KPMG

Samenwerking Juiste Zorg op de Juiste Plek sociaal domein en zorgdomein

Inspiratiedocument

—

29 maart 2019

A1800016293

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Deze rapportage is tot stand gekomen onder gedeeld opdrachtgeverschap van het Ministerie van VWS, NDSD, VNG en Zorgverzekeraars Nederland. Alle rechten voorbehouden. KPMG aanvaardt geen aansprakelijkheid voor het gebruik van dit rapport anders dan waarvoor het is opgesteld en aanvaardt geen aansprakelijkheid jegens andere partijen dan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Voorwoord

Inleiding

Zorgverzekeraars en gemeenten hebben onlangs afspraken gemaakt over landsdekkende, structurele samenwerking op regionaal niveau. Samenwerking tussen beide partijen is niet nieuw; de afgelopen jaren is op veel plekken in het land de samenwerking van de grond gekomen. Dit levert bruikbare inzichten en goede voorbeelden op. Dat is echter nog niet in alle gemeenten en regio's zo. Tegelijkertijd neemt het besef toe dat deze samenwerking noodzakelijk is om goede ondersteuning en zorg te kunnen organiseren dichtbij de mensen en zo veel mogelijk te voorkomen dat mensen (meer) zorg nodig hebben. En ook om de stijgende zorgkosten te beteugelen. Anders gezegd: om de doelen van de Juiste Zorg Op de Juiste Plek (JZOJP) te kunnen realiseren en samenwerking over de grenzen van het sociaal domein en het zorgdomein mogelijk te maken. Vanzelfsprekend vraagt dit vooral goede samenwerking op de werkvloer, tussen professionals en aanbieders van ondersteuning en zorg. Samenwerking tussen de financiers – zorgverzekeraars, gemeenten (en waar het de Wet langdurige zorg betreft het Rijk) – moet dit mogelijk maken. Via inkoop en subsidie kunnen zij zorgverleners uitdagen hun dienstverlening af te stemmen en inzet op preventie stimuleren. Maar hoe pak je dit in gezamenlijkheid aan vanuit verschillende wettelijke kaders en verantwoordelijkheden?

Doel van dit document: inspiratie voor samenwerking

Dit document is bedoeld als inspiratiedocument over hoe gemeenten en zorgverzekeraars invulling kunnen geven aan hun samenwerking, of hoe zij die kunnen verdiepen. De vraag staat centraal: "Welke elementen van samenwerking zijn van belang om goede, geïntegreerde ondersteuning en zorg te kunnen leveren die aansluit bij de burger?" Samenwerking kan op verschillende manieren vormgegeven worden; er is niet één route naar de juiste uitkomsten:

— Groots denken vraagt niet om grootse stappen. De voorbeelden in dit rapport laten verschillende organisatievormen van samenwerking zien. Soms zijn die volstrekt anders dan de Nederlandse context en in die vorm helemaal niet toepasbaar. Maar wel zijn er elementen die u kunt gebruiken voor uw eigen inspiratie. Een brede blik brengt discussiepunten naar voren waarmee u richting en ambitie kunt bepalen.

— Samenwerking kan in veel vormen: langs de as van samenwerking door aanbieders (op inhoud) tot het formaliseren van die samenwerking in een (nieuwe) organisatie. Hoewel in dit document een aantal elementen wordt genoemd, is het niet bedoeld als (uitputtend) stappenplan. Er is een bepaalde logische volgorde waarin onderwerpen samenhangen; die onderwerpen en volgorde worden toegelicht in dit document.

De opdracht aan KPMG

Dit rapport is opgesteld door KPMG in opdracht van het ministerie van VWS. Dit als gevolg van gesprekken tussen het ministerie van VWS, de VNG, het NDSD en ZN over de verspreiding van het gedachtengoed van de Juiste Zorg op de Juiste Plek onder alle relevante partijen binnen regio's en gemeenten en het belang van verbinding tussen het sociaal domein en het zorgdomein. De opdracht is als volgt geformuleerd: U heeft behoefte aan inzicht in mogelijke samenwerkingsmodellen om de verbinding tussen de domeinen te bevorderen, binnen de kaders van het huidige stelsel en de huidige financiering. U vraagt een discussiestuk te maken dat als onderligger voor een nadere discussie over dit onderwerp dient. Het document kan gebruikt worden om de samenwerking tussen inkopers te versoepelen. Het document is dienend aan de samenwerking/ het gesprek in de regio. Het is bedoeld als inspiratiedocument.

Ten slotte

U kunt dit document gebruiken zoals u dat zelf het beste past: ter inspiratie, voor een gesprek over beleid of als bron voor de afspraken die u wilt maken in uw regio. Met als doel om te werken aan het realiseren van betere verbinding tussen domeinen, en daarmee de juiste zorg op de juiste plek.

© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

Samen werken aan verbinding sociaal & zorgdomein

JZOJP: samen werken aan kwaliteit in de regio

- **De Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP) = gezamenlijk werken aan zorg die zinnig en toegankelijk is**, waarbij kwaliteit wordt geleverd tegen de laagst mogelijke integrale kosten
- Grotere **verbinding tussen domeinen**, inhoudelijk en financieel, is daarvoor noodzakelijk.
- Dit rapport wil gemeenten en verzekeraars inspireren om verdere invulling te geven aan hun samenwerking.

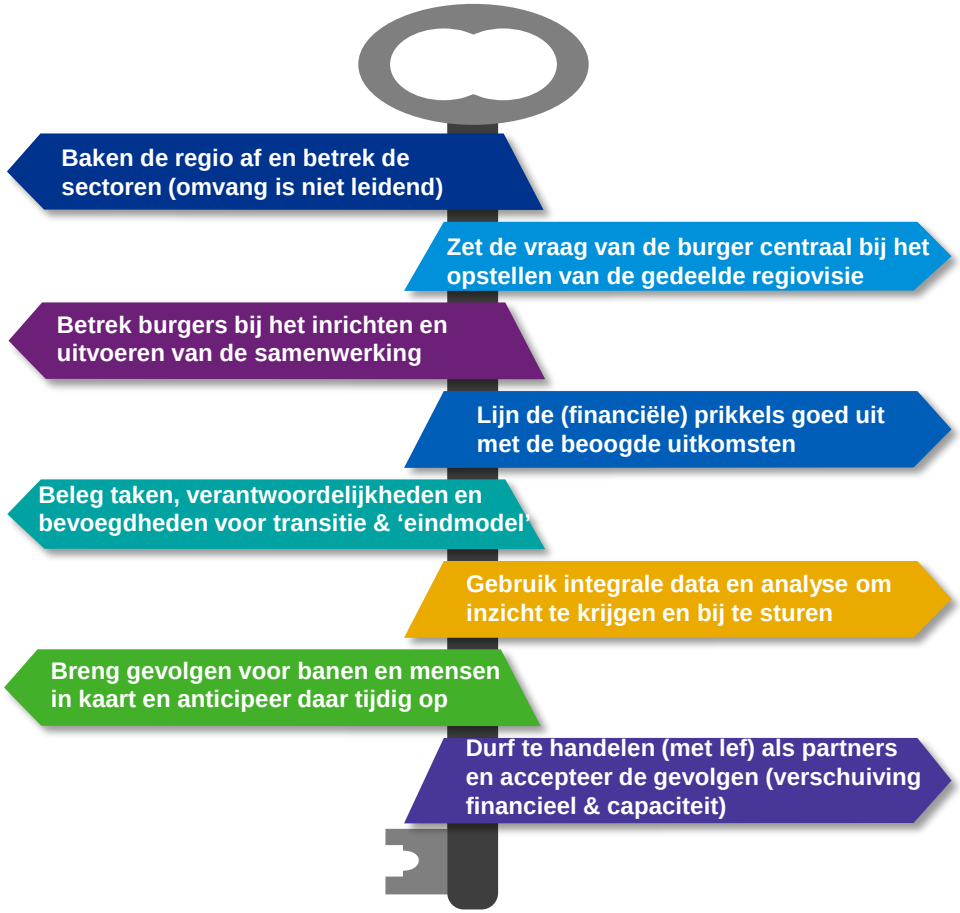
Hoe werkt samenwerken in de regio?

- Samenwerken kan goed **binnen het bestaande stelsel**.
- Goede voorbeelden uit het buitenland en Nederland laten "**sleutels**" voor samenwerken in de praktijk zien.
- Groots denken vraagt niet om grootste stappen: in de voorbeelden laten we "werkzame bestandsdelen" zien die kunnen inspireren, ook wanneer het voorbeeld in zijn geheel (flink) anders is dan in Nederland.

Sleutels voor samenwerking

- Rechts geven we de sleutels voor samenwerking. In dit rapport lichten we die vanaf de volgende pagina beknopt toe en voorzien we ze van voorbeelden.
- In de bijlage vindt u per onderwerp meer informatie.
- Als u op de linkjes klikt, dan komt u meteen op de juiste pagina terecht en kunt u ook weer makkelijk terug navigeren.

Sleutels voor samenwerking



© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

Sturing in de regio: ontwikkelfase

Ontwikkelfase regio en sturingsstrategie

De ontwikkelfase van de regio gaat over de mate waarin de partijen (inkopers en aanbieders samen en aanbieders onderling) al met elkaar samenwerken. Het gaat om samenwerkingsverbanden (ook in de uitvoering) en afsprakenstructuur. Een verder ontwikkelde regio heeft minder sturing nodig om aan JZOJP te werken.

- Sturing heeft als doel een hoger niveau van samenwerking in de regio te bereiken.
- Bij grote mate van ontwikkeling (links) is sturing niet nodig. De regio is immers al in gezamenlijkheid aan de slag (ook de aanbieders onderling).
- Bij mindere mate van ontwikkeling (rechts) kan het nodig zijn om VWS een rol te geven in sturing om samenwerking op gang te brengen.
- De meeste regio's bevinden zich tussen deze uitersten in. Gemeenten en verzekeraars kunnen veel bereiken door gezamenlijk aan 'knoppen' te draaien: zie rechts en de volgende pagina.

'Knoppen' om aan te draaien

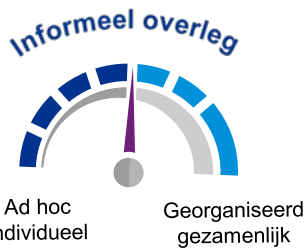
Afhankelijk van de ontwikkelfase zijn er 'knoppen' die helpen om de samenwerking beter in te richten. Dit zijn de dashboards in de figuur (ook dit is steeds een schaal, waarvan we de 2 uitersten geven). Het gaat om:

- **Informeel overleg**: om verder ontwikkelde samenwerking informeel te sturen of juist om (eerste) samenwerking op gang te brengen.
- **Convenanten**: om regio's met bestaande ontwikkelambitie te ondersteunen.
  - **Kwaliteitsdoelen of financiële afspraken:** een strakkere sturing vanuit gemeenten en verzekeraars, gebaseerd op de gezamenlijke visie.
  - **Landelijke visie**: het stimuleren van samen-werking met een rol voor het ministerie om de samenwerking op gang te brengen wanneer dat in de regio moeilijk gaat.

Op de volgende pagina lichten we de knoppen toe.

© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

Sturing in de regio: 'knoppen' stimuleren samenwerking



Informeel overleg

- Geschikt om een vinger aan de pols te houden. Bijvoorbeeld wanneer de aanbieders al goed samenwerken aan JZOJP en de verzekeraar en gemeente hebben stuurinformatie. Maar ook wanneer de regio nog minder ver is en eerste afspraken verkend worden.
- In informeel overleg kunnen geen afspraken over bekostiging gemaakt worden.
- In de lichtste vorm gaat het over ad hoc overleg door gemeente of verzekeraar, bijvoorbeeld wanneer de stuurinformatie daar aanleiding toe geeft (ontwikkelde samenwerking).
- Meer georganiseerd doen gemeente en verzekeraar dit samen en op gezette tijden. Op die manier dwingt ook het informele overleg iets meer structuur af (minder ontwikkelde samenwerking).

Afspraken over kwaliteitseisen of bekostiging

- Geschikt om samenwerking een impuls te geven/ op gang te brengen (aanbiedersveld pakt dit bijv. nog niet proactief op). Gemeenten en verzekeraar nemen dan een meer sturende rol aan o.b.v. een gedeelde visie.
- Lichtste vorm: positieve prikkels die samenwerking en bepaald gedrag (zoals deelname, data delen) belonen.
- Zwaarste vorm: een verzekeraar of gemeente dwingt samenwerking af door randvoorwaardelijke eisen te stellen aan de bekostiging. Bijv. door alleen ondersteuning en zorg in te kopen wanneer sprake is van een samenwerkingsverband.
- Het kan ook zijn dat partijen zich uit eigen beweging meer zakelijk tot elkaar willen verhouden en in gezamenlijkheid een populatiedoel nastreven.

Convenanten

- Informele afspraken in de vorm van een convenant helpen om de regio uit te dagen om vervolgstappen te zetten. Informele afspraken hebben geen consequenties bij het niet nakomen ervan. Denk aan afspraken over elkaar informeren, meelopen, delen in kennisontwikkeling of het bereiken van inhoudelijke doelstellingen binnen bepaalde tijd.
- Convenanten kunnen ook meer bindend zijn, door er afspraken in op te nemen over te behalen resultaten en consequenties. Die gaan in principe over het proces en de vorm van samenwerking en niet over de bekostiging (zie daarvoor de knop rechtsboven – kwaliteitseisen en bekostiging).

Landelijke visie: ZN, VNG en VWS versnellen de samenwerking

Bij uitblijven van (of onwil tot) samenwerking kan het zo zijn dat gemeenten en verzekeraars onvoldoende sturing kunnen geven. ZN, de VNG en VWS kunnen dan een rol spelen door:

- In de meest lichte vorm, 'mee te kijken': ZN en de VNG hebben een aansporende rol bij het stimuleren van regionaal bestuurlijk eigenaarschap. VNG, ZN en VWS kunnen waar nodig incidenteel ondersteuning bieden.
- In de meest zware vorm kan ingrijpen vanuit wet- en regelvering samenwerking afdwingen (bijvoorbeeld een indeplaatsstelling, waarbij 'in de plaats van' een andere partij besluiten kunnen worden genomen).

© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

Routes voor de regio

Route 3: van ideeën naar actie

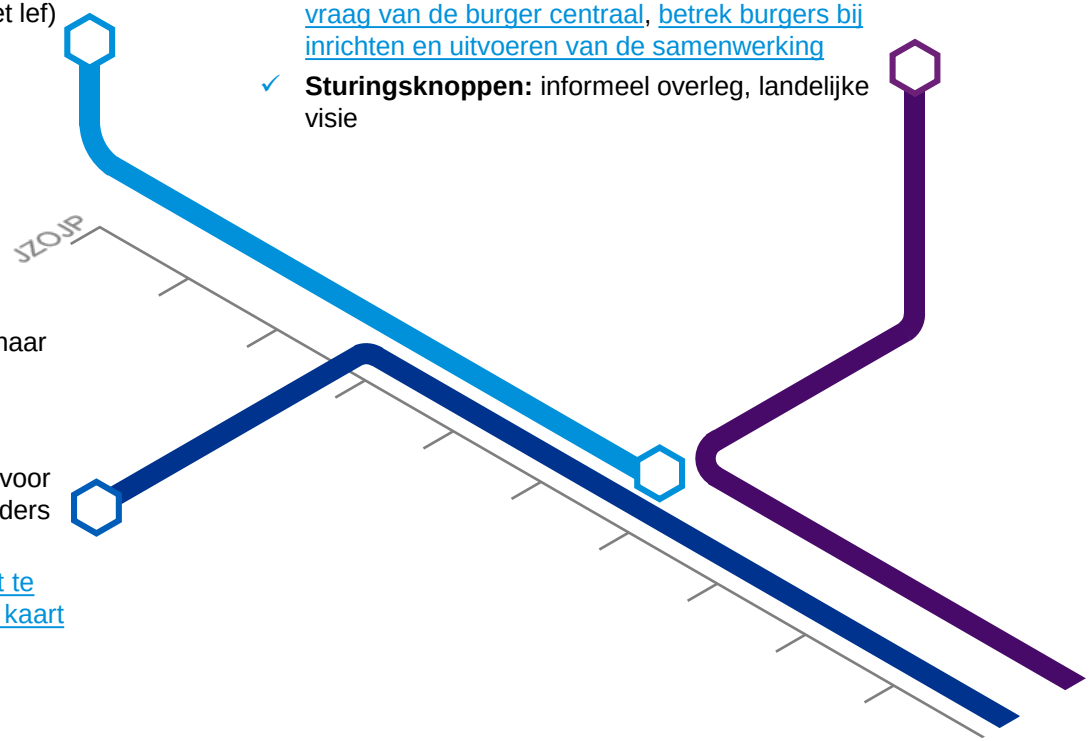
- ✓ **Doel**: afspraken maken over de ‘producten en regisseurs’: inrichten van structuur die aan de slag gaat met de plannen
- ✓ **Voor wie**: regio met een (pilot)plan, klaar om in actie te komen
- ✓ **Opdracht**: inrichten van de structuur die het plan gaat uitvoeren: beleggen van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden voor de uitvoering en het maken van afspraken over sturing op de transitie
- ✓ **Relevante sleutels**: beleg taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden voor transitie en eindmodel, durf te handelen (met lef) als partners en accepteer de gevolgen (verschuiving financieel & capaciteit)
- ✓ **Sturingsknoppen:** n.v.t.

Route 2: de juiste prikkels op de juiste plek

- ✓ **Doel**: grip op prikkels in bestaande modellen en in gesprek over toekomstig model (kwaliteit, transparantie, arbeidsmarkt, zorglandschap)
- ✓ **Voor wie**: reeds gevormde regio met gedeelde ambitie, op zoek naar manieren om te concretiseren
- ✓ **Opdracht**: begrijpen van slim inzetten prikkels voor bereiken van uitkomsten, ontwikkelen proeftuinen/pilots met aandacht voor onderwerpen kwaliteit meten, gebruik maken van data, gevolgen voor de arbeidsmarkt, inrichting zorglandschap/ samenwerking aanbieders
- ✓ **Relevante sleutels**: lijn de (financiële) prikkels goed uit met de beoogde uitkomsten, gebruik integrale data en analyse om inzicht te krijgen en bij te sturen, breng gevolgen voor banen en mensen in kaart en anticipeer tijdig
- ✓ **Sturingsknoppen:** kwaliteitsdoelen of financiële afspraken, convenanten

Route 1: regio vormen

- ✓ **Doel**: vorming coalitie van samenwerkingspartners
- ✓ **Voor wie**: nog geen (structurele) partners
- ✓ **Opdracht**: weet met wie je aan tafel zit en wat de gedeelde regionale ambitie is. Stel een gezamenlijke visie en agenda op.
- ✓ **Relevante sleutels**: baken de regio af, zet de vraag van de burger centraal, betrek burgers bij inrichten en uitvoeren van de samenwerking
- ✓ **Sturingsknoppen:** informeel overleg, landelijke visie



© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative (‘KPMG International’), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

Baken de regio af. Sectoren zijn leidend, niet omvang

Wie krijgt te maken met de beoogde samenwerking?

Hierbij is het noodzakelijk om te bepalen welke partijen impact ondervinden. Deze 'typen' partijen wil je aan tafel hebben bij de start.

Dat kan gaan om (een afvaardiging van) alle relevante partijen (gemeenten, verzekeraars, aanbieders cure, zorg en welzijn, burgers). Kijk daarnaast naar het afbakenen van de regio (volume). Deze afbakening is niet alleen belangrijk om de "scope" of reikwijdte van de samenwerking te bepalen, maar is ook van belang bij het maken van keuzes rondom organisatiemodel, sturing en bekostiging en het uitwisselen van gegevens.

Factoren die afbakening beïnvloeden

— **Omvang**
Het type afspraken dat je met elkaar wil maken, wordt beïnvloed door de omvang van de regio (het volume). Er is geen ideale omvang, van belang is wel om na te denken over welk dekkingsgebied wordt bestreken. De ondergrens hangt af van de doelstellingen voor samenwerking. Het meest logische startpunt om de omvang van de regio te bepalen is om te starten bij de omvang die nodig is om verschillende disciplines aan boord te hebben. Zie de tabel rechts.

— **Type aanbieders**
Bij de beweging richting JZOJP hebben we het per definitie over domeinoverstijgende samenwerking tussen inkopers en eventueel ook aanbieders. Denk aan gemeenten, de (dominante) verzekeraar, ziekenhuizen, welzijn, maatschappelijk werk, VVT, GGZ, cliënten- en patiëntenorganisaties op lokaal en regionaal niveau. In Randstedelijke gebieden kan een regio nog vrij compact zijn (denk aan Rotterdam-Rijnmond of Amsterdam). Buiten de Randstad kom je al gauw aan provincieschaal. Groter is niet beter, het gaat er om dat er sprake is van dekking in aanbod.

— **Organisatieschaal: landelijk versus lokaal**
In Nederland is het maken van 'verstrekkende' afspraken beter te realiseren in lokaal coalitieverband. En in lijn met het gedachtegoed achter de decentralisaties is het uitgangspunt van het sociaal domein dat gemeentelijke taken lokale inbedding verlangen. Dat maakt dat er grote variatie kan zijn in lokale inkleuring van taken. Hierdoor is een een regionale insteek in Nederland logischer dan een landelijke.

Voorbeelden van keuzes voor afbakening regio (volume)

ZN, de VNG en VWS hebben de keuze gemaakt voor de zorgkantoorregio's als vertrekpunt (31 regio's). Vanzelfsprekend is dit niet sturend. Wel geeft het een richting. Andere regio-indelingen zijn bijvoorbeeld:

Niveau	Omvang	Voorbeeld
Wijk	Kleine schaal	Werkgebied wijkteams, bijvoorbeeld Beter Samen in Noord ('domeinvrije' afspraken tussen o.a. gemeente, aanbieders en verzekeraar)
G40	100.000+	
G4	400.000+	Performing provider systems in New York State (25 aanbiedergroepen voor 6 miljoen verzekerden)
Provinciaal	500.000+	Regio's voor samenwerking in de UK (STP's). Range 300.000-2,3 miljoen inw.
Boven-regionaal	1.000.000+	HMO's in Israël (Clalit). 4 HMO's voor 8 miljoen inwoners

Klik hier voor voorbeelden

© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

Zet de vraag van de burger centraal bij het opstellen van de gedeelde regiovisie

Uitgangspunt bij samenwerking is de zorg- en ondersteuningsvraag en niet het bestaande aanbod

Het uitgangspunt van JZOJP is zorg die zinnig en toegankelijk is en tegen de beste kwaliteit wordt geleverd. Hiervoor is het nodig uit te gaan van de ondersteunings- en zorgvraag en niet van het bestaande aanbod of de bestaande capaciteit in de regio.

Op basis van de vraag van de burger, kunnen de samenwerkende partijen goed het gesprek aangaan over de ambitie en doelstellingen die passen bij de burgers in de regio. Van daaruit kan samenwerking vorm krijgen en zijn vervolgens afspraken over organisatie- en bekostigingsmodellen te maken.

Voorbeelden hoe de vraag van burgers in kaart te krijgen

Het in kaart krijgen van de vraag van de burger kan natuurlijk op velerlei manieren. Een aantal voorbeelden zijn:

— **Cliëntreizen.** Deze zijn bijvoorbeeld behulpzaam om de vraag van de burger te vertalen naar ondersteuning en zorg. Een cliëntreis kan ook goed onderbouwd worden met geïntegreerde data en data-analyse kan behulpzaam zijn om de vraag van de burger centraal te zetten.

— **Workshops en conferenties.** Een Nederlands voorbeeld van een regiovisie vanuit de burger, is “durf te vragen” in Zeeland. In de provincie is in kaart gebracht hoe ondersteuning en zorg in de regio in te richten, door 150 burgers in workshops de speerpunten te laten formuleren. Opvallend is bijvoorbeeld dat burgers reistijd minder belangrijk vonden dan werd aangenomen door de verschillende betrokken aanbieders. Verder van huis laat samenwerkingsverband Clalit (Israël) in een andere benadering zien dat geïntegreerde zorgdata ook goed inzicht kunnen geven in de vraag van burgers. Clalit is in staat op basis van data, voorspellende analyses te maken en preventiemaatregelen gericht in te zetten.

Voorbeelden van vragen van burgers

Klik hier voor voorbeelden

© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative (‘KPMG International’), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

Betrek burgers bij het inrichten en uitvoeren van de samenwerking

Burgers als “co-designers”

Deze paragraaf gaat over de manieren waarop je burgers een rol kunt geven in de samenwerking: het betrekken van burgers in de aanscherping, uitwerking en uitvoering. De verbinding met initiatieven die burgers zelf hebben opgericht, zoals bijvoorbeeld zorgcoöperaties, is ook belangrijk. Het gaat dus eigenlijk over burgerparticipatie. Dit is belangrijk voor de aansluiting met burgers en helpt tegelijk ook met transparantie richting de maatschappij. Over behaalde resultaten en zorgkosten bijvoorbeeld, en de rol die burgers zelf kunnen spelen.

Voorbeelden hoe burgers te betrekken

Dat kan op twee manieren:

— Het **fysiek betrekken** van burgers bij de samenwerking. Bijvoorbeeld door een toezichthoudend orgaan in te richten. In de regio Southcentral (Alaska) bijvoorbeeld zijn er besluitvormings-, advies en toezichtorganen die exclusief uit burgers bestaan. Daarnaast gaat het over de uitvoering, bijvoorbeeld door middel van burgerinitiatieven zoals zorgcoöperaties, die een rol hebben in het aanbiederlandschap.

— **Gebruiken van data over de ervaringen van burgers** om keuzes op te baseren. Het consequent gebruik van PROMs (‘patient reported outcome measures’: meten van de ervaring over de behandeluitkomsten en kwaliteit van leven) en PREMs (‘patient reported experience measures’: meten van de ervaring met de geleverde ondersteuning en zorg) helpt goed om aansluiting te houden met de ervaringen van mensen.

Het verzamelen van ervaringen van burgers (zowel PROM als PREM) biedt sowieso een heel relevante bron t.b.v. het verkrijgen van inzichten in resultaat (zie ook de sleutel ‘data en analyse’).

Relevante voorbeelden

Southcentral (Alaska):
→ De burger als partner en toezichthouder
De Southcentral Foundation is verantwoordelijk voor het leveren van de eerstelijnszorg en welzijnszorg in de regio Anchorage. De burger wordt gezien als partner en is vertegenwoordigd in formele besluitvormings- en adviesorganen binnen de lokale overheid. Dit zorgt voor betrokkenheid van de burger bij het verbeteren en inrichten van de ondersteuning en zorg.

Cemplicity (Nieuw Zeeland):
→ De burger als ervaringsdeskundige
Met behulp van de software van Cemplicity (softwarebedrijf dat PROMs en PREMs uitzet en de uitkomsten analyseert) worden in de eerste- en tweedelijnszorg de ervaring van de burgers structureel gemonitord. Dit geeft de overheid en aanbieders inzichten die bijdragen aan het verbeteren van de ondersteuning en zorg. Dit gebeurt structureel en transparant. De rol van de burger als ervaringsdeskundige leidt tot het ontwikkelen van de ondersteuning en zorg in Nieuw Zeeland.

Clalit (Israël):
→ Burgerparticipatie door middel van het openstellen van data
Sinds de jaren tachtig worden in Israël de gegevens van alle zorgverleners verzameld. De verzamelde data is opengesteld voor de burger. Daarnaast heeft de burger toegang tot een geavanceerde zorgportaal. Hierdoor heeft de burger inzicht in het eigen zorgproces waarmee burgerparticipatie wordt gestimuleerd. Mede hierdoor wordt de kwaliteit van de ondersteuning en zorg in Israël zeer hoog beoordeeld door de bevolking.

© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative (‘KPMG International’), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

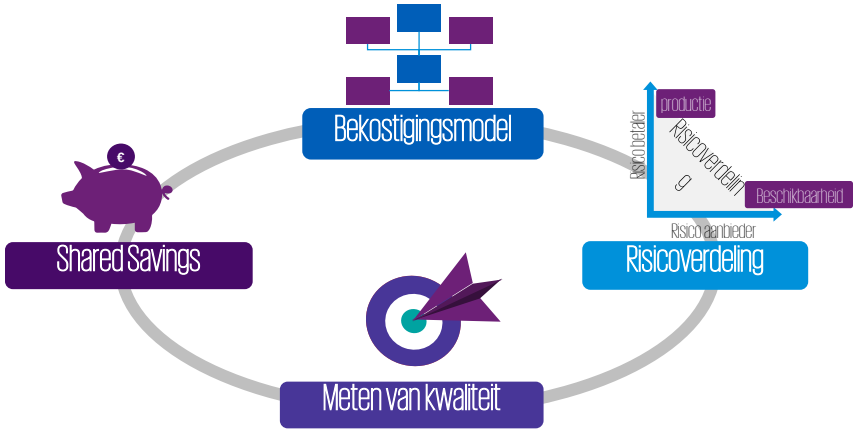
Lijn de (financiële) prikkels goed uit met de beoogde uitkomsten

Prikkels in het bekostigingsmodel

Er worden in Nederland veel verschillende bekostigingsmodellen gehanteerd. Om tot samenwerking te komen is het niet per definitie nodig die te vervangen. Wel is het belangrijk om goed grip te krijgen op de prikkels die met bestaande modellen meekomen. Zodat afspraken gemaakt kunnen worden hoe die te versterken, of te ondervangen. Bijvoorbeeld door met elkaar in gesprek te gaan over de onderwerpen **risicoverdeling**, meten van **kwaliteit** en **shared savings**. Er bestaan 4 varianten van bekostigingsmodellen, klik hier voor meer informatie en voor- en nadelen.

Risicoverdeling, meten van kwaliteit en shared savings

Zoals gezegd is het bekostigingsmodel het vertrekpunt. Dat hoeft geen nieuw model te worden, maar het begrijpen van de prikkels is erg belangrijk om in de samenwerking rekening mee te houden.



Klik hier voor meer toelichting en uitleg van voorbeelden

Risicoverdeling: volume en kosten van zorg zijn vooraf niet 100% in te schatten. Dit betekent dat de partijen in het bekostigingssysteem een bepaald risico lopen, bijvoorbeeld wanneer het cliëntenaantal hoger is dan vooraf gedacht. Daarom is het belangrijk om **af te spreken hoe het risico onder de partijen verdeeld wordt** (dat gaat over financiers en aanbieders). Afspraken over risico's kunnen ook ingezet worden om aanbieders te stimuleren om in te groeien naar een model dat de juiste zorg op de juiste plek stimuleert. Dit gebeurt bijvoorbeeld in New York/DSRIP: klik hier.

Shared savings: het komt voor dat bij het werken aan JZOJP investeringen en financiële baten niet bij dezelfde partij liggen. Hoewel JZOJP ook betekent dat capaciteit, omzet etc. voor partijen verandert, moet de situatie wel voor iedereen financieel passen. Daarvoor kan gebruik gemaakt worden van shared savings. Hierbij wordt (een deel van) de **besparingen verdeeld volgens een vooraf vastgestelde verdeelsleutel**. Een deel van de besparing kan dan alsnog aan de aanbieder gegeven worden, als beloning of om verder investeren in JZOJP mogelijk te maken. Zie bijvoorbeeld Kinzigtal: klik hier.

Meten van kwaliteit: Het inzichtelijk maken van kwaliteit is een belangrijke knop om risicoverdeling en shared savings op te baseren. Bijvoorbeeld voor een bonus/malus regeling of waarbij de score bepaalt welk percentage shared savings wordt uitgekeerd.

Op de volgende pagina lichten we een aantal voorbeelden beknopt toe.

© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

Voorbeelden van verschillende bekostigingsmodellen

Relevante voorbeelden

Alberta (Canada):
→ *Uitkomstgerichte bekostiging*
Alberta is een goed voorbeeld voor het sturen op uitkomsten in het sociaal domein. Door middel van het vaststellen van wat goede (zorg)uitkomsten zijn voor de huidige zorguitgaven is Alberta erin geslaagd resultaatgebonden bekostiging op te nemen in het sociaal domein. Het resultaat is dat zij dezelfde kwaliteit van ondersteuning met een significant lager budget kunnen leveren.

Kinzigtal (Duitsland):
→ *Populatiebekostiging als financiële prikkel om de regionale gezondheid te bevorderen*
In Gesundes Kinzigtal is gekozen om populatiebekostiging in te zetten bovenop de reguliere productiebekostging met name voor het bekostigen van bijvoorbeeld case management. Sommige aanbieders zijn ook shareholders en zij ontvangen shared savings als het zorgsysteem goed functioneert. Daarnaast zijn aanvullende betalingen mogelijk voor aanbieders die bijvoorbeeld deelnemen aan programma's voor preventie. Het doel van de populatiebekostiging, shared savings en aanvullende betalingen is om aanbieders te prikkelen innovatiever te werken en meer aandacht op preventie te richten. Dit voorbeeld laat zien dat het niet altijd nodig is om een bekostigingssysteem om te gooien, maar dat aanvullende maatregelen vaak ook voldoende positieve effecten te hebben. Dit heeft als voordeel dat invoering sterk vergemakkelijkt wordt.

Southcentral (Alaska/VS):
→ *Beschikbaarheidsbekostiging om innovatie te bevorderen*
In dit voorbeeld wordt gebruik gemaakt van een zeer eenvoudig bekostigingssysteem, namelijk een budget dat historisch wordt vastgesteld + een opslag voor inflatie. De aanbieder is in dit geval zelf risicodragend en heeft een directe prikkel om efficiënt te werken en zorginnovaties toe te passen. Dit werkt goed omdat de organisatie over tijd een zorgnetwerk heeft gebouwd met een behoorlijke omvang waarin een groot deel van de eerstelijnszorg is verenigd. Dit is in principe in Nederland ook goed mogelijk, al zal het in de opbouwfase wel nodig zijn om een lange termijn commitment aan te gaan met de betrokken organisaties, zodat het voor hen ook aantrekkelijk wordt om te investeren in verbeteringen.

DSRIP (NY/US):
→ *Samenspel van verschillende bekostigingsmodellen*
Dit voorbeeld sluit in die zin aan bij de Nederlandse situatie dat ook hier sprake is van een versnipperd betalers- en aanbiedersveld. In dit voorbeeld worden verschillende bekostigingsmodellen ingezet. Hiermee is het mogelijk om bekostigingsmodellen heel precies toe te spitsen op het behalen van bepaalde doelstellingen en daarmee een versnelling te realiseren. Nadeel is wel dat hierbij veel bestaande modellen omgegooid zouden moeten worden, waardoor deze methode zich vooral leent voor een groot traject.

Greater Manchester (UK):
→ *Beschikbaarheidsbekostiging met shared savings en risicodeling om innovatie te bevorderen*
In dit voorbeeld is gekozen voor gebruik van beschikbaarheidsbekostiging met een optie voor shared savings als het lukt om op dure geneesmiddelen te besparen. Dit prikkelt ziekenhuizen extra om specifiek op deze kosten te letten. Het grootste risico voor ziekenhuizen in de UK is een groei of afname van patiënten op de spoedeisende hulp. Specifiek voor dit doel is een geldbedrag apart gezet om dit eventueel op te kunnen vangen. Dit voorbeeld laat goed zien hoe enkele aanpassingen in beschikbaarheidsbekostiging transformatie van zorg kan sturen. Dit is eenvoudig toepasbaar in de Nederlandse context.

© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

Beleg taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden voor transitie & 'eindmodel'

Producenten en regisseurs

Afspraken over governance en regie helpen met de verdeling van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden en het krijgen van grip op de voortgang.

— **Governance**: gaat over de keuze voor de rolverdeling tussen de verschillende samenwerkende partijen. Waar ligt beslissingsbevoegdheid voor welk type beslissingen? Governance verwijst in brede zin naar bestuur en beheer, beslissingen en strategische keuzes. In het theater is dit de rol van de producent van de voorstelling, die de grote inhoudelijke lijn bewaakt.

— **Regie**: gaat over leidinggeven aan uitvoeren en het meer dagelijkse niveau. Welke personen hebben welke taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden? Het is belangrijk om afspraken te maken over wie de (dagelijkse) voortgang monitort, wie iedereen informeert over de stand van zaken en wie ontwikkelingen signaleert en verbetervoorstellen doet. In het theater is dit de rol van de regisseur, die de acteurs, decor etc. aanstuurt.

Accountable care organization (ACO):
Een vergaande vorm van verticale integratie waarbij eerstelijn, tweedelijn en zorg in de wijk met elkaar samenwerken. Een ACO werkt binnen een breder systeem en draagt verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de lokale bevolking. De organisatie werkt aan gezamenlijke doelstellingen met een eigen budget en is als een entiteit verantwoordelijk voor het leveren van alle zorg. Er kunnen verschillende bekostigingsmodellen worden toegepast.

Health maintenance organization (HMO):
Een HMO heeft zowel de rol van een zorgverzekeraar als van een zorgaanbieder. Deze organisatie organiseert zorg voor haar leden voor een vast bedrag per jaar. Het financiële risico ligt bij de aanbieders. Binnen een HMO kiezen burgers uit de participerende aanbieders (en dus niet daarbuiten). Clalit (Israël) is een voorbeeld.

Toelichting

In het buitenland zien we veel modellen ontstaan die grofweg drie varianten kennen:

— Regie bij een nieuwe partij, bijvoorbeeld Gesundes Kinzigtal

— Regie bij (samenwerkende) aanbieders, bijvoorbeeld DSRIP

— Regie bij (samenwerkende) inkopers/overheden (bijvoorbeeld Canterbury)

Zo'n samenwerking kan op verschillende (juridische) manieren praktisch vorm worden gegeven. Rechts staan een aantal internationale modellen.

Klik hier voor meer voorbeelden

© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

Gebruik integrale data en analyse om inzicht te krijgen en bij te sturen

Data en analyse

Het gebruik van data en analyse om meer grip te krijgen op de gezondheid van de populatie is belangrijk omdat:

- Het helpt om de **inzet van teams van zorgprofessionals** te coördineren, volgend aan de patiënten- of cliëntenreis. Bijvoorbeeld wanneer een oudere tijdelijk wordt opgenomen in een ziekenhuis, of wanneer die persoon na opname weer naar huis gaat. Zie ook gevolgen voor banen en mensen.
- Het helpt om de **populatie te segmenteren** op basis van wat er nodig is, en de geografische verdeling (nuttig bij bijvoorbeeld het opstellen van persona's en het grip krijgen op de zorg- en ondersteuningsbehoefte).
- Het mogelijkheden biedt om binnen het bestaande stelsel **integraliteit zichtbaar te maken** en daarop te sturen.

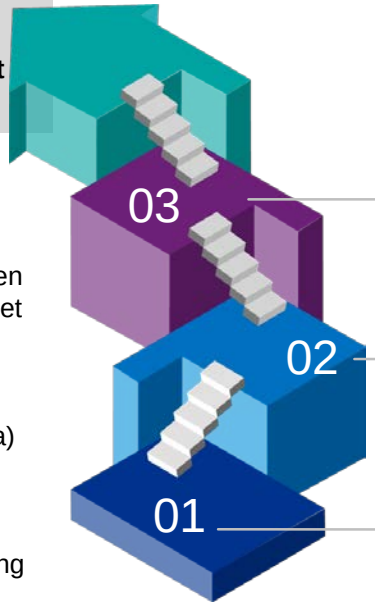
Australië laat wenkend perspectief zien

Prikkelend voorbeeld is Australië, waar qua omvang van de populatie en ontwikkelingen in de zorgvraag een redelijk vergelijkbare situatie met Nederland bestaat. De overheid heeft vanuit centrale regie digitalisering en integratie van zorggegevens gerealiseerd met sterke resultaten op de inzet van zorgtechnologie. Denk aan technologische infrastructuur, hardware, software en geïntegreerde dossiers (denk aan het EPD) maar ook de digitale interface richting de burger: eHealth, mHealth en dergelijke. Hierdoor is de toegankelijkheid van (digitale) zorg en zorginformatie (data) sterk toegenomen. Het maakt ook dat de adoptie van nieuwe zorgleveringsconcepten eerder wordt omarmd. Een groot verschil met Nederland is dat in Australië, vanwege de enorme spreiding van de bevolking, niet wordt verwacht dat allerlei fysiek aanbod van ondersteuning en zorg dichtbij te vinden is. In Nederland kijken we anders aan tegen fysieke toegankelijkheid en is innovatie op zorgtechnologie, mede hierdoor lastiger te realiseren.

Wat is nodig voor de inzet van data?

Dit onderwerp is niet alleen belangrijk richting de lange termijn maar kan ook een versneller zijn en een impuls geven aan de samenwerking. Bijvoorbeeld door een **gezamenlijke digitale strategie** te formuleren en data in de regio te gebruiken voor het verkrijgen van overkoepelend inzicht in de uitkomsten.

Om gebruik te maken van de mogelijkheden van data voor geïntegreerde ondersteuning en zorg, is het nodig dat samenwerkingsverbanden nadenken over drie dingen:



Het **gebruiken van de data om transparantie** over kwaliteit te verbeteren.

Informatie over gezondheid, ondersteuning en zorg en welzijn **combineren in geïntegreerde bestanden** die beschikbaar zijn voor zowel de burger als de zorgprofessional.

Een **uniform datamodel**, zodat verschillende datasets gecombineerd kunnen worden. Interoperabiliteit is het uitgangspunt.

Klik hier voor meer toelichting en uitleg van voorbeelden

© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

Breng gevolgen voor banen en mensen in kaart en anticipeer daar tijdig op

De ‘workforce of the future’: nieuwe rollen, leveringsvormen en andere kijk op goed werkgeverschap

Kennis, kunde, persoonlijke aandacht en tijd voor mensen zijn in alle sectoren van de zorg de kern van kwaliteit. Van zorgprofessionals vraagt JZOJP dat zij andere of nieuwe competenties nodig hebben, met andere mensen samenwerken of in andere teams, en dat zij misschien ook wel op een andere manier met hun cliënten/patiënten omgaan.

Veranderende behoeften

In Nederland verwisselden in 2018 13.000 zorgmedewerkers hun vaste dienstverband voor ondernemerschap als zzp’er (zie bijvoorbeeld hier). Eén van de genoemde redenen is de **gewenste flexibiliteit** rondom het organiseren van avond- en nachtdiensten, bijvoorbeeld wanneer een medewerker een jong gezin heeft.

Een mooi voorbeeld uit Engeland over hoe om te gaan met die flexibiliteit is het introduceren van een **duorol voor verpleegkundigen** die zowel op de SEH als binnen de ouderenzorg/wijkzorg diensten draaien. Het combineren van de werkzaamheden zorgt voor minder werkdruk, inzicht in/meer begrip voor de werking van de keten en het vullen van de vacatures voor SEH verpleegkundigen (reductie openstaande vacatures van 64% naar 14%)[19].

Aandacht voor de zorgprofessional van de toekomst én de periode van transitie daar naartoe is nodig. Rechts geven we de meest voorkomende trends.

01 **Goed werkgeverschap.** Er ontstaat een meer generalistische, flexibele groep werknemers. De jongere generatie werknemers vindt andere onderwerpen belangrijk dan de oudere generatie. Leiderschap moet flexibel inspelen op dat wat de individuele werknemer belangrijk vindt en beloning daar op aansluiten.

02 **Behoefte aan nieuwe rollen.** Er komen meer niet-traditionele partijen in de zorgmarkt. Tegelijk is er steeds meer sprake van een holistische kijk op ondersteuning en zorg. Daarom komt er een sterkere focus op nieuwe rollen zoals de coördinator en ondersteuner/navigator, maar ook rollen die zich meer richten op het leveren van zorg in de thuissetting en de wijk. Denk aan superspecialisten en gezondheidscoaches.

03 **Versnelling digital health.** Digital health (denk aan eHealth, wearables en apps of telehealth bijvoorbeeld) activeert de burger en verandert de manier waarop zij met zorgprofessionals en zorgaanbieders in contact komen. Ook de levering van ondersteuning en zorg gefaciliteerd door technologie betekent een fundamentele verandering in de taken van zorgprofessionals.

04 **Nieuwe leveringsvormen.** Waar we nu nog te maken hebben met “traditionele” aanbieders in de eerste, tweede en derde lijn wordt dit in de toekomst meer diffuus. Voorbeelden zijn buurtcentra, ambulante coachings- en specialistencentra en geïntegreerde centra. Die kunnen ook gevestigd zijn op niet-traditionele plekken zoals de supermarkt, een warenhuis of het station.

KPMG

© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative (‘KPMG International’), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

Durf te handelen (met lef) als partners en accepteer de gevolgen (verschuiving financieel & capaciteit)

01

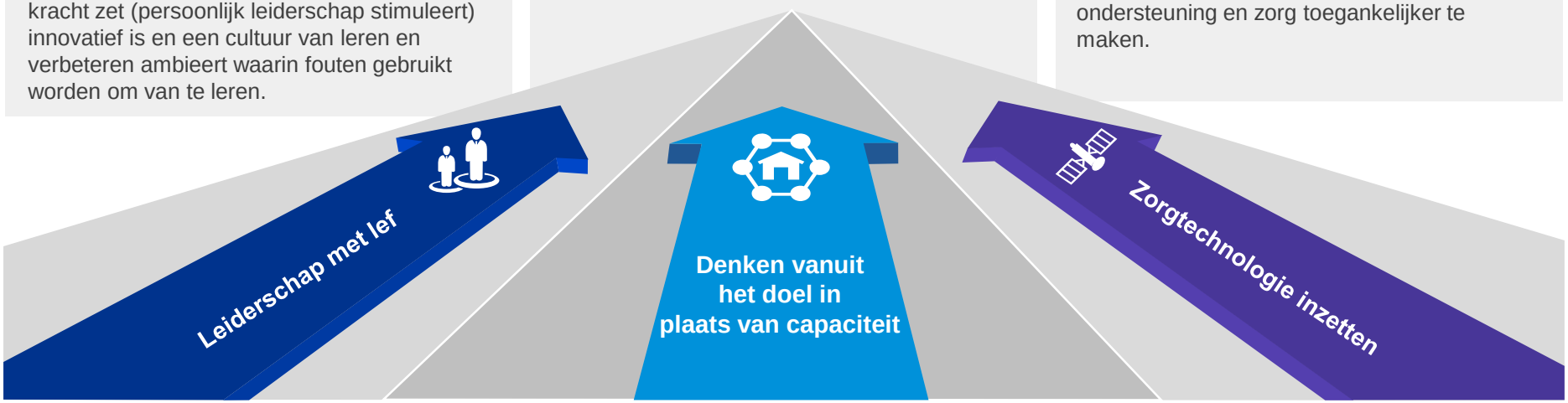
Leiderschap met lef
De focus moet liggen op het bereiken van de beste uitkomsten voor de burger en niet op de strategie van een individuele organisatie.
Het gaat om openheid en transparantie, met als doel de beste uitkomsten voor de burger. Dit geldt niet alleen voor de trekkers binnen de samenwerking, maar voor alle betrokkenen: iedereen draagt binnen zijn eigen rol bij aan het behalen van resultaten en moet gestimuleerd worden in persoonlijk leiderschap om de beste resultaten te bereiken.
Onderzoek toont aan dat een succesvolle leider een duidelijke visie heeft, anderen in hun kracht zet (persoonlijk leiderschap stimuleert) innovatief is en een cultuur van leren en verbeteren ambieert waarin fouten gebruikt worden om van te leren.

02

Denken vanuit de juiste setting en niet de bestaande capaciteit
Het verplaatsen van ondersteuning en zorg van de ene naar de andere plek hoort ook gevolgen te hebben voor de af- en opbouw van capaciteit, het verplaatsen van middelen en personeel.
Het accepteren van veranderingen en het durven loslaten van sturen op het voortbestaan van de eigen organisatie is een – weliswaar ingewikkelde – randvoorwaarde om de juiste zorg ook echt op de juiste plek te gaan leveren.

03

Zorgtechnologie als onderdeel van het leveren van ondersteuning en zorg
Het inzetten van zorgtechnologie t.b.v. leveren van zorg en ondersteuning in een andere setting (bijvoorbeeld thuis) moet onderdeel worden van het leveren van zorg en ondersteuning. Denk aan technologische infrastructuur, hardware, software en geïntegreerde dossiers (zoals het EPD) maar ook de digitale interface richting de burger: eHealth, mHealth en dergelijke. Door zorgtechnologie te zien als onderdeel van het primaire proces, en niet los daarvan, kan het ingezet worden om personeel te ontlasten en ondersteuning en zorg toegankelijker te maken.



© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

Ingroeien en gaandeweg leren

Transactiekosten en ingroeien

Ongeacht het beoogde eindplaatje is er sprake van een transitie naar een nieuwe situatie. Alvorens keuzes definitief te maken is het goed om na te denken over **transactiekosten** – die kunnen hoog zijn afhankelijk van hoe nieuw de gewenste situatie is.

Internationale voorbeelden (o.a. DSRIP) laten zien dat ook tijdens de periode van transactie al stappen gemaakt kunnen worden. Door een **ingroeimodel** te ontwikkelen wordt stapsgewijs toegewerkt naar een nieuwe situatie en is al sneller sprake van resultaat. Bovendien biedt een ingroeimodel de ruimte om **tussentijds bij te sturen**. Rechts een voorbeeld van een ingroeimodel, zoals dat voor DSRIP is gehanteerd. Het geeft aan via welke stappen naar in dit geval populatiebekostiging gegroeid kan worden.

Voorbeeld van een ingroeimodel naar populatiebekostiging gebaseerd op uitkomsten

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Prikkels	Invoeren van shared savings (alleen bij een positief resultaat en zonder risico bij de aanbieder)	Delen van het risico (shared savings bij een positief resultaat en een gedeeld risico bij een negatief resultaat)	Populatiebekostiging voor de geïntegreerde ondersteuning en zorg voor de afgebakende populatie (geografisch of o.b.v. vraag) (risico ligt vrijwel volledig bij de aanbieder)
Budget	Virtuele budgetten (gebaseerd op historisch inkomen met aanpassingen voor populatiergoei, risicoprofiel en prikkels)		Vooraf vastgestelde budgetten (gebaseerd op doelbedrag o.b.v. veldgemiddelden met ruimte voor normatieve aanpassingen)
Correctie einde jaar	Inkomen o.b.v. fee for service versus budget: - Identificeren besparingen - Vooraf bepaald % van besparingen terug naar de aanbieder	Inkomen o.b.v. fee for service versus budget: - Identificeren besparingen - Vooraf bepaald % van besparingen terug naar aanbieder - Vooraf bepaald % van extra inkomen terug naar betaler	Niet van toepassing
Meten van kwaliteit	Onderdeel van contractering. Goede score kan bijvoorbeeld leiden tot uitbetaling van een hoger % shared savings of een additionele bonus, een minder geode score tot een lager % shared savings of een malus.		

© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

Goede voorbeelden

Het succes van data-analyse en werken in de wijk

Clalit Israël

- Samenwerking aanbieder en verzekeraar als HMO
- Voorspellende analyses o.b.v. geïntegreerde zorgdata
- Transparantie over uitkomsten

Achtergrond

Clalit is een Health Maintenance Organisation (HMO). Dat betekent dat zij zowel verzekeraar, inkoper als aanbieder zijn en een eigen netwerk hebben van welzijn, eerstelijnszorg, thuiszorg en deels ook tweedelijnszorg. Tweede en derdelijnszorg wordt daarnaast geleverd door private/for-profit ziekenhuizen die ingekocht worden. Clalit heeft ongeveer 4 miljoen leden (meer dan de helft van de populatie van Israël). In de HMO zijn 1500 klinieken, 14 ziekenhuizen (inclusief geriatrie, revalidatie en ggz) en meerdere welzijnsaanbieders ("community care centers") verenigd.

Wat werkt anders dan in Nederland?

— Een HMO is verzekeraar en aanbieder, in Nederland kan een dergelijke constructie wettelijk gezien niet.

— Hoewel de huisarts in principe als poortwachter fungeert hebben mensen directe toegang tot een aantal specialisaties: kindergeneeskunde, gynaecologie, orthopedie, dermatologie, urologie en oogheelkunde.

— Veel specialisten werken niet alleen in het ziekenhuis, maar ook in de wijk. Mensen met een complexe zorgvraag die thuis wonen, ontvangen geregeld huisbezoek van een multidisciplinair team. Financiële prikkels belonen werken in de wijk.

— Sinds de jaren 80 verzamelt Israël op gestructureerde wijze zorgdata. Dat betekent dat zij beschikken over echt geïntegreerde zorgdata en daarin al veel verder zijn dan Nederland:
  - Clalit gebruikt bijvoorbeeld medische data om voorspellende analyses uit te voeren voor zowel populaties als individuen. Op basis daarvan worden preventieve interventies gericht ingezet en onnodige ziekenhuisopnames voorkomen.
  - Huisartsen worden in het maken van keuzes ondersteund door data: zij werken met een volwassen systeem dat op basis van patiëntkenmerken risico's voorspelt.
  - Burgers zijn eigenaar van hun data en kunnen die inzien via patiëntportalen. Daarin kunnen zij ook informatie vinden over hun ondersteuningsvraag en (behandel)mogelijkheden. Dit draagt bij aan transparantie op maatschappelijk niveau (over behaalde uitkomsten) en in de relatie tussen burger en arts/behandelaar over de mogelijkheden.

Een greep uit de resultaten

— Amper wachttijden voor eestelijnszorg (tweederde van de afspraken vindt plaats op dezelfde dag)

— Integratie van zorg en goede communicatie over de 'lijnen' heen. Aanwezigheid van specialisten in de wijk draagt o.a. bij aan effectieve planning bij ontslag uit het ziekenhuis en afstemming met thuiszorg.

— Vermindering van vermijdbare ziekenhuisopnames door voorspellende data-analyse (meer afhandelen in de eerstelijn).

— Tevredenheid van burgers is consequent hoog door eigenaarschap van data en transparantie over uitkomsten.

— De totale kosten liggen met 7,5% van het BNP lager dan de meeste andere OECD-landen.

Wat kunnen we hiervan leren in Nederland? De wijze waarop Clalit data inzet en de burger actief eigenaar maakt van zijn eigen data. Ook het multidisciplinaire team in de wijk (met specialisten) is een goed voorbeeld over hoe we in Nederland meer kunnen werken met specialisten (via telehealth) in de wijk.

© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

Het succes van shared savings

Gesundes Kinzigtal Duitsland

- Coördinerende partij voert de regie
- Preventie
- Regionale gezondheidsbevordering
- Shared savings

Achtergrond

Gesundes Kinzigtal is een coöperatie, samenwerking tussen een lokaal artsennetwerk (MQNK) en een managementbureau (OptiMedis AG), die zich richt op het verbeteren van de gezondheid van de inwoners binnen de regio Kinzigtal. Een langdurig contract met de twee grootste zorgverzekeraars (AOK en LKK) in 2006 gaf Gesundes een mogelijkheid om te starten met drie programma's gericht op preventie: stoppen met roken, het vroegtijdig herkennen van osteoporose en het vitaal houden van de ouderen in de regio. De drie programma's zijn het begin geweest van het opzetten van een zeer succesvol integraal zorgnetwerk in de regio Kinzigtal. De huidige programma's richten zich op preventie, het betrekken van de burger en het verbeteren van de gezondheid van burgers in de regio. Met als resultaat gezondere burgers en een dalende zorgvraag in de regio.

Wat werkt anders dan in Nederland?

— Gesundes Kinzigtal krijgt als coördinerende partij een jaarlijkse vooruitbetaling van ± 5 mln. euro van de twee zorgverzekeraars om de programma's binnen het integrale zorgsysteem te bekostigen.

— Financiële prikkels belonen de 260 aangesloten zorgaanbieders (welzijn, eerstelijnszorg, thuiszorg en deels ook tweedelijnszorg) om deel te nemen aan de regionale programma's gericht op preventie, het betrekken van de burger (cliënt/patiënt empowerment) en het verbeteren van de gezondheid van burgers in de regio Kinzigtal.

— Gesundes heeft een shared savings model onderhandeld met de zorgverzekeraars. De winst wordt gedeeld met de betrokken aanbieders in de regio.

— Besluitvorming binnen Gesundes Kinzigtal is belegd bij een cliënten/patiëntenvertegenwoordiging, cliënt/patiënt ombudsman, een artsenvertegenwoordiging (vanuit MQNK) en vertegenwoordiging vanuit de aanbieders.

Een greep uit de resultaten

— De integrale zorgprogramma's hebben bijgedragen aan het verminderen van ziekenhuisopnamen, het verhogen van de levensverwachting van de burgers in Kinzigtal en een hogere cliënt/patiënttevredenheid in de regio.

— De programma's van Gesundes leiden tot het terugdringen van de zorgkosten in de regio. Hierbij wordt een deel van de winst geïnvesteerd in het verbeteren en het opzetten van nieuwe integrale zorgprogramma's.

Wat kunnen we hiervan leren in Nederland? De wijze waarop door middel van shared savings prikkels zijn aangebracht die preventie stimuleren. Deelname aan programma's gericht op preventie wordt beloond, waardoor alle zorgaanbieders meedoen en voorlopers zich niet in de eigen voet schieten (omdat zij al betere resultaten hebben bijvoorbeeld).

© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

Het succes van een gezamenlijke ambitie

DSRIP Amerika

- Heldere doelstellingen
- Formele samenwerking zorgaanbieders (PPS)
- Bonusbetalingen
- Transitiegelden

Achtergrond

In Amerika wordt zorg voor mensen onder het bestaansminimum betaald door Medicaid. Deze zorg is per staat geregeld. In de New York State (NYS) waren enkele jaren geleden de kosten per deelnemer (6 miljoen burgers, 60 miljard dollar per jaar) het hoogst van alle staten. Tegelijkertijd was de score op zorguitkomsten van zorgwekkend laag niveau. Om deze onwenselijke situatie om te buigen is het 'Delivery System Reform Incentive Payment' (DSRIP) programma in het leven geroepen. Dit programma bestaat uit twee delen:

— Het verbeteren van de zorg met als hoofddoel het terugbrengen van vermijdbaar ziekenhuisbezoek met 25%

— Het inzetten van nieuwe betalingssysteem waarbij 80-90% van fee for service naar resultaatbekostiging moet in 2020

Omdat 20% van de kosten door 1% van de populatie werd gemaakt is sterk ingezet op samenwerking in de keten.

Wat werkt anders dan in Nederland?

— In NYS is gekozen voor het vormen van formele samenwerking verbanden tussen zorgaanbieders, de 'performing provider systems' (PPS). Deze verbanden zijn gevormd door aanbieders bonusbetalingen te geven als ze deelnamen aan een samenwerkingsverband.

— De PPS's verschillen in formele inrichting. De grootste hebben vaak een eigen governancestructuur naast de besturen van de verschillende organisaties. Deze organisatie draagt zorg voor de registratie, de verdeling van gelden en het organiseren van verbeterprojecten.

— Gedurende de transitieperiode zijn er steeds transitiegelden te verdienen voor stappen in de juiste richting. In jaar één was dat het vormen van de PPS, vervolgens het kiezen van verbetertrajecten, het rapporteren daarover en tot slot de uitkomsten.

— Voor de eindsituatie zijn verschillende betalingssystemen beschikbaar, zoals bundels of populatiebekostiging. Dit hangt af van het type zorg en in sommige gevallen mogen de PPS's hier zelf een keus in maken. In de beginfase ligt het risico voornamelijk bij de betaler, na verloop van tijd verschuift dit langzaam meer naar de aanbieder. Indien gewenst kan deze uiteindelijk volledig risicodragend worden.

Een greep uit de resultaten

— Het DSRIP traject is nog steeds gaande.

— Wat betreft vermijdbare ziekenhuisbezoeken is al veel voortgang behaald. In 2017 was het aantal vermijdbare heropnames gedaald met 16,5% en het aantal vermijdbare SEH bezoeken met 12,5%.

— Doordat organisaties wisten dat zij voor een groter deel risicodragend zouden worden, was voor hen de prikkel groter om de transformatie ook daadwerkelijk af te ronden. De transformatiegelden beloonden daarnaast kleine successen en stappen voorwaarts.

Wat kunnen we hiervan leren in Nederland? De ambitie voor deze samenwerking is gezet op 80-90% resultaatbekostiging binnen 5 jaar. Een heel ambitieuze doelstelling dus. Dat is een breekijzer geweest om echt anders te denken én doen. En via transitiegelden zijn in eerste instantie deelname en data delen en pas in tweede instantie uitkomsten beloond.

KPMG

© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

Het succes van het samenbrengen van middelen

Greater Manchester Engeland

- Regionaal strategisch samenwerkingsverband
- Combinatie beschikbaarheidsbekostiging/shared savings
- Gezamenlijke visie

Achtergrond

Greater Manchester is een regio bestaande uit tien districten die samenwerken om 2,8 miljoen burgers te voorzien van ondersteuning en zorg. In 2015 heeft Greater Manchester een 'devolution deal' (deconcentratieafspraak) getekend. De deconcentratieafspraak is gericht op het opnieuw inrichten van het betalingssysteem en governancestructuur in de regio. De deal houdt in dat het volledige zorgbudget van 6 miljard pond is samengebracht in de 'Greater Manchester Health and Social Care Partnership'. Het gaat niet alleen over ondersteuning en zorg, maar bijvoorbeeld ook over de arbeidsmarkt en levensstijl. Het verwachte begrotingstekort van 2 miljard pond op het totale zorgbudget van 6 miljard pond in 2020/21 is de aanleiding voor deze afspraak. Daarnaast heeft de regio te maken met een stijgende zorgvraag in combinatie met een lage score op de zorguitkomst in vergelijkingen met andere regio's in Engeland.

Wat werkt anders dan in Nederland?

— Oprichting van regionaal strategisch samenwerkingsverband (37 organisaties) met een eigen bestuur dat verantwoordelijk is voor het leveren van de ondersteuning en zorg (welzijn, eerstelijnszorg, thuiszorg en tweedelijnszorg) in Greater Manchester.

— Beschikbaarheidsbekostiging in combinatie met shared savings gericht op het terugdring van de uitgaven van dure geneesmiddelen. Dit prikkelt ziekenhuizen extra om specifiek op deze kosten te letten.

— Het grootste risico voor ziekenhuizen in Engeland is een groei of afname van cliënten/patiënten op de spoedeisende hulp. Specifiek hiervoor is een geldbedrag apart gezet om dit op te kunnen vangen.

Een greep uit de resultaten

— Het Greater Manchester traject is nog steeds onderweg. Zie hier voor informatie over de resultaten en hier voor een rapport over "the DevoDifference": een mooie samenvatting van de devolution deal en de resultaten tot nu toe. Een aanrader om door te nemen.

— In Greater Manchester is het gelukt om verschillende partijen in een strategisch samenwerkingsverband te laten samenwerken en onderwerpen als preventie, het betrekken van de burger en het verbeteren van de gezondheid van burgers in de regio te realiseren.

— De oprichting van het regionale strategische samenwerkingsverband heeft bijgedragen aan het ontwikkelen van een gezamenlijke visie en het leveren van integrale ondersteuning en zorg.

— Dit voorbeeld laat zien hoe enkele aanpassingen in beschikbaarheidsbekostiging transformatie van zorg kunnen sturen. Dit is op kleine schaal (bijvoorbeeld wijkniveau) toepasbaar in de Nederlandse context, bijvoorbeeld door d.m.v. gezamenlijke subsidieverstrekking een pilot te financieren en zo budgetten te poolen (gaat dan nog om extra middelen en nog niet het verschuiven daarvan). Bij bewezen uitkomsten is het voor opschaling nodig om te kijken naar wet- en regelgeving om budgetten samen te brengen.

Wat kunnen we hiervan leren in Nederland? Dit voorbeeld laat zien dat het samenbrengen van middelen op lokaal niveau een sleutel tot succes kan zijn. Het is eigenlijk een voorbeeld dat meerdere van de in dit document genoemde sleutels raakt: van een gezamenlijke visie tot een passend bekostigingsmodel.

© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

Matrix goede voorbeelden (I)

Casestudie	Type samenwerking	Scope	Bekostigingsmodel	Financiële prikkels	Uitkomsten
Kinzigtal (Duitsland)	Gesundes (particuliere organisatie) coördineert de samenwerking tussen de inkopers (twee zorgfondsen) en aangesloten aanbieders (260+ organisaties).	Ondersteuning en zorg waaronder welzijnszorg, huisartsenpraktijken, ziekenhuizen, verpleeghuizen en thuiszorg gericht op chronisch zieken burgers en burgers met laag inkomen.	Productiebekostiging Populatiebekostiging	◔	Gesundes heeft bijgedragen aan het verminderen van ziekenhuisopnamen, toenemende levensverwachting en hogere cliënt/patiënttevredenheid in de regio. Daarnaast heeft het programma een aanzienlijke besparing op de zorgkosten gemaakt, waarbij een deel van de besparingen weer is geïnvesteerd in het programma.
Canterbury (NZ)	De lokale overheid in Canterbury is eigenaar geworden van de ziekenhuizen en een groot aantal (non-profit) zorginstellingen.	Ondersteuning en zorg waaronder welzijnszorg, huisartsenpraktijken, ziekenhuizen, verpleeghuizen en thuiszorg.	Beschikbaarheids-bekostiging	◑	Gedeelde visie en een nauwe integrale samenwerking in combinatie met het invoeren van een individuele beschikbaarheidsbekostiging zonder al te ingewikkelde financiële prikkels heeft bijgedragen aan het verbeteren van de ondersteuning en zorg voor de regionale bevolking.
Southcentral (VS/Alaska)	De Southcentral Foundation is budgethouder (overheid betaalt vast bedrag per jaar) en koopt zorg in bij de aanbieders in de regio.	Eerstelijnszorg, welzijnszorg, tandheelkunde, optometrie, vrouwenklinieken, prenatale ondersteuning, kinderklinieken en thuiszorgdiensten.	Beschikbaarheids-bekostiging	n.v.t.	De burger als partner in combinatie met een eenvoudig alternatief bekostigingssysteem leidt tot een goed functionerend zorgsysteem gericht op preventie en vroegtijdig signaleren.
DSRIP (VS)	Het hulpverleningsprogramma Medicaid koopt zorg in bij de aanbieders in NY voor haar leden (laag inkomen).	Het gehele zorgaanbod voor mensen onder het bestaansminimum	Bundels Populatiebekostiging	◔	Het DSRIP traject is nog onderweg. Wat betreft vermijdbare ziekenhuis-bezoeken is al veel voortgang behaald. In 2017 was het aantal vermijdbare heropnames gedaald met 16,5% en het aantal vermijdbare SEH bezoeken met 12,5%.

© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

Matrix goede voorbeelden (II)

Casestudie	Type samenwerking	Scope	Bekostigingsmodel	Financiële prikkels	Uitkomst
Greater Manchester (UK)	Greater Manchester bestaat uit tien deelgemeentes die samenwerken om de ondersteuning en zorg voor de burgers te verbeteren.	Spoedeisende hulp, kraamzorg, welzijnszorg gericht op preventie, gedragsverandering van zorg.	Beschikbaarheids-bekostiging		Greater Manchester is het gelukt om met verschillende partijen in een netwerk samen te werken en onderwerpen als gezondheid van de populatie, preventie, gedragsverandering en slimme organisatie van zorg aan elkaar te verbinden.
Alberta (Canada)	Een overstijgende integrale samenwerking (ondersteuning en zorg, opleiding, werkgelegenheid, inkomen en huisvesting) tussen ministeries gekoppeld aan een resultaatgebonden bekostiging.	Het gehele sociale domein.	Populatiebekostiging (Resultaatgebonden-bekostiging)		Met behoud van kwaliteit is het Alberta gelukt om de ondersteuning en zorg te bieden tegen een significant lager budget.
Zeeland (NL)	Samenwerking tussen de eerste- en tweedelijnszorg onder begeleiding van de zorgverzekeraar.	Eerste- en tweedelijnszorg.	Productiebekostiging Bundels		Regiovisie ontworpen in samenwerking met de burger. Heeft geleid tot nieuwe inzichten rondom toegankelijkheid van ondersteuning en zorg.
Clalit (Israël)	Clalit heeft zowel de rol als zorgverzekeraar als zorgaanbieder (HMO – Health Maintenance Organization).	De gehele ondersteuning en zorg voor de leden van de HMO (Zorgverzekeraar en aanbieder ineen)	Beschikbaarheids-bekostiging		Clalit toont aan dat het gebruik van data een enorm kan helpen om goede uitkomsten te realiseren. Het zorgsysteem is bewezen effectief met hoge kwaliteit van zorg, tegen relatief lage kosten. De beschikbare data wordt gedeeld met de burger (zorgportaal etc.). Mede hierdoor wordt de ondersteuning en zorg in Israël zeer hoog beoordeeld door de bevolking.

© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

Bijlagen

Op de volgende pagina's volgt een uitgebreide uitwerking van de sleutels voor succes. Ook zijn de voorbeelden uitgebreider gekoppeld aan de sleutels.

Toelichting

Juiste Zorg op de Juiste Plek: sterk momentum

In de vorige paragraaf stonden we er al bij stil: de brede beweging naar de juiste zorg op de juiste plek geeft een sterk momentum om met elkaar stil te staan bij de vraag of we de goede dingen doen, en of we die goed doen in het belang van de burger. Dit rapport focust op domeinoverstijgende samenwerking tussen verzekeraars en gemeenten in deze context.

Uitdaging: scheiden niveaus discussie en inrichting markt

Het voordeel van zo'n sterk momentum is dat er veel tegelijk gebeurt. En dat kan omgekeerd ook een nadeel zijn, want goede intenties moeten niet ondergesneeuwd raken door discussies die op strategisch, tactisch en operationeel niveau nog door elkaar lopen. Hoewel er echt veel prachtige voorbeelden van JZOJP zijn (zie bijvoorbeeld ook het rapport van de Taskforce, dat doorspekt is met initiatieven) is de uitdaging nog wel om concreet te worden.

Een tweede uitdaging betreft de mogelijkheden die er zijn op het vlak van samenwerking. De Nederlandse zorgmarkt is semi-gereguleerd. Dat wil zeggen dat er sprake is van concurrentie, maar dat er wel regels gelden die de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid borgen. De Autoriteit Consument en Markt (ACM) ziet er op toe dat samenwerking in de zorg concurrentie niet beperkt. Dit levert spanning op, omdat er enerzijds niet gezamenlijk bepaald mag worden wat zorg moet kosten of wie in welk gebied zorg levert. Anderzijds is afstemming nodig om te werken aan gezamenlijke doelen en ambities.

Strategisch, tactisch en operationeel niveau

Voor de opbouw van dit document maken we gebruik van de vraag of we de goede dingen doen, en die goed doen. Dit helpt om meer grip te krijgen op de verschillende niveaus van de discussie.

- Op **strategisch niveau** gaat het gesprek over het "**waarom**" van samenwerking. Zoals in de inleiding genoemd is samenwerking geen vereiste om samenhang in uitkomsten te bereiken. Voordat partijen met elkaar de inhoud in duiken is het goed om stil te staan bij het antwoord dat een ieder op deze vraag geeft. Het is bijvoorbeeld ook goed mogelijk om in eerste instantie af te spreken dat het delen van informatie over uitkomsten een mooie eerste stap is om domeinoverstijgend ontwikkelingen te volgen en er vooralsnog geen behoefte is aan concretisering van samenwerking.
- Op **tactisch niveau** gaat het over het "**wat**". Regionale samenwerking kan een goede impuls en versnelling geven om JZOJP in de praktijk te brengen. Dit rapport focust in hoofdstuk 1 specifiek op deze vraag en is dus bedoeld voor gemeenten en verzekeraars die zoeken naar inspiratie op de verschillende onderwerpen waarop zij samenwerking kunnen zoeken.
- Op **operationeel niveau** gaat het over het "**hoe**". Door middel van internationale voorbeelden willen we inspireren op de reikwijdte aan mogelijkheden. Zoals in de inleiding ook benoemd is dit groots ingestoken. Niet om te betogen dat we in Nederland het roer volstrekt om moeten gooien, maar om andere perspectieven te bieden die 'food for thought' zijn.

© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

Baken de regio af en betrek de sectoren

Relevante voorbeelden

Beter Samen in Noord (NL):
→ *Samenwerkingsverband op wijkniveau*
Beter Samen in Noord is een voorbeeld van een samenwerkingsverband op wijkniveau tussen aanbieders van zorg en welzijn (Krijtmolen Alliantie), gemeente Amsterdam, TNO en Achmea Health. Samen proberen zij zorg, welzijn en maatschappelijke dienstverlening voor mensen met complexe problemen, beter op elkaar af te stemmen.

Greater Manchester (UK):
→ *Samenwerking op grote schaal*
De National Health Service (NHS) heeft samen met lokale overheden 44 regio's opgezet door heel Engeland. Elke regio heeft voorstellen ontwikkeld om in samenwerking ondersteuning en zorg te verbeteren voor een hele populatie. Een van de 44 regio's is Greater Manchester bestaande uit tien districten die samenwerken om 2,8 miljoen burgers te voorzien van ondersteuning en zorg.

Terug naar de hoofdtekst

© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

Zet de vraag van de burger centraal bij het opstellen van de gedeelde regiovisie

Relevante voorbeelden

Zeeland (Nederland):
→ Durf te vragen: onverwachte inzichten
In de provincie Zeeland is de mening van de burger als startpunt genomen om de ondersteuning en zorg van de toekomst (2025) in te richten. In drie interactieve workshops hebben 150 burgers de zorg opnieuw vormgegeven. Hieruit zijn acht speerpunten geformuleerd die door de aanbieders zijn gebruikt als uitgangspunt bij het (her)inrichten van de ondersteuning en zorg in de regio. Opvallend is dat waar men van tevoren dacht dat burgers Zeeland niet uit willen voor ondersteuning en zorg, zij daar zelf heel anders over dachten en minder problemen met reistijd bleken te hebben als dat betere zorg oplevert.

DSRIP (NY VS):
→ Een duidelijke stip op de horizon (ambities en doelstellingen)
De staat New York is in 2014 gestart met het hervormen van ondersteuning en zorg. In 2020 is het streven om de volgende doelen te hebben bereikt: 25% minder onnodige ziekenhuisopnames, betere samenwerking tussen eerste- en tweedelijnszorg (integratie) en 90% van de zorg waardegedreven te bekostigen (bekostiging op basis van kwaliteit). De gemeenschappelijke doelen geven richting en zijn de basis voor de integrale samenwerking.

Clalit (Israël):
→ Data geeft inzicht in de vraag van de burger
Sinds de jaren tachtig worden in Israël de gegevens van alle zorgverleners verzameld. Deze data wordt gebruikt om de vraag naar ondersteuning en zorg van de burger zo goed mogelijk in te schatten. Het zorgsysteem is bewezen effectief met een hoge kwaliteit zorg en tegen relatief lage kosten.

Terug naar de hoofdtekst

© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

Beleg taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden voor transitie en eindmodel

Relevante voorbeelden

Kinzigtal (Duitsland):
→ *Governance en regie door een derde partij*
Gesundes (private onderneming) coördineert de samenwerking tussen de inkopers (twee zorgfondsen) en aanbieders (260+ organisaties/instellingen) in de regio Kinzigtal. Gesundes stimuleert de aanbieders om actief deel te nemen aan programma's (focus preventie en cliënt/patiënt zelfmanagement) om de regionale gezondheid te bevorderen.

Canterbury (Nieuw Zeeland):
→ *Lokale overheid als regiehouder*
In Canterbury is de lokale overheid eigenaar geworden van de ziekenhuizen en een groot aantal (non-profit) zorginstellingen (eerste- en tweedelijnszorg). Hiermee hebben zij de rol van aanbieder en inkoper op zich genomen. Stakeholders geven aan dat de nauwe samenwerking en een gedeelde (strategische) visie tussen de lokale overheid en de bestuurders van de zorginstellingen essentieel is om de ondersteuning en zorg te verbeteren.

DSRIP (VS):
→ *Performing Provider Systems (PPS)*
Aanbieders vormen zorgnetwerken om gezamenlijk de zorg voor bepaalde patiëntgroepen te regelen. Verschillende typen aanbieders maken deel uit van de PPS's, zoals ziekenhuizen, verzorgingshuizen, verpleegfaciliteiten en andere stakeholders. Door het grote aantal partners blijft er keuzevrijheid en wordt toch scherp richting gegeven aan waardegedreven zorg.

Clalit (Israël):
→ *Zorgverzekeraar en aanbieder ineen*
Clalit heeft zowel de rol als zorgverzekeraar als zorgaanbieder (Health Maintenance Organization (HMO)). Hierdoor zijn governance en regie belegd bij een partij. Besluitvorming is hierdoor eenvoudiger.

Terug naar de hoofdtekst

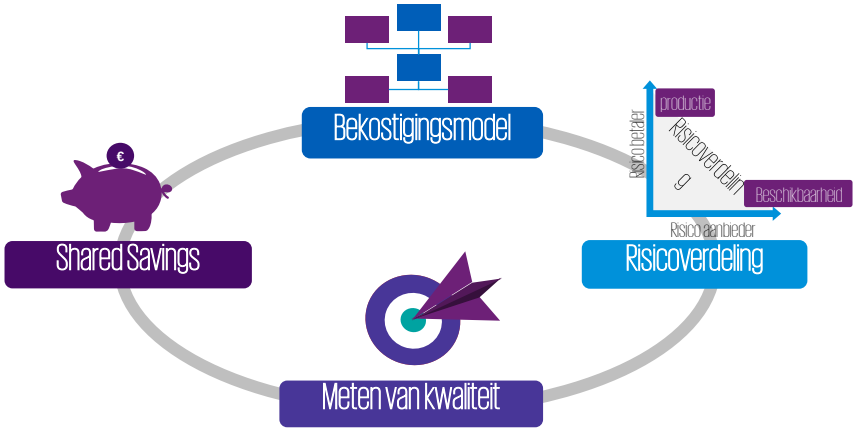
© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

Lijn de (financiële) prikkels goed uit met de beoogde uitkomsten

Beginnen bij het begin

Zoals gezegd is het bekostigingsmodel het vertrekpunt. Dat hoeft geen nieuw model te worden, maar het begrijpen van de prikkels is erg belangrijk om in de samenwerking rekening mee te houden. We beschrijven onderstaande tekst uitgaande van een ‘carte blanche’ waarbij er een nieuwe keuze voor een bekostigingsmodel en bijbehorende afspraken gemaakt wordt. Daarvoor moeten de volgende onderdelen ingevuld worden:

— **Keuze voor een passend bekostigingsmodel**. Wij hanteren de meest gebruikelijke internationale indeling die bestaat uit vier verschillende modellen:
  - Productiebekostiging: betaling voor geleverde activiteiten (P*Q)
  - Bundels: vast bedrag voor alle handelingen die horen bij een bepaald type ondersteuning of zorg (traject)
  - Populatiebekostiging: een vast bedrag voor elke persoon in de populatie (per wijk, of bijvoorbeeld per doelgroep)
  - Beschikbaarheidsbekostiging: een bedrag per tijdseenheid beschikbaarheid van de voorziening



In Nederland zijn allerlei varianten hierop in omloop. Op pagina 30 en 31 gaan we nader in op de verschillende modellen, overeenkomsten en de voor- en nadelen.

Op de volgende pagina lichten we de vier varianten van bekostigingsmodellen toe. Zoals genoemd doen we dat vanuit de internationaal meest voorkomende indeling. Een belangrijk uitgangspunt is het volgende:

— Bekostigingsmodellen gaan in principe over het betalen van het zorgaanbod en niet per definitie over het betalen van het resultaat. Zoals ook genoemd eerder bij “meten van kwaliteit”, kunnen afspraken over het te behalen resultaat onderdeel zijn van ieder model. Een model als populatiebekostiging bijvoorbeeld kan gaan over aanbod (denk aan de huisartsenbekostiging, waarbij o.b.v. populatiekenmerken voor aanbod wordt betaald) en kan uitgebreid worden met een resultaatafspraak (waarbij betaling afhankelijk wordt gemaakt van het bereiken van bepaalde uitkomsten).

— Gemeenten werken met de uitvoeringsvarianten inspanningsgericht (afspraken over tarieven per tijdseenheid), outputgericht (afspraken per traject/cliënt en niet de manier waarop resultaat wordt behaald) en taakgericht (waarbij een aanbieder een taak voor een populatie uitvoert). Deze varianten hebben weer een net iets andere indeling en hebben wel weer de as van resultaat opgenomen. Op de volgende pagina zetten we ze naast elkaar.

De theorie rondom bekostigingsmodellen is velen bekend. De spanning zit in de complexiteit van het geheel aan prikkels. Ieder systeem is in principe tot een succes te maken, afhankelijk van de keuze voor prikkels en de uitwerking ervan in de praktijk. Daarom pleiten wij ervoor om een nieuw of aangepast model niet ineens in te voeren maar altijd te kiezen voor een ingroeimodel, waarbij stapsgewijs wordt toegewerkt naar de beoogde situatie. Dat helpt om tussentijds bij te kunnen sturen.

Terug naar de hoofdtekst

© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative (‘KPMG International’), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

Lijn de (financiële) prikkels goed uit met de beoogde uitkomsten

	Productiebekostiging	Bundels	Populatiebekostiging	Beschikbaarheids-bekostiging
Toelichting	Aanbieder wordt betaald op basis van geleverde activiteiten, zoals bijvoorbeeld een geleverd uur ondersteuning of een consult.	Aanbieder ontvang een gemiddeld vast bedrag voor alle handelingen die bij een bepaald type ondersteuning/zorg horen. Daarbij doet het er niet toe of er meer of minder handelingen nodig zijn dan gemiddeld. De betaling is gekoppeld aan de benodigde zorg, wanneer een cliënt of patiënt meerdere typen zorg nodig heeft, kunnen meerdere bundels naast elkaar lopen. Denk bijvoorbeeld aan een bundel voor depressie en een bundel voor diabetes.	Aanbieder ontvang vast bedrag voor elke persoon in de populatie. Een populatie kan op meerdere manieren worden afgebakend, bijv: • Geografisch • Op basis van een bepaald type aandoening (bijv HIV) of een cliëntkenmerk (bijv leeftijd) Daarnaast kan populatie-bekostiging alle zorg voor de populatie omvatten of een bepaald deel, zoals bijvoorbeeld de eerstelijnszorg. De omvang van de bekostiging hangt rechtstreeks samen met de omvang van de populatie.	Aanbieder ontvangt een vast bedrag per tijdseenheid om ondersteuning en zorg te leveren. Dit bedrag wordt niet bijgesteld voor een tijdelijke verandering in de omvang van de populatie. Uiteraard kan een structurele verandering na verloop van tijd invloed hebben op de hoogte van de bekostiging.
Voorbeeld	Bekostiging medisch specialistische zorg (DOTs)	Integrale bekostiging geboortezorg	Huisartsenbekostiging of TOM in de buurt in Alphen aan den Rijn	Beschikbaarheid van crisisplaatsen of opvangplekken
Wordt ook genoemd	Fee for service, p*q, inspanningsgerichte uitvoeringsvariant	Bundled payments, outputgerichte uitvoeringsvariant	Resultaatbekostiging voor de populatie of een individuele cliënt, taakgerichte uitvoeringsvariant	Budget, lumpsum, subsidie, blok
Sturen op resultaat	Resultaatafspraken kunnen onderdeel gemaakt worden van alle varianten, door (een gedeelte van) de financiering af te laten hangen van het bereiken van vooraf gedefinieerde resultaten. Voorwaarde is dat resultaten inzichtelijk gemaakt kunnen worden. Dat kan door inzet van bijvoorbeeld PROMs of PREMs, maar ook procesafspraken mogen onderdeel zijn (bijvoorbeeld gezamenlijk proces van leren en verbeteren)			

Terug naar de hoofdtekst

© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

Lijn de (financiële) prikkels goed uit met de beoogde uitkomsten

	Productiebekostiging	Bundels	Populatiebekostiging	Beschikbaarheids-bekostiging
Voordelen	– Beloont behandeling en stimuleert daarmee productiviteit en toegang tot zorg. – Stimuleert verbetering van kwaliteit van dienstverlening als de cliënt andere keuzemogelijkheden heeft.	– Beloont behandeling en stimuleert daarmee productiviteit. – Stimuleert efficiënt werken binnen de bundel. – Stimuleert verbetering van kwaliteit van dienstverlening als de cliënt andere keuzemogelijkheden heeft. – Kan stimulans zijn voor coördinatie van zorg tussen aanbieders.	– Beperkt kosten – Indien de cliënt keus heeft nog beperkte prikkel op productiviteit – Kan stimulans zijn voor coördinatie van zorg tussen aanbieders – Kan stimulans zijn voor innovatie – Stimuleert efficiëntie	– Beperkt kosten – Indien de cliënt keus heeft nog beperkte prikkel op productiviteit – Kan stimulans zijn voor coördinatie van zorg tussen aanbieders – Kan stimulans zijn voor innovatie – Stimuleert efficiëntie – Vaak zeer eenvoudig uit te voeren
Nadelen	– Kan leiden tot over-behandeling, hoge kosten en fragmentatie van zorg – Kan samenwerking in de keten bemoeilijken. Focus ligt op het zoveel mogelijk zelf leveren van zorg/ondersteuning. – Is geen stimulans voor innovatie, nadruk ligt op productie	– Kan leiden tot overbehandeling (meer bundels) – Kan leiden tot onderbehandeling binnen de bundel (minder zorg binnen de bundel levert meer winst op) – Is geen stimulans voor innovatie, behalve waar het gaat om efficiëntie binnen de bundel.	– Risico op onderbehandeling – Kan leiden tot inefficiëntie en wachtlijsten.	– Risico op onderbehandeling – Kan leiden tot inefficiëntie en wachtlijsten

Terug naar de hoofdtekst

© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

Lijn de (financiële) prikkels goed uit met de beoogde uitkomsten

Vervolgens moet het **systeem verder worden ingericht**, bijvoorbeeld om eventuele nadelen vanuit het bekostigingsmodel te ondervangen of om bepaalde gewenste uitkomsten meer te stimuleren. Hiervoor zijn verschillende tools beschikbaar die apart of in combinatie ingezet kunnen worden.

Risicoverdeling

Ieder bekostigingsmodel heeft van nature een bepaalde risicoverdeling in zich. Bij volledige productiebekostiging ligt het risico van een grotere zorgvraag bijvoorbeeld volledig bij de betaler, terwijl bij een beschikbaarheidsbekostiging de aanbieder een financieel risico loopt als het aantal zorgvragers toeneemt.

Er zijn mogelijkheden om deze risico's anders te verdelen. Dit kan wenselijk zijn als één van beide partijen het inherente risico niet kan dragen of als stimulans om zorg anders in te richten. In de UK wordt bij beschikbaarheidsbekostiging vaak een additionele afspraak gemaakt waarbij voor zorg boven het plafond nog maar een deel (vaak 50%) van het oorspronkelijke bedrag vergoed wordt. Daardoor komt een volumestijging dan toch gedeeltelijk voor rekening van de betaler.

Risicoverdeling kan op verschillende niveaus plaatsvinden:

— Direct tussen de betaler en aanbieder of groep van aanbieders. Dit gaat om het verdelen van risico's op volume en kosten. Denk bijvoorbeeld aan het hierboven genoemde voorbeeld uit de UK.

— In systeemverband. Neem bijvoorbeeld de situatie waarin populatiebekostiging voor een specifieke cliëntgroep, zoals de EPA doelgroep (burgers met ernstige psychiatrische aandoeningen), is geregeld. Meerdere aanbieders werken dan samen voor één bedrag per cliënt. Wanneer de kosten in het geheel hoger uitvallen dan gepland worden de tekorten gedeeld. Hetzelfde geldt voor een overschot.

— Binnen een samenwerkingsverband tussen aanbieders. In dit geval gaat het vaak om verschuivingen van zorg. Neem bijvoorbeeld het voorbeeld waarbij het doel is om spoedeisende zorg te voorkomen met inzet van extra thuiszorg. Daarbij zal activiteit verschuiven van het ziekenhuis naar de thuiszorg. Vooraf is vaak niet bekend hoe de zorgvolumes precies zullen zijn. Daarom wordt achteraf gekeken hoeveel activiteit er verschoven is, zodat de financiering mee kan bewegen.

Of en welke vorm van risicoverdeling relevant is, kan bepaald worden door de individuele risico's voor de deelnemers in het gekozen bekostigingsmodel te identificeren en af te wegen.

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Alleen shared savings. Op dit niveau krijgt de aanbieder bij efficiënt werken wel een klein deel van de bespaarde kosten, maar betaalt niet mee bij eventuele overschrijding	Shared savings en risicodeling. Op dit niveau krijgt de aanbieder bij efficiënt werken een groter deel van de bespaarde kosten, maar loopt bij een budget-overschrijding zelf ook tot een bepaald niveau risico.	Prospectieve budgettering. Op dit niveau is de zorgaanbieder volledig risicodragend. Het voordeel voor aanbieder is echter wel dat besparingen volledig zelf gehouden mogen worden.

Terug naar de hoofdtekst

© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

Lijn de (financiële) prikkels goed uit met de beoogde uitkomsten

Shared savings

Shared savings is een mechanisme waarbij een deel van besparingen teruggegeven kan worden aan een partij die bijdraagt aan het realiseren van de kostenbesparing. Dit kan ingezet worden als stimulans voor het voor verbeteren en efficiënter maken van zorg. Vanwege de verschillende financieringsstromen en aanbieders komt het vaak voor dat de partij die een besparing realiseert, daar vervolgens niet zelf van profiteert. Dit kan er in het slechtste geval toe leiden dat het voor een aanbieder niet rendabel is om de best mogelijke zorg te verlenen. Dit is bijvoorbeeld goed zichtbaar bij initiatieven om ziekenhuiszorg meer op afstand te leveren. Een voorbeeld van een paar jaar geleden is de samenwerking tussen het Slingeland ziekenhuis, Sensire en Menzis. Hierbij werden COPD patiënten op afstand gemonitord. Dit scheelde een groot aantal ziekenhuisopnamen en bijhorende kosten. Deze winst komt terecht bij de verzekeraar, maar leidt tot een verlies voor het ziekenhuis. Door een deel van de besparingen terug te geven aan het ziekenhuis is de verandering ook voor die partij acceptabel.

Het delen van besparingen kan ook plaatsvinden tussen zorgaanbieders, bijvoorbeeld in het geval van verschuiving van zorg.

In principe kunnen shared savings gezien worden als een eerste stap in de risicoverdeling.

In geval van DSRIP (VS) is shared savings, die daarna overgaan naar risicoverdeling, een methode om zorgaanbieders steeds meer verantwoordelijkheid te laten nemen voor hoe zij hun zorg inrichten en daarmee ook voor hen een prikkel in te bouwen om steeds meer te innoveren. Hierbij ging een organisatie pas een niveau omhoog als bewezen was dat deze meer risico aankon.

Meten van kwaliteit

Zoals aan het begin van dit hoofdstuk vermeld bevatten bekostigingsmodellen in de basis geen prikkels op het gebied van kwaliteit van zorg. In principe is het vrijwel altijd wenselijk om ook kwaliteit onderdeel te maken van het bekostigingssysteem, bijvoorbeeld om het risico op over- of onderbehandeling te beperken. ‘Kwaliteit’ kan daarbij breed opgevat worden. Idealiter gaat het hier om uitkomstmaten zoals PROMS en PREMS, maar ook bepaalde procesmaten kunnen hier onderdeel van uitmaken.

Er zijn een aantal manieren waarop kwaliteit in het bekostigingssysteem past:

— Als bonus-/malusregeling: hierbij leidt het halen van een bepaalde score tot een hoger bedrag of wordt er bij het niet halen van de gewenste score een bedrag ingehouden. Uiteraard zijn hierop varianten mogelijk, bijvoorbeeld door te werken met staffels per groep van scores.

— Als voorwaarde om een ander deel van het systeem in werking te laten treden. In het model van DSRIP werden de shared savings van niveau 1 alleen uitgekeerd als een minimale score was gehaald voor bepaalde kwaliteitsmaten.

— Als subsidie voor een bepaalde transformatie. Hierbij krijgt een aanbieder geld om een bepaalde verbetering door te voeren, zoals het opzetten van een multidisciplinaire ouderenpoli. Eventueel kunnen afspraken gemaakt worden wat er moet gebeuren als de doelen niet gehaald worden. Deze vorm wordt veel gebruikt bij zorgverbeteringen in de UK.

Tot slot gaat het ook om het maken van afspraken over de samenwerking, die niet met de euro’s te maken hebben. Denk aan procesafspraken over de samenwerking zoals samenwerking/delen van personeel.

Door het combineren van een bekostigingsmodel met keuzes rondom bovenstaande onderwerpen ontstaat een concreet bekostigingssysteem. Over het algemeen is het verstandig dit systeem geregeld te herijken om aan te sluiten bij actuele ontwikkelingen.

Terug naar de hoofdtekst

© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative (‘KPMG International’), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

Lijn de (financiële) prikkels goed uit met de beoogde uitkomsten

Relevante voorbeelden

Alberta (Canada):
→ *Uitkomstgerichte bekostiging*
Alberta is een goed voorbeeld voor het sturen op uitkomsten in het sociaal domein. Door middel van het vaststellen van wat goede (zorg)uitkomsten zijn voor de huidige zorguitgaven is Alberta erin geslaagd resultaatgebonden bekostiging op te nemen in het sociaal domein. Het resultaat is dat zij dezelfde kwaliteit van ondersteuning met een significant lager budget kunnen leveren.

Kinzigtal (Duitsland):
→ *Populatiebekostiging als financiële prikkel om de regionale gezondheid te bevorderen*
In Gesundes Kinzigtal is gekozen om populatiebekostiging in te zetten bovenop de reguliere productiebekostging met name voor het bekostigen van bijvoorbeeld case management. Sommige aanbieders zijn ook shareholders en zij ontvangen shared savings als het zorgsysteem goed functioneert. Daarnaast zijn aanvullende betalingen mogelijk voor aanbieders die bijvoorbeeld deelnemen aan programma's voor preventie. Het doel van de populatiebekostiging, shared savings en aanvullende betalingen is om aanbieders te prikkelen innovatiever te werken en meer aandacht op preventie te richten. Dit voorbeeld laat zien dat het niet altijd nodig is om een bekostigingssysteem om te gooien, maar dat aanvullende maatregelen vaak ook voldoende positieve effecten te hebben. Dit heeft als voordeel dat invoering sterk vergemakkelijkt wordt.

Southcentral (Alaska/VS):
→ *Beschikbaarheidsbekostiging om innovatie te bevorderen*
In dit voorbeeld wordt gebruik gemaakt van een zeer eenvoudig bekostigingssysteem, namelijk een budget dat historisch wordt vastgesteld + een opslag voor inflatie. De aanbieder is in dit geval zelf risicodragend en heeft een directe prikkel om efficiënt te werken en zorginnovaties toe te passen. Dit werkt goed omdat de organisatie over tijd een zorgnetwerk heeft gebouwd met een behoorlijke omvang waarin een groot deel van de eerstelijnszorg is verenigd. Dit is in principe in Nederland ook goed mogelijk, al zal het in de opbouwfase wel nodig zijn om een lange termijn commitment aan te gaan met de betrokken organisaties, zodat het voor hen ook aantrekkelijk wordt om te investeren in verbeteringen.

DSRIP (NY/US):
→ *Samenspel van verschillende bekostigingsmodellen*
Dit voorbeeld sluit in die zin aan bij de Nederlandse situatie dat ook hier sprake is van een versnipperd betalers- en aanbiedersveld. In dit voorbeeld worden verschillende bekostigingsmodellen ingezet. Hiermee is het mogelijk om bekostigingsmodellen heel precies toe te spitsen op het behalen van bepaalde doelstellingen en daarmee een versnelling te realiseren. Nadeel is wel dat hierbij veel bestaande modellen omgegooid zouden moeten worden, waardoor deze methode zich vooral leent voor een groot traject.

Greater Manchester (UK):
→ *Beschikbaarheidsbekostiging met shared savings en risicodeling om innovatie te bevorderen*
In dit voorbeeld is gekozen voor gebruik van beschikbaarheidsbekostiging met een optie voor shared savings als het lukt om op dure geneesmiddelen te besparen. Dit prikkelt ziekenhuizen extra om specifiek op deze kosten te letten. Het grootste risico voor ziekenhuizen in de UK is een groei of afname van patiënten op de spoedeisende hulp. Specifiek voor dit doel is een geldbedrag apart gezet om dit eventueel op te kunnen vangen. Dit voorbeeld laat goed zien hoe enkele aanpassingen in beschikbaarheidsbekostiging transformatie van zorg kan sturen. Dit is eenvoudig toepasbaar in de Nederlandse context.

© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid v
('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

Terug naar de hoofdtekst

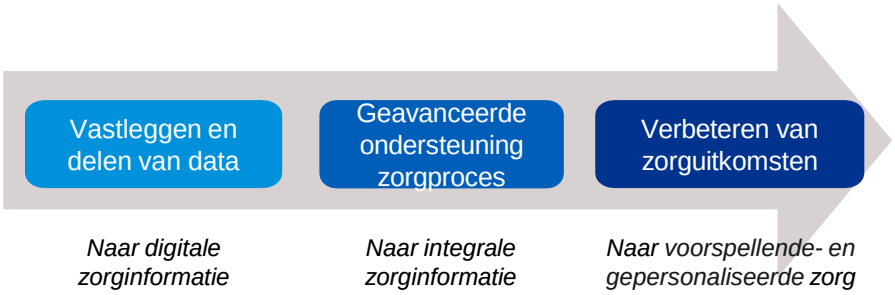
Gebruik integrale data en analyse voor inzicht en bijsturen

Toelichting

De beschreven rollen voor data en analyse benadrukken het belang van interoperabiliteit en het uitwisselen van informatie en geeft aan dat data & analytics ook weer andere stappen in de samenwerking kan voeden.

Op het moment wordt er echter veel tijd en geld verspild met het overhevelen van data tussen zorgaanbieders. Nederland loopt achter op het gebied van zorgtechnologie en geïntegreerde zorgdata. Er is bijvoorbeeld een groot aantal projecten om digitale communicatie en standaardisatie in de zorg te verbeteren. Maar een masterplan ontbreekt en de rollen van de betrokken partijen zijn niet duidelijk. Ook zijn de doelstellingen van het beleid te ruim geformuleerd en voor meerdere interpretaties vatbaar en ontbreken duidelijke meetinstrumenten (zie rapport Outcomedoelen in kaart, oktober 2018).

Ondanks de enorm groeiende hoeveelheid gezondheidsdata, wordt op het moment nog onvoldoende gebruik gemaakt van die data om meer grip te krijgen op uitkomsten en op het ontwikkelen van nieuwe modellen van ondersteuning en zorg. De figuur hieronder geeft een ontwikkeling aan die nodig is om daadwerkelijk uitkomsten te kunnen verbeteren. Een investering op het gebruik van geïntegreerde zorginformatie is nodig.



Wat is nodig voor de inzet van data?

Dit onderwerp is niet alleen belangrijk richting de lange termijn maar kan ook een versneller zijn en een impuls geven aan de samenwerking. Bijvoorbeeld door een **gezamenlijke digitale strategie** te formuleren en data in de regio te gebruiken voor het verkrijgen van overkoepelend inzicht in de uitkomsten.

Om gebruik te maken van de mogelijkheden van data voor geïntegreerde ondersteuning en zorg, is het nodig dat samenwerkingsverbanden nadenken over drie dingen:

- Een uniform datamodel, zodat verschillende datasets gecombineerd kunnen worden. Interoperabiliteit is het uitgangspunt;
- Informatie over gezondheid, ondersteuning en zorg en welzijn combineren in geïntegreerde bestanden die beschikbaar zijn voor zowel de burger als de zorgprofessional;
- Het gebruiken van de data om transparantie over kwaliteit te verbeteren.

Terug naar de hoofdtekst

© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

Gebruik integrale data en analyse voor inzicht en bijsturen

Relevante voorbeelden

Waterloo Wellington (Canada):
→ Digitale strategie ondersteuning en zorg
Waterloo Wellington is een regio in Canada. Veel van de investeringen in digital health vonden in het verleden plaats in silo's en werden onvoldoende gekoppeld aan de beoogde ambitie en doelstellingen in de regio. Door middel van een "digital health plan" en een "maturity model" is grip gekregen op de burgers die digital health gebruiken. Voor alle doelgroepen is een volwassenheidsscan uitgevoerd en zijn de wensen in kaart gebracht. Dit is de basis geweest om binnen de regionale samenwerking de digitale strategie uit te lijnen en daarmee over domeinen heen aan het realiseren van de ambitie te werken.

Clalit (Israël):
→ Data & analytics prominente rol in de sturing
Clalit is in het bezit van waardevolle data, als zorgverzekeraar en zorgaanbieder (HMO), die zij gericht inzetten om het zorgsysteem te verbeteren. Door actief te monitoren heeft data & analytics een prominente in de bedrijfsvoering van Clalit. Het zorgsysteem is bewezen effectief met een hoge kwaliteit zorg en tegen relatief lage kosten.

Terug naar de hoofdtekst

© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

KPMG

Bronnen

Bijlage A: Bronvermelding

- Clalit, website, http://www.clalit-global.co.il/en/_the_story_of_clalit_health_services.html
- KPMG: “Digital Health: heaven or hell?” online publicatie, https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/pdf/2016/03/digital-health-heaven-hell.pdf
- Gesundes Kinzigtal, case study, https://healthpolicy.duke.edu/sites/default/files/atoms/files/germany_25jan2017.pdf
- Gesundes Kinzigtal, website, https://www.gesundes-kinzigtal.de/
- DSRIP, website, https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/redesign/dsrip/
- Greater Manchester, website, https://www.greatermanchester-ca.gov.uk/
- KPMG, CSR Handbook, interviews en bijeenkomsten (niet openbaar), 2018
- Beter Samen in Noord, website, https://www.betersameninnoord.nl/
- KPMG, onderzoekstraject Zeeland interviews en bijeenkomsten (niet openbaar), 2015
- TheKing’sFund, online artikel, https://www.kingsfund.org.uk/publications/commissioned/intentional-whole-health-system-redesign-nuka-southcentral, 2015
- NLST, online artikel, https://www.nist.gov/baldrige/southcentral-foundation, 2011
- Cemplicity, website, https://www.cemplicity.com/case-studies
- TheKing’sFund, online artikel, https://www.kingsfund.org.uk/publications/quest-integrated-health-and-social-care, 2013
- Sapere research group, online publicatie, http://www.srgexpert.com/wp-content/uploads/2015/08/KF-difference-analysis.pdf, 2013
- BMJjournals, online artikel, http://bmjopen.bmj.com/content/6/5/e010709.full, 2016
- Alberta Health, website, http://www.health.alberta.ca/health-services.html
- KPMG: “Betalen voor Kwaliteit”, online publicatie, http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/literatuur/uitkomstbekostiging-kpmg-2014.pdf, 2014
- Waterloo Wellington, website, https://wwhealthline.ca/
- Nursing Times, online publicatie, https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/accident-and-emergency/improving-staff-recruitment-and-retention-in-the-emergency-department/7016811.article, 2015
- https://www.oecd.org/els/health-systems/Better-ways-to-pay-for-health-care-FOCUS.pdf

© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative (‘KPMG International’), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

Arjan Ogink
Director KPMG Health
T +31 6 48 26 35 03
E Ogink.Arjan@kpmg.nl

Hinke Gijzel
Senior Manager KPMG Health
T +31 6 21 39 30 50
E Gijzel.Hinke@kpmg.nl

KPMG on social media

KPMG app

© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

De naam KPMG en het logo zijn geregistreerde merken van KPMG International.