burgers works for hernias'. Iedere chirurg doet 600 tot 800 herniaoperaties per jaar. De operaties nemen vaak niet meer dan een halfuur tot drie kwartier in beslag (elders circa 90 minuten), kosten 954 dollar per ingreep (elders 2000 tot 4000 dollar) en de kans op recidief is 1 procent, terwijl dat elders tot 10 procent kan oplopen (Gawande, 2002; Birkmeyer et al, 2003).

Een tweede voorbeeld ligt in *doelgroepspecialisatie en -homogeniteit binnen de chronische zorg*. De gezinszorg in Vlaanderen neemt vandaag erg brede taken op, gaande van oppas over huishouden, koken en boodschappen, mobiliteit tot verzorging en opvolging. Onderstaande figuur illustreert goed het ruime dienstenaanbod van verschillende vormen van gezins- en thuiszorg in Vlaanderen, met bijhorende flexibiliteit en kostprijs.



In dit veld komen vandaag meer en meer *externe stakeholders* producten en diensten aanbieden die specifieke deelsegmenten kunnen realiseren. Ze kunnen dit vaak met een hogere meerwaarde voor de gebruiker ..., maar zijn nog niet ingebed in het zorgsysteem. Denken we bijvoorbeeld aan de aspecten digitale communicatie (Cubigo), robots, boodschapservice (bpost, ColliShop), vervoer (ambulances, taxi's, De lijn), comfortzorg (pedicure, kapper),...

Het gaat om gespecialiseerde ondernemingen uit andere sectoren die zich meer en meer naar de healthcare richten en hun topexpertise daar inzetten voor een deelaspect van de huidige waardeketen. Dat is het verhaal van Post.nl dat ook pakjes levert met zorgproducten, of Amazon dat geneesmiddelen verkoopt. Of we dat nu willen of niet, digitalisering en e-commerce brengen nieuwe processen en spelers ook naar de zorg.

De expertise, schaalvoordelen, flexibiliteit, technologie-assets en kosteneffectiviteit van deze externe deelspelers vormen een 'bedreiging' voor de traditionele zorg, zoals geformuleerd binnen het Forces-model. De meerwaardedoelstelling impliceert dat een afscherpende reflex door aanbieder en/of overheid niet aan de orde is. Wel is er een kader nodig dat mogelijkheden biedt aan flexibele nieuwe deelaanbieders, en zich wijzigende en specialiserende bestaande diensten. Zo kunnen bestaande thuiszorgdiensten, apotheken, welzijnsactoren enzovoort zich meer gaan focussen op specifieke deelpopulaties, waarbij betere resultaten kunnen bereikt worden. Volckaert in Nederland bijvoorbeeld ging zich toespitsen op ouderen met een somatische of psychogeriatrische aandoening (Schrijvers G., 2014, p.188).

Een derde groep voorbeelden zijn *de specialistische zorgondernemingen die kwaliteit, nabijheid, self-management en cocreatie met de klant als uitgangspunt nemen voor hun meerwaarde*.

Een dergelijke aanzet vinden we bij Ortho-Kin. Pieter Gheysen startten in 2010 in Kortrijk een gespecialiseerd bedrijf voor technische orthopedie en protheses, en kozen bewust voor een dichtbij- en op-maat-oplossing voor hun klanten. Ze focussen zich op de eigen in-huis-fabricage van ortheses en protheses, een beperking van de logistieke flow, en een snellere hulp en levering aan hun klanten. Daarbij investeren ze ruim in nieuwe technologieën zoals 3D-printing. Ze bouwen de protheses als het ware mee op aansturen van de klanten, die een actieve rol krijgen en mee aan het stuur blijven van hun leven, ook na vaak dramatische gebeurtenissen. Ook het Gentse startende bedrijf MoveUp van onder anderen Philippe Van Overschelde en Ward Servaes (voor de revalidatie na knieoperaties) en het Wondzorgcentrum van Christophe Baillu, een netwerk van expertisecentra voor de behandeling van en opleiding over wondzorg thuis, zijn veelbelovende voorbeelden. U kent er ongetwijfeld nog andere die binnen deze categorie passen.

**“ER IS EEN KADER NODIG  
DAT MOGELIJKHEDEN BIEDT  
AAN FLEXIBELE NIEUWE  
DEELAANBIEDERS EN AAN  
ZICH WIJZIGENDE BESTAANDE  
DIENSTEN.”**

## 2. Retailformules van laagdrempelige, eenvoudige zorg

(Heeren, M. 2014): Een tweede nieuw type stakeholders vinden we bij de organisatie van generieke, eenvoudige en relatieve standaardzorg dicht bij de klanten, waar de focus eerder zal liggen op toegankelijkheid, betaalbaarheid en klantgerichtheid. *Deze ondernemers richten zich op een generieke, laagdrempelige en transparante oplossing, in tegenstelling dus tot de gespecialiseerde deelaanpak van daarnet.* Het gaat om zogenaamde winkelformules of retailconcepten in de zorg, die oorspronkelijk in de VS starten (met onder andere Minute Clinics, Takecareclinics...), maar ondertussen in verschillende landen werden aangepast en uitgewerkt (Canada, Australië en de Ierse Swiftcareclinics). In Finland en Zweden bijvoorbeeld is Laastari ('pleister') een formule van laagdrempelige, flexibele en eenvoudige diagnose en behandeling op diverse locaties (bijvoorbeeld binnen apotheken, winkelcentra en drogisterijen) waar mensen geregeld komen. Laastari werkt rond de 80 procent veelvoorkomende kwalen, recepten en behandelingen zoals griep en keel-, oor- en blaasontstekingen met behandeling bij de huisarts. Ook regelmatige controles bij de tandarts of veel herhaalcontacten kunnen binnen een dergelijke formule opgevangen worden. Belangrijk bij zo'n model is uiteraard de eerste triage van de klanten (wie kan bij Laastari terecht en wie heeft gespecialiseerde hulp nodig?), die bij Laastari gebeurt door een arts op afstand en via een speciaal ontwikkeld IT-systeem voor triage via iPads. De klant wordt verder geholpen door verpleegkundigen, op basis van vastgelegde protocollen voor laag-complexe aandoeningen. Laastari werkt zonder afspraak, met openingstijden van 10 tot 20 uur, zeven dagen op zeven. De prijs is transparant en duidelijk: er geldt één standaardtarief van 45 euro in Finland en 25 euro in Zweden voor dertien geselecteerde aandoeningen (ongeveer 7 procent

van de totale huisartsenzorg), zoals griep, keelpijn, schimmelinfecties, vaccinaties en allergietesten. In Finland betaalt ongeveer 50 procent van de klanten de zorg zelf, de rest wordt vergoed door de zorgverzekeraars.

Transparantie over prijs en aanbod (weten wat je krijgt en wat het kost) is een van de kernpunten van dergelijke retailformules: je bent op de hoogte van de prijs, je weet in welk proces je stapt en je hebt persoonlijk contact met één zorgverstreker per bezoek. Daarnaast zet Laastari sterk in op instructies en toelichting over de diagnose, zodat de patiënt gestimuleerd wordt de regie over de gezondheid in eigen handen te nemen. Meer over Laastari kunt u vinden op: [https://youtu.be/GRcVs1zDv\\_g](https://youtu.be/GRcVs1zDv_g)

## 3. Geïntegreerde (toe)leveranciers met meerwaardefocus

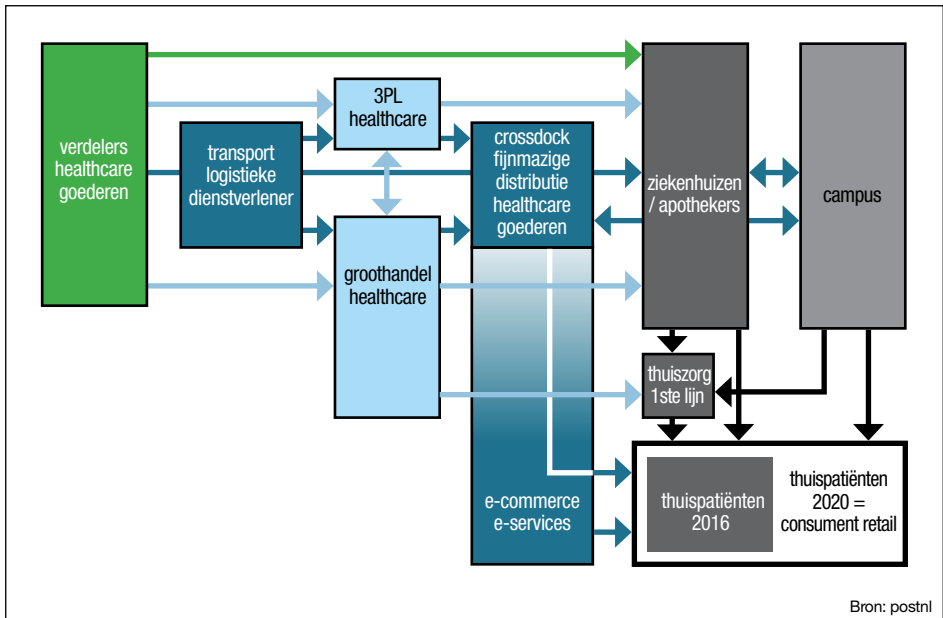
Het netwerkmodel vereist ook in de secundaire en tertiaire processen integratie en meerwaardefocus. *Ondernemingen zullen succesvol zijn binnen een dergelijk model wanneer ze inzetten op een aantoonbare meerwaarde voor de overall-kwaliteit van de zorgverlening, inclusief de levenskwaliteit van de gebruikers.* Dit dienen ze hoofdzakelijk te doen door niet zozeer op hun specifieke product te focussen, maar hun product en de meerwaarde ervan aan te tonen binnen de hele zorgketen en zorgbeleving. Het aantonen van die lange termijn meerwaarde vergt investeringen en energie, maar levert ook heel wat extra kennis en inzichten op, die de onderneming op haar beurt weer kan gebruiken voor verdere verbeteringen. Het inwerken van eenvoudige processtappen in de supply chain, zoals specifieke vragen stellen aan de gebruikers, kunnen al meer kennis opleveren. Een voorbeeld hiervan levert Beryl Health. Je als onderneming toespitsen op die doelgroep gebruikers of patiënten die de grootste

meerwaarde van je product rapporteren, is een andere manier (eerder dan te focussen op een zo ruim mogelijke afzet van het product). Het aanbieden van ondersteunende diensten, opleiding en informatie met betrekking tot het bewuste product vormt een derde mogelijke manier (Porter & Teisberg 2006).

In deze nieuwe waardeketen zullen daarnaast de ondernemingen succesvol zijn die deel uitmaken van een (flexibel) netwerk van collegadeelspecialisten in een ander deel van de supply chain. Als onderling genetwerkte groep besteden ze samen veel aandacht aan continue meting en verbetering van hun meerwaarde, en brengen deze in kaart.

We illustreren dit met betrekking tot het netwerk van de logistieke zorgtoeleveranciers met onderstaande figuur (bron postnl). De verschillende logistieke spelers op de Belgische markt spitsen zich toe op een beperkt aantal onderdelen en kanalen, en gebruiken daarbij specifieke technieken. Ze werken doorheen de waardeketen nu al vaak samen. Ze zullen elkaar ook dienen te versterken op het vlak van datameting en -uitwisseling om hun meerwaarde continu te blijven monitoren.

## Market intelligence: Verkenning Supply Chain Healthcare goederen



Een tweede illustratie van mogelijkheden tot integratie vinden we *inzake afsprakenbeheer en communicatietools*. Een groot deel van de zorg is electief of op afspraak. Dat betekent dat het begin van de zorgverlening (in alle sectoren) vooraf te bepalen is. Wachttijdenbeheer tot en binnen de zorgverstrekking, en een goede organisatie van afsprakenbeheer zijn twee kernissues binnen de gezondheidszorg, gezien de continuïteit van de zorgverlening een essentiële vereiste is voor kwaliteit. Daarnaast is aan elke wachttijd uiteraard ook een aspect van klantvriendelijkheid verbonden.

Diverse ondernemingen bieden oplossingen aan voor het plannen van afspraken in de zorg. Ook aanbieders van virtuele wachtkamers spelen hierop in. Binnen het netwerkmodel van de zorg zijn echter ruimere oplossingen nodig: er zijn immers ook grote uitdagingen op het vlak van de transitie van de patiënten uit een ziekenhuis naar vervolgzorg (thuis of in andere zorgomgeving). Afsprakenplanners die ook oplossingen bieden voor de ontslagplanning helpen dat proces vlotter en beter te doen verlopen, met een grotere meerwaarde voor de patiënt (Schrijvers G. 2014). Positieve gevolgen daarvan zijn een reductie van ziekenhuisheropnames en een verbetering van de fysieke en sociaalemotionele toestand van de patiënt, die meer beheerder blijft van zijn eigen traject.

De Vlaamse overheid heeft de voorbije jaren een aantal regionale proeftuinen ouderenzorg erkend. Ze lopen tot eind 2016 en vormen proefregio's voor nieuwe producten en diensten naar ouderen, met het opzet te leren over nieuwe betaalmodellen voor ondernemers. Een van de vijf Vlaamse proeftuinen, Careville, situeert zich in Limburg en werkt specifiek rond mobiliteit en zorg. Het project *IMV – Individuele Medicatievoorbereiding* binnen Careville beoogt

na te gaan welke kostenstructuur en resultaten semiautomatische en ambulante IMV voor de kwetsbare oudere heeft. Automatische IMV kan vaak alleen maar binnen ruime zorgorganisaties gebeuren, en is dus niet op maat van de individuele apotheker. Nochtans ligt een grote potentiële win voor zowel de thuiswonende zorgvrager (inzake medicatieveiligheid, levenskwaliteit in de thuisomgeving en therapietrouw) als de zelfstandige apotheker (minder arbeidsintensief en meer aandacht mogelijk voor zorgkwaliteit) in een automatische en ambulante IMV in plaats van een handmatige voorbereiding. Het IMV-project beoogt aan te tonen wat, indien correct opgezet en uitgevoerd, een toekomstig verdienmodel kan zijn voor zorgverstrekkers en de overheid van dergelijke ambulante IMV's. Het doet dit door een supply chain in twee stappen toe te passen: een medicatievoorbereiding centraal in stap één van het proces en een tweede processtap lokaal bij de apotheker. Het project focust zich op thuiswonende ouderen in de regio Hasselt/Genk uit twee patiëntenpopulaties: mensen met type 2 diabetes en nog thuiswonende mensen met dementie (via hun mantelzorgers) en is een samenwerking tussen de Limburgse apothekers, thuiszorgverstrekkers Wit-Gele Kruis en het logistieke bedrijf Essers.

**“ONDERNEMINGEN ZULLEN  
SUCCESVOL ZIJN WANNEER  
ZE ZICH FOCUSSSEN OP  
MEERWAARDE IN DE VOLLEDIGE  
ZORGKETEN, KENNISDELING  
EN INTEGRATIE MET COLLEGA-  
DEELSPECIALISTEN IN  
DE SUPPLY CHAIN.”**

#### 4. Mondige “patiënten” worden ondernemers:

Er is al een hele tijd een beweging aan de gang waarbij meer en meer individuele burgers – gezond en minder gezond – via allerlei wearables en tools hun eigen gezondheid gaan meten en monitoren, om zo meer kennis te hebben en/of bepaalde doelen te bereiken. Los van alle mogelijke discussies rond privacy, betrouwbaarheid van de metingen en zo meer gebeurt dit gewoon. Het resultaat is dat mensen bewuster bezig zijn met hun gezondheid en hun gegevens ook vrolijk zelf gaan delen. Ze worden actieve ontwikkelaars van gezondheidsgegevens. We mogen ervan uitgaan dat op die manier waarschijnlijk al meer data circuleren dan binnen het officiële, medische gesloten circuit. Bij Voka HC geloven we dat deze beweging niet te stoppen is en dat dit impulsen zal geven (en al volop geeft) richting snellere innovaties in de gezondheidszorg zelf. Dit brengt ons bij de “patiënt”-ondernemer als nieuwe stakeholder binnen het netwerkmodel van de zorg.

**“GEBRUIKERS OF PATIËNTEN  
WORDEN ACTIEVE  
ONTWIKKELAARS VAN  
GEZONDHEIDSgegevens.”**

Meer en meer groepen patiënten of zelfs individuele patiënten hebben de voorbije jaren digitale platformen opgericht (of in de oprichting geparticipeerd) waarop mensen in eenzelfde gezondheidssituatie informatie met elkaar delen, monitoren en verspreiden, en zo kennis en expertise in diagnose en behandeling opbouwen. Het streven is om op die manier de behandeling en levenskwaliteit van de patiënt continu te

verbeteren. Dergelijke platformen geven de patiëntengroepen niet alleen nieuwe manieren om hun leden te dienen en expertise op te bouwen, maar maken van de patiënten ook actieve co-regisseurs van hun therapie. Ze vergroten hun impact als organisatie en brengen mensen samen. Ze geven steun en creëren voor de betrokken organisaties mogelijke inkomstenstromen. Patiënten worden ondernemers en worden daarmee in hun mens-zijn niet langer beperkt tot hun gezondheidsprobleem. Het worden ‘citizens formerly known as patients’ en dus zelfs ‘entrepreneurs formerly known as patients’. Patientslikerne is het bekendste voorbeeld van zo’n wereldwijde tool, maar dichterbij zijn er ook tal van voorbeelden: Parkinsonnet (NL), Mitchell Silva’s Esperity voor kankerpatiënten, mylymedata...

Naast deze patiëntenplatformen zien we ook toepassingen die bewust gebruikmaken van open data en die deze samenbrengen, analyseren en aanwenden ten gunste van de ontwikkeling van betere kennis, therapieën en processen in de gezondheidszorg. Het Gentse Ontoforce van oprichter Hans Constandt is zo’n voorbeeld. Ontoforce maakt gebruik van *open data* inzake wereldwijde clinical trials om zijn analyseplatform gestalte te geven. Dankzij de tool van Ontoforce komen we voor zowat elke aandoening te weten waar er clinical trials lopen, door wie ze gefinancierd worden, en welke de betrokken onderzoekers en resultaten zijn. Deze informatie is zeer waardevol voor patiënten, maar evenzeer en

**“OPEN DATA KUNNEN  
WORDEN SAMENGEBRACHT,  
GEANALYSEERD EN GEBRUIKT  
TEN GUNSTE VAN BETERE  
KENNIS, THERAPIËN EN  
PROCESSEN.”**

misschien nog meer voor de farmasector, onderzoekers en zorgprofessionals in hun streven naar nieuwe diagnoses en behandelingen.

In de toekomst zullen we ongetwijfeld nog meer toepassingen met open data in health-care zien. Zij worden een next step, en zorgen voor een ware democratisering van onderzoek en kennis in de gezondheidszorg.

Binnen het netwerkmodel van zorg wordt de next step ook voor patiënten-ondernemers een verdere connectie en integratie: zowel

met de IPU in verschillende regio's, andere patiëntenplatformen (supplier power) als met toeleveranciers. Die kan verschillende vormen aannemen (van informele samenwerking tot participatie).

Focus van de connectie ligt uiteraard op de continue meerwaarde voor de levenskwaliteit van de patiënt. Het hoeft niet gezegd dat een geïntegreerd dataplatform voor elk van de aangehaalde stakeholders essentieel is. Dat brengt ons bij de laatste nieuwe rol.





## 5. Geïntegreerde dataplatformen en datamanagers voor kwaliteitsanalyse:

Voor elke genetwerkte zorgorganisatie, maar ook voor elke toeleverancier en tussen diverse ondernemingen van het netwerkmodel zullen experts logistieke prestatie en datamanagers aan belang winnen. Zij introduceren de continue cultuur, tools en methodieken voor de realisatie van logistieke prestatie en meerwaarde.

zijn. Deeloplossingen kunnen dus ook helpen, maar dienen zo geïntegreerd mogelijk te worden.

Een dergelijke tool vergt aanzienlijke investeringen. Hij wordt niet ontwikkeld maar wel gebruikt door de zorgorganisatie. De opvolging, analyse en benchmarking van alle data gebeurt onder de hoede van datamanagers, die zich ten dienste stellen van de ge-



Binnen de zorgorganisatie wordt gebruikgemaakt van een *geïntegreerde mastertool*, die kwaliteit en kostenefficiëntie monitort, zowel inzake primaire, secundaire als tertiaire processen van de organisatie. Zorgorganisaties hebben nood aan integrale ICT-tools, die koppelingen maken tussen verschillende flows binnen de organisatie. Het ideale scenario is dat van een mastertool die inderdaad primaire, secundaire en tertiaire processen in kaart brengt. Meer realistisch en dichterbij zijn dataplatformen die de primaire, secundaire óf tertiaire processen zo volledig mogelijk monitoren en onderling integreerbaar

netwerkte partners. Zij capteren alle informatie en maken die behapbaar in functie van de gestelde doelstellingen van de organisatie. Interoperabele en geïntegreerde platformen vormen de meer realistische kortetermijntoepassing van de overall-mastertool binnen een netwerk. Het is essentieel dat de verschillende systemen met elkaar kunnen 'praten' om een optimale flow en meerwaardeanalyse te realiseren. Gezien de informatie binnen elk systeem anders gecodeerd wordt, houdt dit ook een grotere rol in voor spelers die data 'leesbaar' maken doorheen verschillende systemen, zoals Intersystems.



De omslag naar geïntegreerde zorg brengt dus ook de nood aan nieuwe competenties naar boven. Data managers in de zorg worden onontbeerlijk. Onderwijs en opleiding dienen daar hard op in te zetten.

We ronden het hoofdstuk over de wijzigende waardeketen af met het voorbeeld van het *HIPS-traject*, een ICON-project van iMinds in samenwerking met AZ Maria Middelaars Gent, AZ Nikolaas, Universiteit Gent, Auxcis (RFID), Amaron (workflow automation and IT integration) en Essers (supply chain management). HIPS zet in op de coördinatie van de informatie over de patiënt en de medische producten binnen het operatiekwartier (OK). In eerste instantie werd met HIPS een methodologie ontwikkeld om de verschillende workflows binnen het zieken-

huis in kaart te brengen, aan te passen en te evalueren. Deze kennis werd in een tweede fase gebruikt om een open, schaalbaar en op standaarden gebaseerd platform te ontwikkelen dat de verschillende stromen combineert met RFID en kan leiden tot besparingen van 30 procent binnen de toeleveringsketen. Het gaat dus om de ontwikkeling van een gecombineerd platform van logistieke stromen binnen het ziekenhuis, de HIPS-demonstrator. De betrokken partijen hebben ondertussen de HIPS-demonstrator in hun producten geïntegreerd, bijvoorbeeld in het Essers Healthcare Logistics Platform of in het Generic Process Empowerment Platform for Hospitals van Amaron en Auxcis. Een en ander wordt nu verder uitgetest in het UZ Gent voor wat de opvolging van 'bloedproducten' binnen het ziekenhuis betreft.





# 5 Value-based geïntegreerde zorgmodellen hebben nood aan passende financieringsmodellen



**Persoonsvolgende financiering (PVF, waarbij de eindgebruiker met een financieel 'rugzakje' zelf zorg inkoop) is een marktconforme integrator. Het is immers de eindgebruiker die kiest en mee beslist, totdat het gehele zorgtraject en/of -pakket is samengesteld. PVF is echter enkel hanteerbaar voor planbare, voorspelbare zorg. De focus ligt in eerste instantie daarom op de CARE- en minder op de CURE-dimensie van de zorg, hoewel beide uiteindelijk uiteraard 'geïntegreerd' moeten samengaan.**

Bovendien dekt PVF wel de subjectieve kant van meerwaarde (value-based) maar voor de objectieve, evidence-based zijde is dat veel minder evident – en zeker niet wanneer subjectief en objectief weleens uit elkaar durven te lopen. Het samengaan met evidence, zonder rigide te vervallen in het ene of het andere uiterste is dus een permanent aandachtspunt.

Ten derde is er bij PVF een grote nood om principes van zorglogistiek op een state-of-the-art wijze toe te passen. PVF is immers vooral een instrument om 'customisatie' of zorg op maat te bevorderen. De grote uitdaging voor de komende jaren is heel gekend in de logistiek: het evenwicht tussen PVF/customisatie en de meerwaarde van standaardisatie. Dit laatste element draagt immers evengoed sterk bij tot kwaliteit, veiligheid, samenwerking (integratie) en efficiëntie. Het standaardiseren of 'systematiseren' van zorg waar mogelijk en waardevol vertaalt zich in ketens, paden, protocollen en zovoort. Het is vaak zelfs de essentie van procesoptimalisatie. Tegelijk moet de zorgondernemer ook variabiliteit/op maat omarmen waar dit waardevol is. Je zou zelfs kunnen stellen dat de kern van de expertise van zorgprofessionals

net dit voortdurend zoeken en streven is naar een evenwicht tussen customisatie (de patiënt is uniek) en standaardisatie (waar is de ruimere kennis en evidence toepasbaar?). PVF zal in haar 'customisatie' dus duidelijke grenzen kennen, vanuit kwaliteit en efficiëntie. Zorgondernemers kunnen hun aanbod verder diversifiëren, maar vaak hangt daar ook een prijskaartje aan.

We merken hierbij op dat er een verschil is tussen CARE-sectoren wat betreft de wenselijkheid en impact van PVF. Bij de kinderopvang bijvoorbeeld is de financiering vandaag nog zuiver aanbodgedreven, zonder koppeling met de behoefte van het kind. Men legt (verdeelde) doelstellingen bij de aanbodzijde, en dan moet het gezin maar de weg zien te vinden naar het aanbod dat wel of niet aan de eigen doelstellingen/behoefte voldoet. Dat is de wereld op zijn kop. PVF zal in de kinderopvang de huidige standaardaanbodvormen meer helpen customiseren en integreren, zonder de backofficeorganisatie met bedrijfsmatige standaardisatie over boord te gooien.

Bij het continuüm van zorgvormen in ouderenzorg kan PVF helpen de schakels in de keten te versterken en te integreren – voor zover iemand er ooit bewust voor kiest om naar een woonzorgcentrum (WZC) te gaan. Mantelzorg zal bij die beslissing nog even belangrijk zijn als nu het geval is. Maar vermits de zorgfinanciering van een WZC nu al gekoppeld is aan de individuele zorgbehoefte zal er in die setting intern wellicht niet zo heel veel wijzigen, behoudens versterkte inspraak vanwege de senioren zelf. De geestelijke gezondheidszorg positioneert zich ergens tussen de kinderopvang en de ouderenzorg qua vraag- en behoeftesturing; de impact zal gezien de ruimte voor verbetering wellicht groter zijn.

## Value-based geïntegreerde zorgmodellen hebben nood aan passende financieringsmodellen

---

Daarnaast bestaan er netwerkprikkels langs de aanbodzijde. Deze omvatten pay for coordination (beperkt forfaitair), bundled payment (grotendeels forfaitair; per bundel of episode), capitation (population payment; volledig forfaitair per cliënt per periode, die de vorige betalingssystemen vervangt) en global payment (population payment over een hele populatie, met budgettaire verdeling per periode tussen de betrokken zorgactoren in functie van de behaalde doelstellingen en afgebakende, complementaire verantwoordelijkheden).

Bij vaste betaling (forfaitair), over de grenzen van zorgondernemers heen, bepaalt het verschil tussen de prijs (vaste inkomsten) en de zorguitgaven de financiële einduitkomst. Hierdoor ontstaat een prikkel tot meerwaarde op basis van preventie, samenwerking en efficiëntie, met een groter financieel risico bij de zorgaanbieder dan onder betaling per prestatie. Waar overbehandeling en duplicatie vroeger een 'profit' was, worden deze nu 'kosten', een essentieel element van value-based. Men tracht het zorg- en niet-zorgrisico zo goed mogelijk van elkaar te scheiden en toe te wijzen aan respectievelijk de zorgondernemer en de overheid of verzekeraar. Shared savings, waarbij de zorgondernemer een deel van de efficiëntiewinsten mag houden voor herinvestering, kunnen dit soort mechanisme versterken en worden in het buitenland ook in de eerste lijn gehanteerd (zie bijvoorbeeld de CMS Physician Group Practice-demo).

Bij de meest vergaande forfaitarisering, zoals capitation, moeten we opletten dat het financieringsmechanisme niet afleidt van meerwaarde en excellentie. Zoals Michael Porter immers aangeeft, includeert capitation impliciet ook een verzekeraarsrol (risicobeheersing en -spreiding), los van de eigen performantie. Er ontstaat een volumedrive op populatieniveau: zo veel mogelijk 'leden' binnentrekken. Dit kan ertoe leiden

dat eindgebruikers 'opgesloten' geraken met een suboptimale meerwaarde.

Systemen om vermijdbare heropnames of complicaties te bestraffen, gaan deels in dezelfde richting van meer geïntegreerde verantwoorde zorg, vermits de vermijdbare kosten zich vaak bij een andere zorgondernemer manifesteren (bijvoorbeeld het Medicare Hospital Readmission Reduction Program in de VS). Meer innovatief – in landen zoals Denemarken, Zweden, het VK en de VS – is momenteel het volledig doorrekenen van kosten elders aan de principal accountable, in diverse richtingen (bijvoorbeeld een opname doorrekenen naar een eerder verblijf elders, het doorrekenen van een sociale opname in een ziekenhuis naar een gemeente of de beleidsmaker die verantwoordelijk is, bijvoorbeeld voor ouderenzorg, enzovoort). Zie 'cross charging' en 'grants transfers' (OESO, 2015).

Bijna alle landen voegen gelijktijdig ook kwaliteitsprikkels (P4P) toe. Dit is logisch als tegengewicht voor het risico op een zorgonderaanbod in een meer vast betalingskader.

Gezien de evidence van het ene versus het andere vergoedingssysteem nog onvoldoende op punt staat, is het van belang om zorgondernemers met diverse types van netwerkprikkels te laten experimenteren.

We verwijzen hierbij naar het voorbeeld van 'bundled payment for care improvement' (BPCI). Zorgondernemers kunnen hierbij kiezen uit vier modellen van integratieprikkels, gaande van intramurale integratie (model 1), postacute integratie (model 3), intramurale en postacute integratie samen (model 4), tot het geheel van preacuut, acuut en postacuut (model 2). Belangrijk hierbij is het keuzepallet in netwerkprikkels dat zorgondernemers meer beloont naargelang men in dit kader





# Value-based geïntegreerde zorgmodellen hebben nood aan passende financieringsmodellen

---

grotere stappen vooruitzet (en meer financiële risico's neemt), gaande van de optie van betaling per prestatie plus shared savings, de optie van een retrospectieve bundelverrekening tot een volledig prospectieve bundelverrekening.

Bundled payment kan leiden tot een daling van hospitalisatieduur en minder heropnames. Er zijn ook voorbeelden van gedaalde zorguitgaven en besparingen met behoud van kwaliteit (AHRQ, 2012; CHRT, 2013; Froemke et al, 2015; Iorio, 2015). Concrete voorbeelden omvatten ProvenCare van Geisinger en Greencare van het Dartmouth Hitchcock Institute in de VS. Hetzelfde geldt voor goede ACO-voorbeelden. Het Pioneer ACO-model met shared savings, P4P en gedeeltelijke capitation reduceerde low value care (Schwartz et al, 2015; Nyweldt et al, 2015; McWilliams et al, 2015). Technische ontwerpfactoren zoals risk adjustment en stop-loss provisies mogen hierbij niet over het hoofd worden gezien.

De mate waarin tegengestelde prikkels blijven bestaan (bijvoorbeeld artsen via betaling per prestatie maar evengoed andere volumeprikkels), modereert het effect van netwerkprikkels. Stel dat de basisincentive in feite niet wijzigt, dan blijft de status quo grotendeels behouden. Dit is momenteel een van de bekommernissen bij de ontwikkeling van accountable care organizations in de VS. Deze bekommernis hangt op haar beurt samen met de aandacht voor betrokkenheid van het artsenkorps. Internationaal pleiten experts voor het opbouwen van 'medical groups' (of medische associaties) met een sterk interdisciplinair karakter, om met voldoende body de huidige transformatie te kunnen ondersteunen (zie Landon et al, 2012; N Engl J Med). Zo'n vehikel helpt ook om de impliciete tweespalt tussen huisartsen en medisch specialisten te overbruggen.

Een goede, efficiënte kostenbasis is het basiscriterium voor een gezonde financiering maar evengoed de basis van de interne transparantie, het creëren van voldoende intern vertrouwen, mede in de onderlinge uitwisseling van onderhandelingen (die bij netwerking en integratie per definitie naar voren komen). We moeten opschuiven naar een tastbare, solide financiering met inzicht voor iedereen van wat efficiënt en niet efficiënt is (zie talrijke high-levelpublicaties van Michael Porter op dit punt; Conrad et al, 2014).

Het vooropstellen van het historische inkomstenprofiel als toekomstige kostenbasis verrekent de bestaande inefficiënties mee in het systeem. Indien we dus historische budgetneutraliteit steeds als uitgangspunt nemen (bij BFM, nomenclatuur, uitwerking plan chronische zorg...), moeten we hier bewust mee omgaan. Porter wijst op de noodzaak om hier geleidelijk aan van af te stappen, mede door evidence-based elementen nadrukkelijk in de kostenbasis mee op te nemen (wat neerkomt op het berekenen van de standaardkosten van goede zorg).

De kosteneffectiviteit, kwaliteit en uitgaven in een zorgsysteem en -financiering volgens meerwaarde moeten via de continue verbetering door sociaal ondernemerschap de motor worden van de toekomstgerichte concurrentie in de zorg. Deze motor zal niet enkel zijn impact kennen op microniveau, in de zorg zelf, maar via de gezamenlijke optelsom ook op macroniveau – met een hernieuwde aansturing van het overlegmodel.

Een opvallende succesfactor is de wijze waarop integratievehikels financieel worden afgerekend: door periodiek (bijvoorbeeld halfjaarlijks of jaarlijks) de totale uitgaven te vergelijken met een standaard (Gesundes Kinzigtall, AQC, Pioneer ACO). Men verschuift het gesloten budgetbeheer voor een stuk



van het macro-overlegmodel naar het niveau van integratievehikels. Bovendien zorgt dit ervoor dat ook de administratieve verwerking tijdens het jaar zelf vrij traditioneel kan verlopen en op termijn wellicht met minder administratieve last. Dit alles leidt tot een grote flexibiliteit en populariteit (in tegenstelling tot te rigide, administratieve bundelsystemen). Een laatste opvallende gelijkenis doorheen elk van de drie voorbeelden is het gebruik van 10 procent P4P.

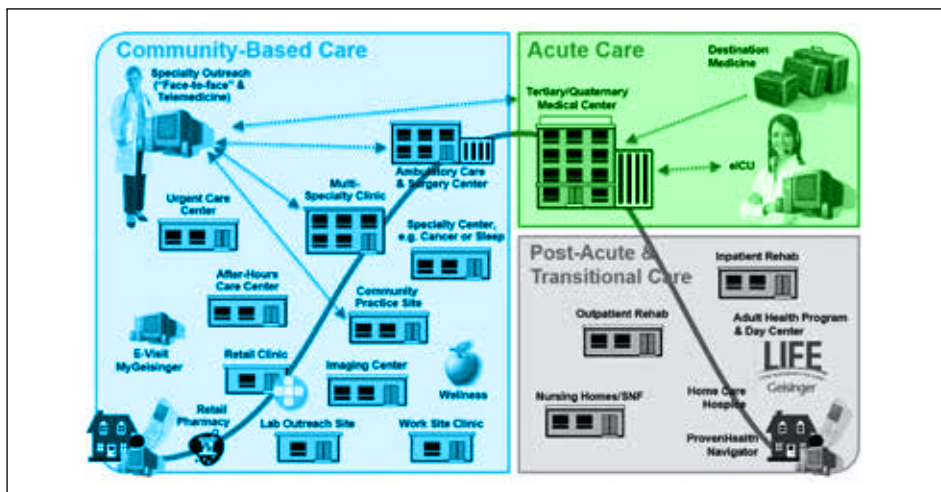
De nieuwe value-based geïntegreerde zorgfinancieringsmodellen gaan hand in hand met de uptake van innovatie en technologie, en sluiten

in die zin ook goed aan op de nieuwe businessmodellen die doorheen alle sectoren opgang maken. In niet-zorgondernemingen worden de diensten en producten ook steeds slimmer en meer (digitaal) geconnecteerd. Dit impliceert dat industrie, leveranciers en andere van eenmalige transacties verschuiven naar businessmodellen met producten-als-een-dienstverlening; een totaalpakket dus en net dezelfde evolutie als binnen de zorg. Het gevolg is dat bij álle partners in de keten van zorglogistiek het accent komt te liggen op een ruimere periode van verantwoordelijkheid voor kwaliteit en kosten, en dus een grondige wijziging van de spelregels.

## **6** Hoe geïntegreerde zorg beheren met value-based governanceprincipes?



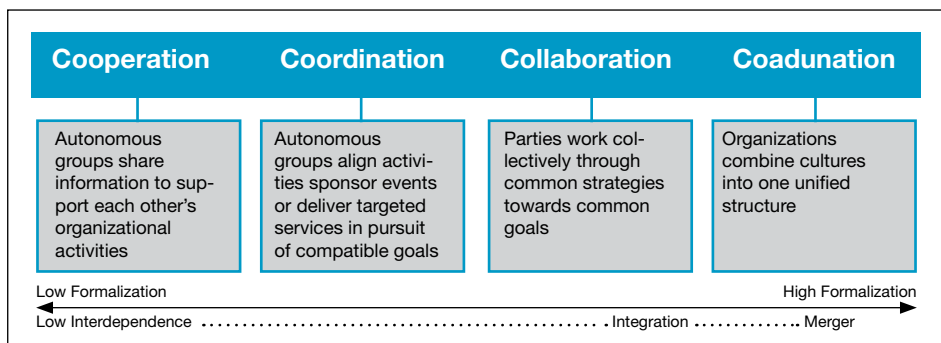
Zoals de onderstaande figuur van Geisinger Health System toont, gaat integratie vooral over het herbundelen en heralloceren van taken en rollen binnen en tussen de diverse zorgsettings waarmee we in aanraking komen doorheen onze levensloop. Of indien wat beperkter ingevuld: de focus op de transities tussen elk van de schakels.



Bron: Wاده in Zorgbeleid.be, 2016

Indien deze schakels allen onder één eigenaarschap vallen, zoals bij Geisinger, staan de belangen grotendeels op één lijn en is zo'n reshuffle en/of connectie haalbaar. Deze situatie komt echter zelden voor in de zorg. Het probleem is immers net dat het continuüm sterk gefragmenteerd is.

Het antwoord hierop kan bestaan uit samenwerkingsmodellen met een licht tot sterk geformaliseerd beheer (Rutledge, 2011)



Bron: Rutledge, 2011

# Hoe geïntegreerde zorg beheren met value-based governanceprincipes?

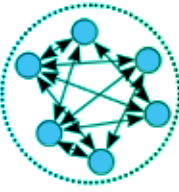
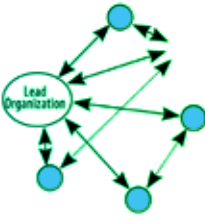
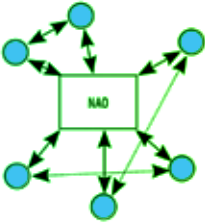
Eén ding is zeker: de overkoepelende meerwaarde moet in het governancemodel van geïntegreerde zorg ook centraal staan.

En het idee dat dit spontaan wordt gerealiseerd door enkel iedereen samen rond de tafel te brengen, met lippendienst over ‘gelijkwaardigheid’, is een illusie. Uiteindelijk gaat het over onderhandelen en doet elke partner dit deels vanuit eigenbelang.

Het betreft bijvoorbeeld het bepalen van de *doelstellingen* (waarbij sommigen bij voorbaat voorspelbaar zullen winnen of verliezen) en de *wijze waarop de gebundelde middelen en/of gebundelde shared savings intern onderling verdeeld worden*: volgens de wet van de sterkste

(vaak suboptimaal), volgens historische factoren (suboptimaal), of volgens geobjectiveerde toewijsbare verantwoordelijkheden, prestatie en kosten (optimaal).

Marktwerking met bilaterale contracten en het benutten van leiderschap kunnen hier zeker in helpen. Maar de enige wijze om zo’n impasse meer toekomstgericht te doorbreken (naast rekenen op informele goodwill en vertrouwen), is *het hanteren van geïntegreerde governanceprincipes*: het toevoegen van een beheer dat toeziet op het geheel, naast de beheersstructuren voor elk van de delen, ervoor zorgen dat er minimaal één derde onafhankelijke zetelt in de bestuursorganen enzovoort.

Netwerk governance	Zelfregulerend netwerk	Leiderorganisatie-netwerk	Netwerk administratieve organisatie (NAO)
Visualisatie			
Principe	Geen administratieve entiteit, participatie in netwerkmanagement door alle partijen	Administratieve entiteit (en netwerkmanager) is een belangrijke netwerkpartij die ook een rol heeft in het primaire proces	Een toegewezen en aparte entiteit is gecreëerd om het netwerk te managen

Bron: Provan & Kenis, 2008



In Nederland was de hoofdreden voor de oprichting van zorggroepen de meer evenredige vertegenwoordiging van betrokken zorgondernemers in het bestuur en het onderling delen van verantwoordelijkheden als zijnde één gezamenlijke hoofdcontractant. De constructie van Accountable Care Organizations in de VS als juridisch vehikel dient diezelfde functie.

Een aandachtspunt hierbij is het feit dat indien zo'n juridisch vehikel niet enkel toeziet op de diverse schakels maar ook eigenaar wordt van alle schakels (zie Geisinger), het risico van negatieve monopolie-effecten sterk toeneemt. We krijgen dan te maken met te grote spelers op de markt die de prijzen/tarieven opwaarts duwen en innovatie kunnen blokkeren. Dit risico geldt ook langs de zijde van (geassocieerde) zorgprofessionals (Berenson et al, 2010).

Overtveit sprak in 2011 over een 'cost and saving sharing agent' als onafhankelijke beheerder om win-wins rechtvaardig te verdelen via het beheer van investeringsmiddelen, de opvolging van vooruitgang en mediatie in wie de lasten en lusten draagt. Indirect komt dit grotendeels neer op het correct afbakenen van de interne prikkels

onderling, aan de hand van meerwaardeparameters. Tegelijk moeten we ook hier het evenwicht bewaren met voldoende vrijheid voor het samenwerkende ondernemerschap om zulke verdelingen gezamenlijk uit te werken (DeCamp et al, 2014; JAMA). Gesundes Kinzigtall hanteert in feite een tussenweg met de beide elementen: onderlinge onderhandeling en onafhankelijke mediatie via een managementpartner.

Een element dat zeker zo belangrijk is maar wel eens over het hoofd wordt gezien (of een gevoelig punt dat men liever ontwijkt), betreft de doorvertaling van de overkoepelende, geïntegreerde doelstellingen naar de interne stakeholders binnen elke schakel (de zorgprofessionals zoals welzijnswerkers, artsen, paramedici, apothekers enzovoort.).

Ook hier is een gealigneerde aansturing nodig via governance (contracten, participatie) en financiering (gekoppelde prestatiedoelstellingen). Directeurs van zorgorganisaties hebben overschot van gelijk dat zulke tools samen met de zorgprofessionals zelf spoedig moeten worden ontwikkeld en aangemoedigd. Zo niet blijven heel wat geformaliseerde afspraken in de feiten een lege doos.





**GO  
WITH THE  
FLOW**

**Conclusies  
en aanbevelingen**



Het integrated care-concept is op zich natuurlijk niet gloednieuw; al jaren wordt hierover ruim gedebatteerd en gepubliceerd. Op Europees niveau staat het topic al langer op de agenda vanuit het streven naar kwaliteit en de aandacht voor 'sustainable healthcare'. Ook in ons land staat het model – eindelijk – in de steigers, onder meer vanuit de aandacht voor kwaliteit en het toenemende besef van noodzaak tot optimalisering in de gezondheidszorg (meer doen met dezelfde middelen).

Wel nieuw, ook voor Voka en Voka Health Community, is dat met deze whitepaper het belang van zorglogistiek centraal wordt gesteld en hoe dit impact heeft op de integrale werking in alle segmenten van de zorg. We stellen vast dat integrale zorg met focus op meerwaarde de grenzen tussen profit en social-profit meer dan ooit zullen doen vervagen, en dat beide vanuit een gedeeld streven zullen werken. De (gefungeerde) tegenstelling ondernemers-zorg is nooit zo veraf geweest als in deze paper. Beide hebben vele kansen binnen het netwerkmodel van de zorg. We beseffen echter dat veel organisaties nog aan de start van dit ontdekkingsproces staan: ze moeten de mogelijkheden nog voluit ontdekken, moeten ruimte hebben om nieuwe mogelijkheden en excellering te zien, en hebben nood aan informatie en ervaringsuitwisselingen over hoe ze een en ander in de praktijk kunnen brengen. Deze whitepaper probeert een aanzet daartoe te zijn. Ook voor Voka Health Community is het een start in dit traject.

De evolutie van geïntegreerde zorg kan internationaal als volgt worden geschetst: tot in de jaren 1970 waren enkel vele kleinere, onafhankelijke zorgorganisaties actief. In België werden wel linken gelegd maar dan vooral via de verzuilde assen (in se dus als voorloper in die tijd). In de

jaren 1980 kwam in het buitenland de focus te liggen op horizontale integratie: de pooling van gelijkaardige actoren en/of faciliteiten (ziekenhuisfusies, groepspraktijken...). België volgde hierin, maar met de nodige vertraging. Tijdens de jaren 1990 verschoof de aandacht naar de verticale integratie doorheen de waardeketen, initieel vooral via eigenaarschap (fusies en overnames doorheen meerdere schakels).

Toen botste ons land op een fundamenteel probleem van ons zorgsysteem: de historische schotten (zuilen, residentieel versus extramuraal, werkgever versus zelfstandige enzovoort) zijn moeilijk compatibel met zo'n verticale integratie. Laat staan dat we patiëntengroepen, kenniscentra en expertise vanuit de industrie (logistiek, PPS...) vlot kunnen toevoegen aan deze cocktail om de meerwaarde van het geheel voorop te stellen. *Het gevolg is dat verticale integratie enkel gestalte kreeg in enkele niches die wel compatibel zijn met de bestaande schotten. En dat ook vandaag nog velen enkel bezig zijn met horizontale integratie of zelfs als kleine, onafhankelijke speler absoluut niet wakker liggen van het geheel.*

Intussen is de buitenwereld echter opnieuw een stuk verder geëvolueerd. Internationaal wordt nu de stap gezet van geïntegreerde systemen en structuren naar een meer volledig geïntegreerde werking, met focus op processen en resultaten. Het zorgsysteem richt zich hierbij enerzijds op het individu om zorg als geheel te plannen, te verlenen, te monitoren en te wijzigen doorheen de tijd (continuüm). Anderzijds richt het systeem zich op de zorgverantwoordelijkheid voor de ruimere populatie(s). Beide dimensies zijn belangrijk.

Direct de sprong maken naar de (nog steeds zeldzame) internationale voortrekkers is niet of

slechts beperkt haalbaar. Maar indien we value-based echt voorop willen stellen, dienen we toch wel *enkele stappen samen te nemen*. Zo niet blijft de bundeling van schakels gehinderd door de ketens van de schotten.

De overheid vertoont op dit punt absoluut de nodige ambitie, zowel Vlaams als federaal. De 'hoe'-vragen zijn echter veel moeilijker om te beantwoorden.

Een *aantal lessen* komt duidelijk bovendien:

1. **Value-based zorgintegratie** is veel meer dan de mensen voor de zoveelste keer samen rond de tafel te zetten ('vorm een consortium') en ervan uit te gaan dat de samenwerking dan wel spontaan tot stand zal komen. De onderstaande figuur illustreert dit.


2. **Governance van samenwerkingsmodellen** is een belangrijk hulpmiddel, dat benut moet worden. Dit vereist specifieke expertise die niet automatisch aanwezig is. De hervorming van de **financiering** is bovendien het element bij uitstek om de schotten hierin te slopen.

### Three sets of elements help support successful integrated care

#### To achieve success in integrated care:

##### Address patient needs in a pathway

###### Patient segments

Pathway examples	Low risk	Medium risk	High risk
Diabetes	 	 	 
COPD	 	 	 
Dementia	 	 	 

##### Work in a multidisciplinary system



Patient registries



Risk stratification



Care delivery by multidisciplinary team



Clinical protocols



Care plans



Case conferences



Performance reviews

##### Establish key enablers for support



Accountability and joint decision-making



Clinical leadership



Information sharing



Aligned incentives



Patient engagement

3. De focus op processen en resultaten is een absolute must, bovenop het hertekenen van structuren. Zorglogistiek en ondersteunende diensten blijken vanuit internationale best practices een belangrijke rol te spelen. Het huidige gebrek aan aandacht hiervoor baart ons zorgen.

4. Zorgintegratie heeft nood aan **geïntegreerde informatiestromen en geïntegreerde ICT** als motor van vooruitgang. Alle actoren moeten hier volop in investeren, zonder altijd eerst naar de overheid te kijken. Integrerende niet-zorgpartners staan klaar om hierbij te ondersteunen, voor zover ze in de komende jaren value-based ook langs de industriezijde centraal plaatsen.

5. Zorg bestaat uit **complexe adaptieve systemen**, met nadruk op interactie. De actoren zijn divers, onderling afhankelijk maar deels ook expliciet autonoom. Innovatie is steeds een co-evolutie in onderlinge samenhang en is niet altijd lineair. Dit vereist dat de zelforganisatie van het zorgsysteem voldoende ruimte moet krijgen via regelluwt. Dit evenwicht wordt het beste samengevat als 'direction without directives'. Probeer ook de financiering en de governance vooraf niet 100 procent te betonnen in al hun deelaspecten.

Het enthousiasme in welzijn en de eerste lijn is groot. De expertise is echter niet altijd aanwezig en het wiel wordt geregeld opnieuw uitgevonden. Het enthousiasme in de meer residentiële sectoren is variabel. Nochtans is heel wat van de expertise in verband met processen en resultaten daar historisch geconcentreerd, zowel bij de zorg- als bij niet-zorgpartners (omdat ze intramuraal wel verplicht waren om hun processen onderling goed af te stemmen).



**“ZIJ DIE ALS EERSTEN DEZE  
EVIDENTE WIN-WIN DOOR  
EN OVER ALLE MUREN HEEN  
BENUTTEN, ZULLEN DE NIEUWE  
VOORTREKKERS WORDEN  
IN VALUE-BASED  
GEÏNTEGREERDE ZORG.”**

- AHRO, 2012. Bundled payment: effects on health care spending and quality. Closing the quality gap: revisiting the state of the science; Agency for Healthcare Research and Quality.
- Aubin et al, 2012. Interventions to improve continuity of care in the follow up of patients with cancer. The Cochrane Collaboration.
- Bertrand en De Vries, Gezondheidszorg onder druk. Vitaliserende spanning in het middengebied van organisaties, een bedrijfskundige benadering. Bohn, Stafleu, Van Loghum, 2005.
- CHRT, 2013. Payment strategies: a comparison of episodic and population-based payment reform. Center for Healthcare Research and Transformation.
- Conrad et al, 2014. Emerging lessons from regional and state innovation in value-based payment reform: balancing collaboration and disruptive innovation. *Milbank Quarterly* 92;3.
- De Bakker et al, 2012. Early results from adoption of bundled payment for diabetes care in the Netherlands show improvement in care coordination. *Health Affairs* 31;2.
- DeCamp et al, 2014. Shared savings in accountable care organizations. How to determine fair distributions. *JAMA* 311;10.
- De Vries, G., Zorglogistiek definitief op de kaart. Na 30 jaar langzaam uit de kinderschoenen. 2007.
- Eklund et al, 2009. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomized controlled trials. *Health and social care in the community* 17;5.
- Fromme et al, 2015. Standardized care and improving quality under a bundled payment initiative for total joint arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty* 30.
- Heeren, M.; op 't Hoog, J. Laastari Lähiklinikka. In: Kemperman, J., Geelhoed, J., op 't Hoog, J., Briljante businessmodellen in de zorg. Academic-service, Den Haag, 2014, pp. 213-225.
- Iorio, 2015. Strategies and tactics for successful implementation of bundled payments: bundled payment for care improvement at a large, urban, academic medical center. *The Journal of Arthroplasty* 30.
- Kemperman, J., Geelhoed, J., Op 't Hoog, J., Briljante businessmodellen in de zorg. Baanbrekende veranderingen voor betere en betaalbare zorg. Academic-service, Den Haag, 2014.
- Kenis & Provan, 2008. Het netwerk-governance perspectief
- Kuis et al, 2013. Integrated disease management interventions for patients with chronic obstructive pulmonary disease. The Cochrane Collaboration.
- Landon, 2012. Keeping score under a global payment system. *N Engl J Med* 366;5.
- Lau et al, 2014. Post-acute referral patterns for hospitals and implications for bundled payment initiatives. *Healthcare* 2.
- Low et al, 2011. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Services Research* 11;93.
- Martinez-Gonzalez et al, 2014. Integrated care programmes for adults with chronic conditions: a meta-review. *International Journal for Quality in Health Care* 26;5.
- McKinsey, 2011. What it takes to make integrated care work. *Health International* 11.
- McWilliams et al, 2015. Performance differences in year 1 of Pioneer accountable care organizations. *N Engl J Med* 372;20.
- Misplon, S., Van Halewyck, D., Meyers, K., Boeykens, D., Operationele excellentie: de weg naar een lead hospital. 2014, Möbius, Sint-Martens-Latem.
- Nabben, Han, 12 trends that are shaping the future of logistics. *Supply Chain Digital*, September 2014.
- Nolte et al, 2014. What is the evidence on the economic impacts of integrated care? World Health Organization.
- Nyweide et al, 2015. Association of Pioneer accountable care organizations vs traditional medicare fee for service with spending, utilization and patient experience. *JAMA* 313;21.
- OESO, 2015. Integrating social services for vulnerable groups. Bridging sectors for better service delivery.
- OESO, 2013. Sweden – Raising standards. *OECD reviews of health care quality*.
- Overtveit, 2011. Evidence: does clinical coordination improve quality and save money? The Health Foundation.
- Porter, M., Teisberg, E., Redefining health care. Creating value-based competition on results. Harvard Business School Press, Boston, 2006.
- Porter, M., Lee, L., The strategy that will fix healthcare. *Harvard Business Review*, oktober 2013.
- Rutledge, 2011. A framework and tools to strengthen strategic alliances. *OD Practitioner* 43;2.
- Schrijvers, G., Zorginnovatie volgens het cappuccinomodell. Voor hetzelfde geld een betere gezondheidszorg. Thoeis, Amsterdam, 2014.
- Schepman et al, 2015 (NIVEL). The common characteristics and outcomes of multidisciplinary collaboration in primary health care: a systematic literature review. *International journal of integrated care* 15;24.
- Stokes et al, 2015. Effectiveness of case management for at risk patients in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Plos One* 10;7.
- Struijs & Baan, 2011. Integrating care through bundled payments – lessons from the Netherlands. *N Engl J Med* 364;11.
- Suter et al, 2009. Ten key principles for successful health systems integration. *Healthcare Q.* 13.
- Schwartz et al, 2015. Changes in low value services in year 1 of the medicare Pioneer accountable care organization program. *JAMA Intern Med* 175;11.
- Sys, L., Sel, S., Topzorg door toplogistiek. Efficiënte logistiek en kwaliteitsvolle zorgverlening gaan hand in hand. Eindrapport hospitaallogistiek. Vlaams Instituut voor de logistiek, 2012.
- van der Klauw, D., Molema, H., Grooten, L., & Vrijhoef, H. (2014). Identification of mechanisms enabling integrated care for patients with chronic diseases: a literature review. *International journal of integrated care*, 14.
- WHO, 2015; World Report on ageing and health
- You et al, 2012. Effects of case management in community aged care on client and carer outcomes: a systematic review of randomized trials and comparative observational studies. *BMC Health Services Research* 12;395.
- Zwerink et al, 2014. Self management for patients with chronic obstructive pulmonary disease. The Cochrane Collaboration.

Deze whitepaper kwam tot stand dankzij de medewerking van de leden van de themagroep logistiek van de Voka Health Community. Met dank aan:

Herman	Annaert	Algemeen Ziekenhuis Delta
Suzy	Gruyaert	Algemeen Ziekenhuis Delta
Filip	Deschryver	Ar-Te Architectenvennootschap
Christophe	Maes	Az Alma
Hendrik	Van Gansbeke	Federatie Van Wit-Gele Kruisverenigingen Van Vlaanderen
Louis	Paquay	Federatie Van Wit-Gele Kruisverenigingen Van Vlaanderen
Jan	Lampaert	H.Essers
Peter	Deboutte	Hict
Eric	Van der Hulst	iMinds
Glorys	Santana Tapia	Inter Partner Assistance (Axa Assistance)
Joost	Bronselaer	Mederi
Sarah	Misplon	Mobius Business Redesign
Dries	Snaet	Movianto Belgium
Rudy	Mattheus	Niko Group
Guido	Hattink	OCMW Antwerpen - Zorgbedrijf
Stefan	Van Eeckhout	OCMW Antwerpen - Zorgbedrijf
Bart	Henssen	Odisee
Pieter	Van Reeth	Ons Steentje
Jurgen	Troch	Post Verba Verbera
Andrea	Siteur	PostNL Cargo België
Nick	Kelders	PostNL Cargo België
Addy	Rijkens	PostNL Cargo België
Koen	Goyens	Remedus
Tom	Cammaert	Smart Care Solutions
Hjalmar	Smit	Sterima
Femke	Van Schoonlandt	UC Leuven-Limburg
Lieve	Decaluwe	UZ Brussel
Charissa	Frank	Vlaamse Vereniging voor Erfelijke Bindweefselaandoeningen
Godelieve	Depla	Vlaamse Vereniging voor Erfelijke Bindweefselaandoeningen
Ria	Binst	Voka
Sofie	Staelraeve	Voka
Pieter	Van Herck	Voka
Kristof	Balliu	Wondzorgcentrum
Peter	Beirlaen	Xperthis
Jan Joop	Jonker	TNT
Isabelle	Nefkens	Panaxea
Marleen	Wauters	Stop Darmkanker

---

# Colofon

## Auteurs

Pieter Van Herck en Sofie Staelraeve

## Eindredactie

Ria Binst

Johan Depaepe

Sofie Staelraeve

## Opmaak & lay-out

Pigs in Space

## Verantwoordelijke uitgever

Verantwoordelijke uitgever

Hans Maertens, i.o.v. Voka vzw

Burgemeester Callewaertlaan 6

8810 Lichtervelde

T 02 229 81 11

F 02 229 81 00

[info@healthcommunity.be](mailto:info@healthcommunity.be)

[www.healthcommunity.be](http://www.healthcommunity.be)

De overname of het citeren van tekst uit deze brochure wordt aangemoedigd, mits bronvermelding.

Wettelijk depot: D/2016/0369/02

---







[www.healthcommunity.be](http://www.healthcommunity.be)