



Ziekenhuisnetwerken:

hoe krijgen we shared services
van de grond?

Health Prospecting 2021



do your thing



Auteurs

Eduard Portella – Antares Consulting, Voorzitter

Oscar D a – Antares Consulting, Partner

Stéphane Le Grand – Antares Consulting, Senior Manager

Redactiecomité

Luc De Lat, Olivier Helbot

Lay-out

Christel Widart - Orangefrafix

Met dank aan

Koen Michiels - Gedelegeerd bestuurder AZ Nikolaas (netwerk MIRA)

Erwin Bormans - Algemeen directeur Ziekenhuis Oost-Limburg (netwerk Noord-Oost Limburg)

Rudy Van Ballaer - Algemeen directeur AZ Herentals (netwerk Kempen)

Pascal Verdonck - Voorzitter raad van bestuur AZ Maria Middelaers (netwerk E17)

Bart Pardon - Algemeen directeur Imelda Ziekenhuis (netwerk Briant)

Niko Dierickx - Algemeen directeur AZ Sint-Lucas (Bruges) (netwerk KOM)

Wim Robberecht - Algemeen directeur UZ Leuven (netwerk PLEXUS)

Marc Noppen - Algemeen directeur UZ Brussel (netwerk CUROZ)

Wouter De Ploey - Algemeen directeur ZNA (netwerk GZA-ZNA)

Kristof Eecklo - Lid raad van bestuur UZ Gent (netwerk Gent)

Peter Lauwyck - Algemeen directeur Sint-Andriesziekenhuis (netwerk TRIaz)

Alain Javaux - Algemeen directeur CHC Groupe Santé (netwerk MOVE)

Gauthier Saelens - Algemeen directeur GHDC (netwerk Charleroi Metropole)

Didier Delval - Algemeen directeur CHWAPI (netwerk Phare)

Benoît Debande - Algemeen directeur CHIREC (netwerk CHORUS)

Philippe Leroy - Algemeen directeur CHUSP (netwerk CHORUS)

Hadewig de Corte - Algemeen directeur Clinique Saint-Jean (netwerk H.Uni)

Erich Brohon - Medisch directeur CHRV (netwerk ELIPSE)

St phan Mercier - Algemeen directeur P le Hospitalier Jolimont (netwerk Helora)

Benoît-Yves Libert - Algemeen directeur CHU-UCL Namur (netwerk Namur)

Publicatiedatum: maart 2022

Ziekenhuisnetwerken: hoe krijgen we shared services van de grond?

Referentielijst

Als informatie uit dit document wordt geciteerd, moet de bibliografische bron zijn:

« Antares Consulting. Health Prospecting 2021. Ziekenhuisnetwerken: hoe krijgen we shared services van de grond? Brussel: ING België 2022 »

Voorwoord

Net als 2020 was 2021 een veelbewogen jaar, vooral voor de ziekenhuissector. De druk op onze ziekenhuisinstellingen hield aan, niet alleen door de pandemie, maar ook door de blijvende noodzaak om de zorgkwaliteit en -efficiëntie te verbeteren. Dat was enkel mogelijk dankzij de inspanningen van moedige zorgmedewerkers, die wij nogmaals hartelijk willen bedanken.

Het post-corona-tijdperk begint eindelijk vorm te krijgen, en de prioriteiten blijven talrijk. Een daarvan is de implementatie van de **ziekenhuisnetwerken** in de configuratie zoals die in 2021 is overeengekomen.

Daarom hebben we besloten deze nieuwe editie van **Health Prospecting**, die voor het vijfde opeenvolgende jaar in samenwerking met Antares Consulting wordt uitgevoerd, te wijden aan ziekenhuisnetwerken, en meer in het bijzonder aan de invoering van “**shared services**”.

Een groot aantal **vertegenwoordigers van Belgische ziekenhuisnetwerken** werd geraadpleegd, zodat hun adviezen de reflectie konden verrijken. Op basis van hun waarnemingen en een analyse van de situatie in landen die vergelijkbaar zijn met België, biedt **Health Prospecting** een **reeks beschouwingen die het debat voeden**.

Wij danken alle medewerkers voor hun waardevolle bijdragen en kritische adviezen, alsook al degenen die actief en constructief hebben meegewerkt aan de totstandkoming van deze studie.

Veel plezier bij het lezen!

Namens het Healthcare team van ING België,



Joke Bouckaert

Head of Public Sector & Social Profit
ING België

Als adviseur en belangrijke partner van veel spelers in de zorgsector wil ING positief deelnemen aan de collectieve reflectie en de ontwikkeling van een toekomstgerichte visie op het **ecosysteem van de gezondheidszorg ondersteunen**. Met **Health Prospecting 2021** wil ING een overtuigende bijdrage leveren aan de verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg in België.

Inhoudstafel

Inleiding	9
1. De ziekenhuisnetwerken in België	10
1.1. Een grote structurele verandering	11
1.2. Kaart	12
2. Het concept van shared services: deconstrueren en reconfigureren	16
2.1. Definitie	17
2.2. Het continuüm van shared services	18
2.3. Waarom een shared service?	19
2.4. Topologieën voor shared services	22
2.5. Typologieën van shared services	23
2.6. Centralisatie en uitbesteding	24
3. Actuele trends die de relevantie van shared services verklaren	26
3.1. Financiële druk	27
3.2. Druk op het menselijk kapitaal	31
3.3. Kwaliteit van de zorg	32
3.4. Geavanceerde informatie- en communicatietechnologie n (ICT)	33
4. Ervaringen van shared services in Belgische netwerken	34
4.1. Raadpleging op het terrein	35
4.1.1. Klinische ondersteunende diensten	36
4.1.2. Klinische managementdiensten	41
4.1.3. Beheer en operationele diensten	42
4.1.4. Harmonisatie	47
4.1.5. Klinische diensten	49
5. Inzichten	50
5.1. Belangrijkste fasen	51
5.1.1. Afstemming en betrokkenheid van leidinggevend en	51
5.1.2. Definitie van de visie en ontwikkeling van de strategie	51
5.1.3. Bestuursmodel met wederzijdse goedkeuring en betrokkenheid van het van het personeel	52
5.1.4. Overgang / Implementatie	52
5.1.5. Change management	52
5.2. Drijfveren en obstakels	54
5.2.1. Obstakels	54
5.2.2. Drijfveren	55

6. De sleutels tot succes	59
6.1. Beschouwingen op macroniveau	60
Macro n°1 : Een duidelijk engagement van de regelgevende instantie	60
Macro n°2 : Vereenvoudigde regels en financieringsmethoden en een aangepast normenkader	62
Macro n°3 : Shared services in het supranetwerk	64
Macro n°4 : Beheer van de overgang naar het samenwerkingsmodel	64
Macro n°5 : Middelen voor het starten van projecten en stabiliteit van hervormingen	66
6.2. Beschouwingen op mesoniveau	67
Meso n°1 : Een model voor winstverdeling en kostentoewijzing	67
Meso n°2 : Internaliseren van uitbestede diensten?	67
Meso n°3 : Een projectplanning en een progressieve implementatie	67
Meso n°4 : Een betrokkenheid van personeel en vakbo	68
Meso n°5 : Een Uitlijning van de visie	68
6.3. Beschouwingen op microniveau	69
Micro n°1 : Harmonisatie van processen en normen	69
Micro n°2 : Een co-constructie tussen professionals in het veld	70
Micro n°3 : Overweging van praktische behoeften en behoud van een lokale aanwezigheid	71
Micro n°4 : Duidelijke rollen die al hun betekenis behouden	71
Micro n°5 : Sponsors en influencers: sterke schakels	71
7. Besluit	72
8. Bibliografie	74

Figurentabel

Figuur 1: Locoregionale ziekenhuisnetwerken in België	12
Figuur 2: Erkende bedden van lokale ziekenhuisnetwerken	13
Figuur 3: Marktaandeel per netwerk (totaal aantal ziekenhuisopnames)	13
Figuur 4: Omzet per netwerk (in miljoen EUR)	14
Figuur 5: Een shared service impliceert het deconstrueren en opnieuw samenstellen van de initiële diensten	17
Figuur 6: Het continuüm van shared services	18
Figuur 7: Voordelen van shared services in de gezondheidszorg	19
Figuur 8: Topologieën voor shared services	22
Figuur 9: Shared service of centralisatie	24
Figuur 10: CSP, centralisatie en uitbesteding in een organisatie-model	25
Figuur 11: Huidige uitgaven voor gezondheidszorg als percentage van het BBP (%)	27
Figuur 12: Cumulatieve groei van het BBP en huidige uitgaven voor gezondheidszorg (%) – België	28
Figuur 13: Cumulatieve groei van het BBP en huidige uitgaven voor gezondheidszorg (%) – Weerhouden landen in de steekproef	28
Figuur 14: Rechtstreekse betalingen door huishoudens, percentage van de courante uitgaven voor gezondheidszorg (2019)	29
Figuur 15: Evolutie van het aantal artsen per 1.000 inwoners in 2012 en 2020 (of laatste beschikbare jaar)	31
Figuur 16: Soorten shared services en gebundelde activiteiten in de gezondheidssector	31
Figuur 17: Het implementatieproces van shared services	35
Figuur 18: Beschouwingen op macro-, meso- en microniveau	60

Inleiding

Het Belgische ziekenhuislandschap bevindt zich in een overgangsfase naar een grotere mate van samenwerking, met als doel synergieën, kwaliteit van de zorg, continuïteit van de zorg en efficiëntie te bevorderen en verbeteren.

De creatie van locoregionale ziekenhuisnetwerken om samenwerking te bevorderen

De federale overheid heeft locoregionale ziekenhuisnetwerken opgezet, waarvan elk ziekenhuis verplicht lid is, met als doel hun activiteiten te concentreren en zo efficiëntie- en kwaliteitsvoordelen te creëren. Het is nu aan de ziekenhuizen om zich binnen deze netwerken zo goed mogelijk te organiseren, opdat hun inhoud verder gaat dan enkel een rechtsvorm. In sommige netwerken is de onderlinge samenwerking al ver gevorderd, in andere bevindt die zich nog in een relatief pril stadium.

Shared services om invulling te geven aan netwerken

Het creëren van netwerken vormt de basis voor de ontwikkeling van shared services op relatief grote schaal. Vandaag zijn er tal van voorbeelden van de oprichting van shared services tussen ziekenhuizen, zowel in België als internationaal.

Health Prospecting 2021 biedt verschillende beschouwingen op macro-, meso- en microniveau om de implementatie van shared services binnen locoregionale ziekenhuisnetwerken in België te ondersteunen. U vindt een evaluatie van de verschillende soorten diensten op basis van de waarde die deze diensten bieden, de elementen die de implementatie ervan vergemakkelijken of juist belemmeren.

Scope van het rapport

De geselecteerde landen werden gekozen op basis van hun gelijkenissen met België. Naast hun gemeenschappelijke socio-economische kenmerken hebben zij ook gemeenschappelijke kenmerken op het gebied van het gezondheidssysteem en zijn uitdagingen, de ziekenhuishervormingen en het prestatie- en innovatieniveau van het zorgstelsel. Het gaat om Denemarken, Duitsland, Frankrijk, Nederland, Noorwegen, Oostenrijk, het Verenigd Koninkrijk, Zweden en Zwitserland.



1. De ziekenhuisnetwerken in België

1.1 | Een grote structurele verandering

Het plan van aanpak dat het kabinet van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid in 2015 lanceerde, leidde tot een grondige verandering in de conceptie van het Belgische ziekenhuislandschap. Dat resulteerde in een hervorming die werd vastgelegd in de wet van 28 februari 2019, die elk algemeen en universitair ziekenhuis verplicht deel uit te maken van een **locoregionaal ziekenhuisnetwerk**. De wet stelt het aantal netwerken vast op 25, met een maximum van 13 netwerken in Vlaanderen, 8 in Wallonië en 4 in Brussel.

Wat was het doel van deze belangrijke wijziging, die opgenomen is in het regeerakkoord van 11 oktober 2014? **Meer kwaliteit en efficiëntie in de zorg brengen**. Het maakt deel uit van een logica van **rationalisering van het gezondheidssysteem**, die streeft naar **concentratie van activiteiten om de kosten te beperken**, maar ook naar een **standaardisatie van praktijken** en de kwaliteit van zorg. Deze concentratie van activiteiten zou het netwerk in staat moeten stellen de kritische omvang te bereiken die nodig is voor de ontwikkeling van een compleet portfolio van diensten, zelfs gespecialiseerde diensten. De coördinatie van activiteiten en verdeling van middelen zijn bedoeld om de autonomie van de wervingsgebieden te verzekeren en zo de toegang voor de hele bevolking tot kwaliteitszorg in de buurt te garanderen.

Onder de verwachte resultaten merken we ook de verbetering van klinische resultaten en de vermindering van klinische variabiliteit op, dankzij de concentratie van activiteit en van klinische diensten. Door hun middelen te verenigen rond een gemeenschappelijke strategie, zullen de ziekenhuizen in het netwerk wisselwerkingen kunnen creëren die waarde toevoegen voor patiënten.

De samenvoeging maakt het ook mogelijk wisselwerkingen te verkrijgen voor de ontwikkeling van **shared services**. Bovendien bevordert het de ontwikkeling van een **compleet portfolio** en ondersteunt het kwaliteitsverbetering, evenals de versterking van managementcapaciteiten.

De netwerken zijn ook ontworpen om, door middelen te delen en belangrijke structuren te creëren, de capaciteit te versterken om grootschalige projecten te realiseren, de uitvoering van innovatieve projecten en de aankoop van geavanceerde hulpmiddelen te vergemakkelijken ... Deze belangrijke structuren zullen professionals ook de mogelijkheid bieden om aantrekkelijkere loopbanen en interne mobiliteit aan te bieden en zullen ziekenhuizen aantrekkelijker maken, die talent zullen kunnen aantrekken en behouden.

1.2 | Kaart

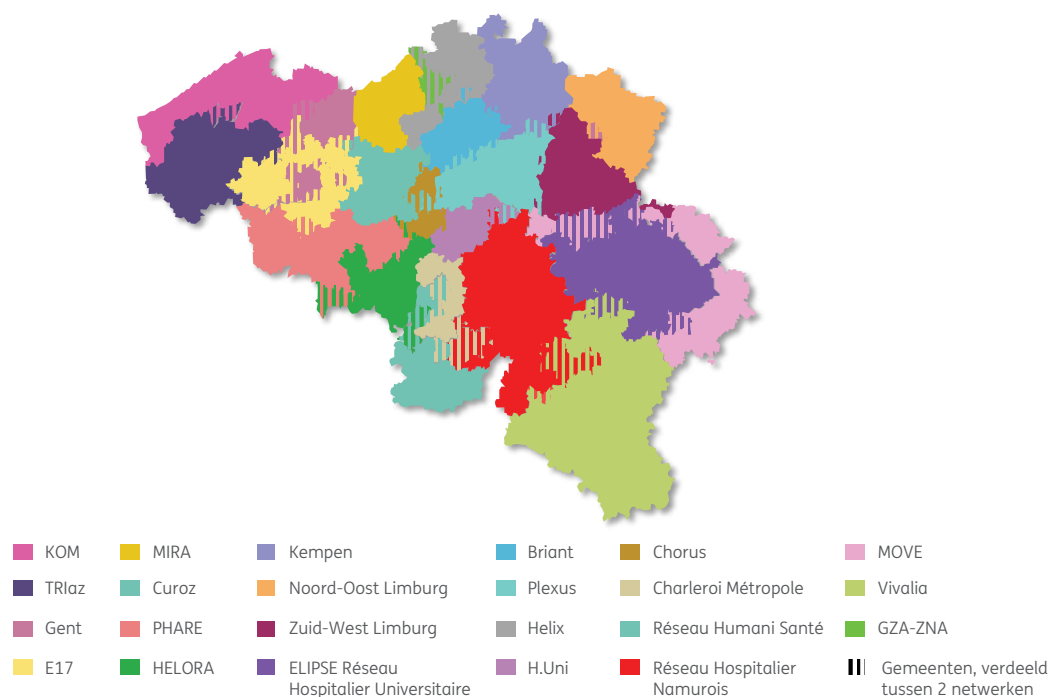
De onderstaande kaart toont de locoregionale ziekenhuisnetwerken zoals ze vandaag in België zijn samengesteld. De geografische zones werden bepaald op basis van de rekruteringszones van de ziekenhuizen van elk netwerk.

Het wervingsgebied van een netwerk wordt gedefinieerd volgens 4 criteria:

- het netwerk behaalt 40% marktaandeel in de gemeente,
- de gemeenten waar het netwerk de meeste opnames maakt, worden in het wervingsgebied in aanmerking genomen totdat het cumulatieve aantal van deze opnames 80% van de activiteit van het netwerk bereikt. Met andere woorden, de gemeenten die het samen mogelijk maken om 80% van de activiteit van het netwerk te bereiken, maken deel uit van het wervingsgebied,
- gemeenten waar het marktaandeel van het netwerk minder dan 3% bedraagt, worden uitgesloten van het wervingsgebied,
- de gemeenten die worden gedeeld tussen 2 wervingsgebieden zijn als volgt verdeeld: als de activiteit van een netwerk in de gemeente groter is dan 1,5 keer de activiteit van het andere netwerk, wordt deze laatste toegewezen aan haar wervingsgebied. Anders wordt de gemeente gedeeld tussen de twee netwerken.

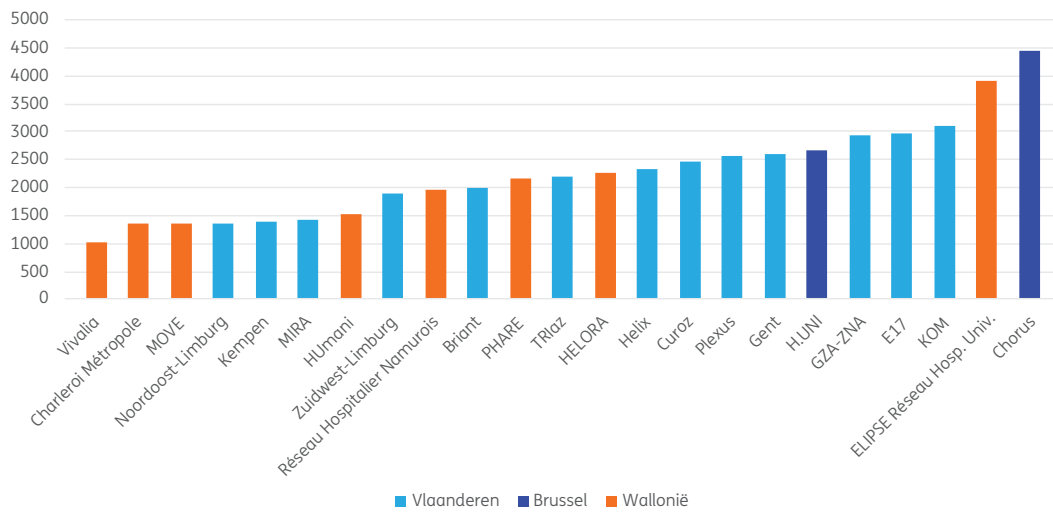
De analyses van de netwerken en hun respectievelijke wervingsgebieden (toelatingen, marktaandelen, omzet, goedgekeurde bedden) komen voort uit gegevens van de FOD Volksgezondheid voor de jaren 2019 en 2021.

Figuur 1: Locoregionale ziekenhuisnetwerken in België¹

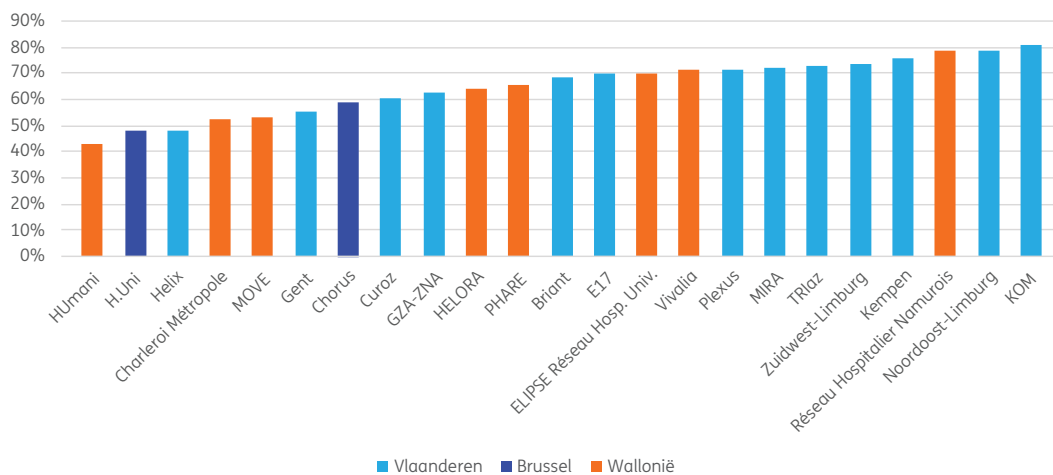


¹ Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. 2019. Ruwe gegevens.

Figuur 2: Erkende bedden van de locoregionale ziekenhuisnetwerken²



Figuur 3: Marktaandeel per netwerk (totaal aantal ziekenhuisopnames)³

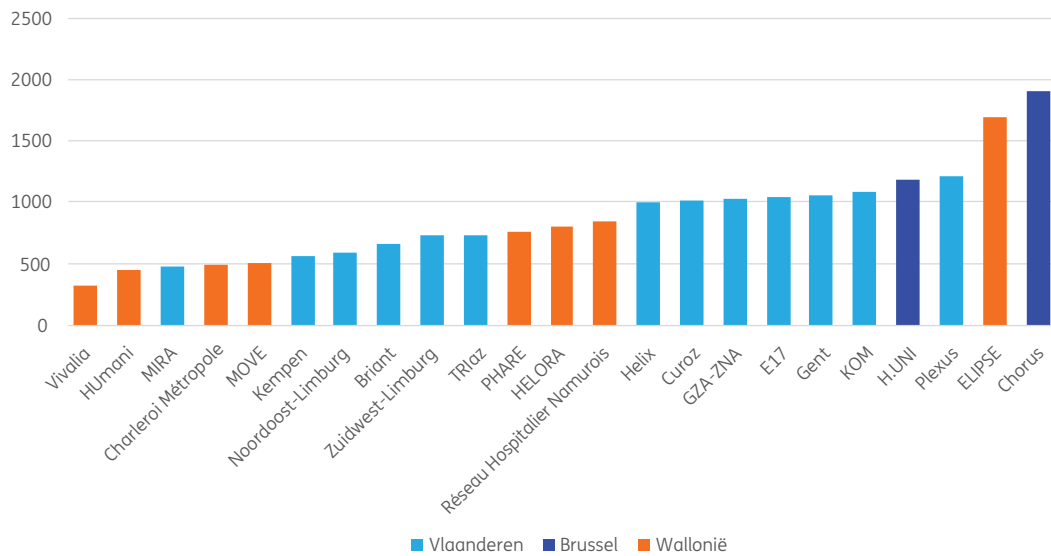


De bovenstaande grafiek geeft de marktaandelen weer voor de wervingsgebieden van elk netwerk. Het marktaandeel kan worden gedefinieerd als **het aantal ziekenhuisverblijven van een netwerk in vergelijking met het totale aantal opnames in de gemeenten van haar wervingsgebied**. Deze indicator weerspiegelt het vermogen van het netwerk om patiënten aan te trekken in de gemeenten waar het netwerk gevestigd is en kan worden gebruikt als een **maatstaf voor het “vertrouwen”** van de bevolking in het netwerk. Bijvoorbeeld: 72,3% van de klassieke ziekenhuisopnames in het wervingsgebied van het MIRA-netwerk gebeurt door ziekenhuizen die tot het netwerk behoren, namelijk door AZ Lokeren, AZ Nikolaas of AZ Sint-Blasius.

² Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. 2021. Ruwe gegevens.

³ Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. 2019. Ruwe gegevens.

Figuur 4: Omzet per netwerk (in miljoen EUR)⁴



Het gemiddelde netwerk in België

Ziekenhuizen: 5

Bedden: 2.249 (waarvan 227 gespecialiseerd voor behandeling en revalidatie "GZ-bedden")

Bediende bevolking: 614.366 inwoners

Totaal marktaandeel: 65% (klassieke en daghospitalisaties)

Gemiddelde omzet: 887 miljoen euro

⁴ Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. 2019. Ruwe gegevens.

Tabel 1: Samenvatting van de belangrijkste indicatoren van locoregionale ziekenhuisnetwerken^{5,6}

Regio	Netwerk	Bevolking 2021	Goedgekeurde bedden 2021	Toelatingen 2019	PMO 2019	Omzet 2019 (miljoen EUR)
Brussel	H.UNI	892.407	2.655	114.161	47,8%	1.194
	Chorus	1.380.173	4.466	215.143	59,1%	1.924
Vlaanderen	MIRA	415.419	1.409	116.248	72,3%	482
	Kempen	486.505	1.367	143.509	75,9%	566
	Noordoost-Limburg	400.056	1.357	120.969	78,9%	597
	Briant	544.992	2.002	129.481	68,1%	664
	Zuidwest-Limburg	522.728	1.885	149.777	73,2%	745
	TRlaz	495.187	2.188	146.074	73,1%	746
	Helix	1.077.750	2.318	178.448	48,0%	1.012
	Curoz	835.713	2.473	163.668	60,0%	1.022
	GZA-ZNA	686.181	2.922	143.136	62,6%	1.040
	E17	711.546	2.961	193.742	69,6%	1.056
	Gent	601.488	2.582	117.925	55,4%	1.071
	KOM	611.656	3.113	204.162	81,0%	1.101
	Plexus	596.802	2.563	139.556	71,3%	1.231
	Wallonië	Vivalia	293.173	991	58.589	71,1%
HUmani		313.729	1.506	47.177	42,8%	455
Charleroi Métropole		392.161	1.342	70.050	52,3%	494
MOVE		304.695	1.357	45.477	53,1%	517
PHARE		535.817	2.162	118.864	65,1%	771
HELORA		545.598	2.242	117.648	64,0%	813
Réseau Hospitalier Namurois		497.463	1.938	127.086	78,8%	859
ELIPSE Réseau Hosp. Univ.		989.201	3.917	204.422	69,7%	1.707

⁵ Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. 2019. Ruwe gegevens.

⁶ Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. 2021. Ruwe gegevens.



2. Het concept van shared services:

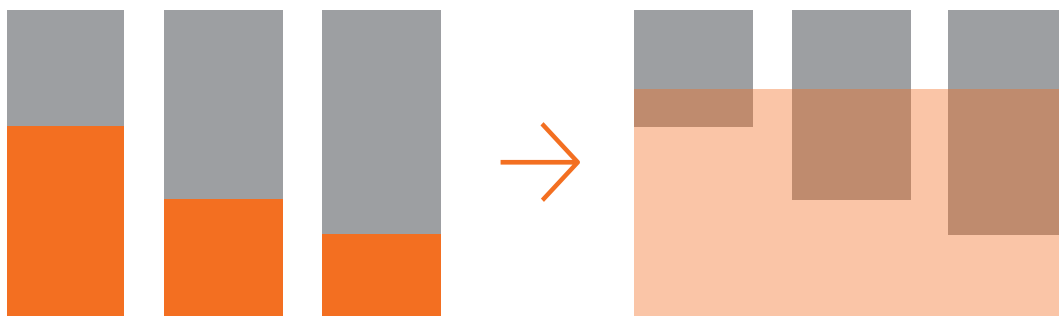
deconstrueren en reconfigureren

2.1 | Definitie

Een shared service kan worden gedefinieerd als de gecoördineerde, of anderszins expliciet overeengekomen, gedeelde verantwoordelijkheid voor de dienstverlening door twee of meerdere onafhankelijke ziekenhuizen⁷. De praktijken van shared services omvatten de integratie of consolidatie van diensten van verschillende delen van een organisatie of van verschillende organisaties tot een (semi-)onafhankelijke entiteit.

Het creëren van shared services begint daarom met het deconstrueren van een deel van de betrokken organisaties of entiteiten. Deze partijen worden vervolgens opnieuw samengesteld, om middelen te delen en diensten aan te bieden op een transversale en onafhankelijke manier, met een nieuwe klant-leverancierstatus.

Figuur 5: Een shared service impliceert het deconstrueren en opnieuw samenstellen van de initiële diensten



Deze entiteit, aangeduid als een “shared service centrum” (SSC) is daarom een aparte en verantwoordelijke (semi-)autonome afdeling binnen een grotere organisatie-eenheid, die wordt gebruikt om een aantal activiteiten en de dienstverlening aan de bedrijfsonderdelen van deze grotere entiteit opnieuw samen te stellen op basis van overeengekomen voorwaarden⁸. Het is verantwoordelijk voor de aansturing van processen en activiteiten namens de verschillende afdelingen (in dit kader de ziekenhuizen).

⁷ Wellever A. 2001. Shared services: The Foundation of Collaboration. Academy for Health Services Research and Health Policy.

⁸ Joha, A. and Janssen, M. 2010. Public-private partnerships, outsourcing or shared service centres? Motives and intents for selecting sourcing configurations, Transforming Government: People, Process and Policy, Vol. 4 No. 3, pp. 232-248.

2.2 | Het continuüm van shared services

Twee visies maken het mogelijk om de verschillende soorten bestaande samenwerkingen te begrijpen, door hun intrinsieke doel te bestuderen⁹. Zoals we eerder hebben gezien, evolueert het begrip shared services in uiterst complexe en gevarieerde configuraties en kan het zeer verschillende concepten aannemen. Afhankelijk van het land, de visies en de mate van samenwerking spreken we over shared services, mutualisering, samenwerking, enz.

Het begrip “shared service”¹⁰

- kan gaan om het samenvoegen van een **bron** (personeelszaken, informatie (data), technieken (medische apparatuur, HR-software) of een **vaardigheid** (implementatie van een gemeenschappelijke kwaliteitsdienst);
- kan worden ervaren binnen een structuur en kan regionaal, nationaal of internationaal (**geografisch**) zijn;
- kan betrekking hebben op verschillende niveaus van het **proces**: aankoop, behandeling, expertise (HR); producten en diensten (receptie, database,) prestatie- en kwaliteitsbewaking¹¹.

We stellen echter vast dat deze samenwerking verder kan gaan in het kader van de openbare diensten en van de gezondheidsdiensten. Dat wordt soms gezien als een samenwerking voor de langere termijn op basis van gemeenschappelijke waarden en belangen.

We hebben dus een continuüm met aan de ene kant een visie die de aanpak beschouwt als “het **delen van bronnen en middelen** (technisch, financieel, logistiek, enz.) in een logica van kwaliteitsverbetering en kostenreductie: schaalvoordelen, tijdswinst, toegevoegde waarde ...”¹² en anderzijds een veel meer collaboratieve en associatieve langetermijnvisie met ziekenhuizen die **waarden en een gemeenschappelijke visie** delen.

Figuur 6: het continuüm van shared services



⁹ Fresnais, J. 2015. La mutualisation des moyens. Un défi managérial, Béatrice Fermon éd., Performance et innovation dans les établissements de santé.

¹⁰ Caron A., Ferchaud, B. 2006. Mutualiser pour répondre à de nouveaux besoins. Bulletin des bibliothèques de France (BBF), n° 5, blz. 101-102.

¹¹ Caron A., Ferchaud, B. 2006. Mutualiser pour répondre à de nouveaux besoins. Bulletin des bibliothèques de France (BBF), n° 5, blz. 101-102.

¹² Caron A., Ferchaud, B. 2006. Mutualiser pour répondre à de nouveaux besoins. Bulletin des bibliothèques de France (BBF), n° 5, blz. 101-102.

2.3 | Waarom een shared service?

Bedrijven die actief zijn in steeds meer competitieve en wereldwijde markten zijn op zoek naar oplossingen waarmee ze hun **efficiëntie en winstgevendheid** kunnen vergroten. De praktijk van shared services is geen nieuw fenomeen en werd reeds geïmplementeerd in andere sectoren dan enkel de zorg. Hoewel initiatieven voor shared services hun oorsprong vinden in de particuliere sector, hebben ze ook de aandacht getrokken van de publieke sector, die meestal wordt gekenmerkt door beperkte beschikbare budgetten.

De oprichting van shared service centra (SSC) kan ook worden gemotiveerd door andere strategische intenties. De **specialisatie en concentratie van diensten** die de fundamentele bedrijfsprocessen van een bedrijf ondersteunen in een eenheid die shared services levert, is een uitgangspunt van het concept. Zo maakt de concentratie van bepaalde “back-office”-diensten het mogelijk om **meer te focussen op de voornaamste activiteit van de organisatie en het dubbel werk en bijhorende kosten te verminderen**. Een SSC levert doorgaans diensten zoals boekhouding, salarisadministratie, personeelszaken, juridische, fiscale en IT-diensten.

In de zorgsector hebben shared services, naast de gebruikelijke voordelen, een aantal sectorspecifieke troeven.

Figuur 7: Voordelen van shared services in de gezondheidszorg



a. Schaalvoordelen

Het (Belgische) ziekenhuislandschap is gefragmenteerd, waarbij elke instelling een uitgebreid dienstenpakket aanbiedt dat nog maar weinig op elkaar is afgestemd. De zware kapitaalvereisten die het kenmerken maken het een industrie waar opschalingsprestaties kan stimuleren. Vele gezondheidsstelsels zijn op deze manier gegroeid, door consolidaties en overnames, waardoor niet alleen schaalvoordelen worden behaald, maar ook een beter onderhandelingsvermogen.

b. Operationele efficiëntie

Consolidatie van personeel en infrastructuur, fysiek en/of digitaal, leidt ook tot een verbeterde operationele efficiëntie. Het bereiken van een kritieke massa door de betrokken organisaties, die ze individueel niet zouden hebben, maakt het mogelijk om nieuwe diensten aan te bieden en het portfolio uit te breiden (economies of scope), maar ook om een betere kwaliteit en efficiëntie van de zorg te garanderen.

Dankzij de shared service, die deel uitmaakt van een langetermijnvisie, kan beter worden ingespeeld op bepaalde uitdagingen zoals ongebruikelijke aanvragen, voorraadtekorten of juist overbevoorrading. Hierdoor kunnen de reserves worden geoptimaliseerd.

Bovendien kan een shared service-entiteit die zich richt op procesverbetering jaar na jaar leiden tot een significante productiviteitsverhoging, wat werd bevestigd in verschillende werkgroepen onder leiding van Antares Consulting met bepaalde ziekenhuizen in het kader van netwerkprojecten.

c. Kwaliteit

Meer dan alleen een oplossing om algemene en administratieve kosten te verlagen, helpt kostendeling de **kwaliteit** te verbeteren, **innovatie** te bevorderen en grotere **volumes** aan patiëntenzorg mogelijk te maken.

- > In het geval van de **concentratie van een klinische activiteit rond een specialisme**, maakt dit het mogelijk om de variabiliteit van de klinische praktijk te verminderen en een grotere mate van specialisatie te ontwikkelen. Een belangrijke factor is het kunnen bereiken van een **voldoende hoog volume** om een adequaat kwaliteitsniveau te garanderen. De minimale activiteitendrempels die door de regelgevende instantie zijn ingevoerd, zullen ziekenhuizen verder aanmoedigen om bepaalde activiteiten in de toekomst te consolideren.
- > Op **aankoopniveau** maakt een dergelijke configuratie strategisch management mogelijk om de relaties met leveranciers te optimaliseren, de juiste dienstverleners te selecteren, wereldwijde aankopen te doen of specifieker en meer kostenintensief voor bepaalde zware apparatuur te kiezen (bijvoorbeeld in de radiologie), wat dus de aantrekkelijkheid van een vestiging en de kwaliteit van haar zorg bepaalt. Aankoop kan ook gebruikt worden om aspecten als minimale kwaliteitsniveaus af te dwingen (bijvoorbeeld door het als verplichte eis in het inkoopproces toe te voegen).

Het shared services-model kan daarom ziekenhuissystemen aanzienlijk helpen om door een moeilijk economisch landschap te navigeren, zonder afbreuk te doen aan de kwaliteit voor de patiënt.

d. Onderzoeks- en onderwijscapaciteit

Naast logistieke en aankoopdiensten zijn shared services ook van belang bij het creëren van kwaliteitsborgingsdiensten of het creëren van onderzoekscentra.

Het samenvoegen van middelen maakt het mogelijk om de essentiële kritische massa te bereiken en over meer middelen te beschikken, zowel in termen van technische prestaties (experimentele platforms), als op methodologisch en organisatorisch vlak. Dit kan een opening naar andere duurder disciplines zoals nanotechnologie mogelijk maken, of zelfs een verbetering van de capaciteit om patiënten op te nemen in klinische onderzoeken.



e. Aantrekkelijkheid voor professionals en patiënten

In dezelfde lijn kunnen ziekenhuizen door verbetering van de kwaliteit en specialisatie in bepaalde sectoren aantrekkelijker worden en daardoor toegang krijgen tot “uitzonderlijke” medische vaardigheden, wat kleinere instellingen misschien niet alleen kunnen. Hetzelfde geldt voor niet-medische profielen die erg kostelijk en zeldzaam kunnen zijn voor ziekenhuizen, zoals een cyberveiligheids- of robotica-ingenieur.

Net zoals universitaire centra met een goede medische en onderzoeksreputatie doorgaans professionals aantrekken, zouden ziekenhuisinstellingen ook deze aantrekkelijkheid voor de bevolking genieten vanwege de erkende kwaliteit van hun medische teams en hun patiëntenzorg.

f. Dienstenportfolio

De implementatie van shared services in een specifiek medisch gebied kan het mogelijk maken om het aantal patiënten en handelingen in een bepaald klinisch specialisme te vergroten, maar ook om te investeren in nieuwe subspecialismen in een bepaald klinisch domein. Een aanwinst, zeker voor kleine en middelgrote ziekenhuizen, om het aanbod in het wervingsgebied en daarmee de toegankelijkheid van de bevolking tot de gezondheidszorg te verbeteren.

Dergelijke diensten kunnen lacunes in het patiëntentraject aan het licht brengen en deze opvullen door klinische trajecten op te zetten waarin alle zorg en dienstverlening aan patiënten met dezelfde aandoening wordt geïntegreerd.

2.4 | Topologieën voor shared services

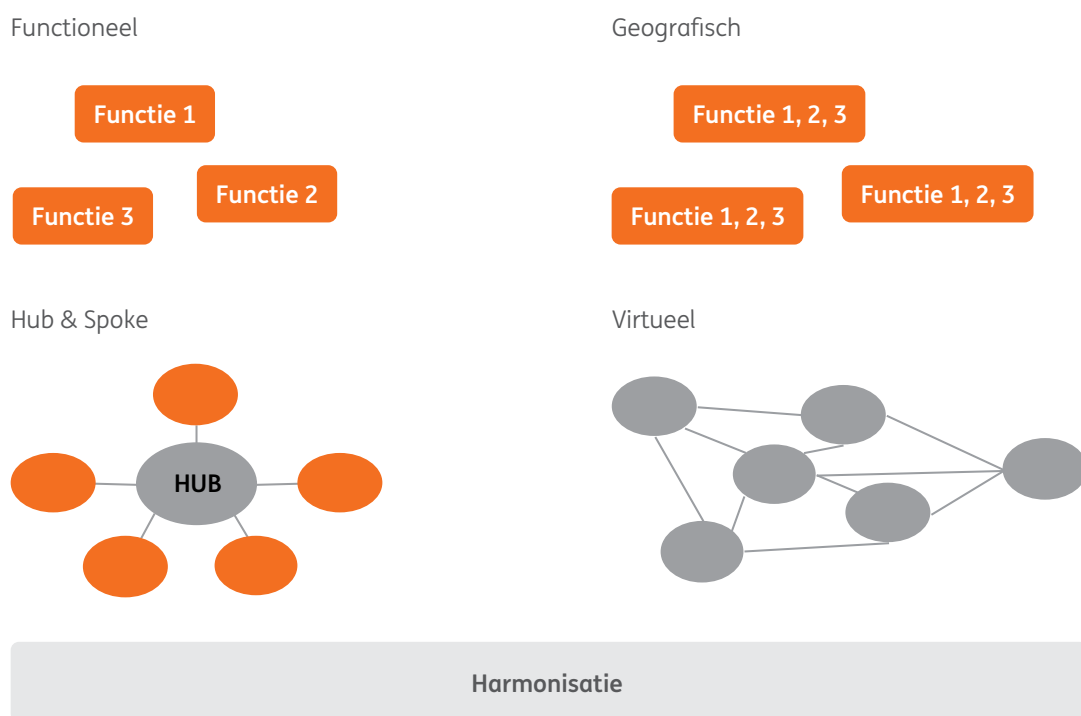
De diensten kunnen ingedeeld worden volgens hun **functie**, of ze kunnen gegroepeerd worden in zorggebieden, waarbij elk afgebakend **gebied** dus alle diensten aanbiedt.

Het **hub and spoke-model** daarentegen organiseert zorgdiensten in een netwerk dat bestaat uit een **ankervestiging** (hub) die een volledig dienstenaanbod biedt, aangevuld met **secundaire zorginstellingen** (spokes) die assortimenten van meer beperkte diensten aanbieden, waarbij patiënten die intensievere diensten nodig hebben naar de hub worden geleid, om daar te worden behandeld¹³.

Een andere optie, in plaats van fysieke shared services, is een **virtueel netwerk** dat zorgt voor communicatie tussen meerdere computers, virtuele machines (VM's), virtuele servers of andere eindpunten in verschillende kantoren en datacenters, waardoor apparaten verspreid over vele locaties met dezelfde mogelijkheden kunnen werken als een traditioneel fysiek netwerk.

Welke vorm ook wordt gekozen, voor elke optie is harmonisatie van processen en normen nodig. Deze harmonisatie kan van tevoren worden verwezenlijkt, of geleidelijk tot stand komen naarmate de shared service zich ontwikkelt.

Figuur 8: Topologieën van shared services



¹³ Elrod, JK, Fortenberry, JL. The hub-and-spoke organization design: an avenue for serving patients well. BMC health services research. 2017 Jul;17(1):25-33. Accessed on February 8, 2021 at <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2341-x?report=reader>

2.5 | Typologieën van shared services

Verskillende types van samenwerking kunnen instellingen verenigen. Gebaseerd op de typologie van de “European Services Strategy Unit”, toegepast op shared services in overheidsinstanties¹⁴, stellen we een typologie voor die door ons is aangepast aan ziekenhuizen.

Typologie, gebaseerd op de relatie tussen instellingen	
Type samenwerking	Voorbeeld
1 Samenwerking en gedeelde procedures tussen twee of meer instellingen	De samenvoeging van een opleidingscentrum of kwaliteitsprocedures
2 Consolidatie van organisatie binnen een instelling op regionaal of nationaal niveau	Oprichting van een geïnstitutionaliseerde groep met gemeenschappelijke functies (TZG in Frankrijk)
3 Hoofdbevoegdheid namens een groep instellingen	Oprichting van een federatie van ziekenhuizen voor het beheer van IT-diensten, met bevoegdheid om samen te werken met instellingen voor sociale zekerheid (Fédération des Hôpitaux Vaudois Informatique)
4 Diensten die gezamenlijk worden beheerd door een groep/consortium van instellingen op subregionaal of regionaal niveau.	Implementatie van functionele back- of front-officediensten (logistiek, laboratorium, enz.)
5 Strategisch partnerschap of gemeenschappelijke onderneming (joint venture) met een derde partij/externe speler	Samenwerking tussen ziekenhuizen en transportbedrijf om het transport van medische apparatuur te verzekeren (Inter Healthcare Transport)
6 Uitbesteding / Delokalisering	Het uitbesteden aan een externe dienstverlener van een activiteit die oorspronkelijk door de organisatie werd uitgevoerd.

Naar een eerder geïntegreerd of samenwerkend systeem?

We spreken van een **geïntegreerd systeem** wanneer meerdere zorginstellingen deel uitmaken van één rechtspersoon die het geheel overkoepelt. De samenwerking verloopt in dit geval formeler. We spreken van een **samenwerkend systeem** wanneer deze zorginstellingen elk hun rechtspersoon behouden. In beide gevallen zijn verschillende gradaties van samenwerking mogelijk. De details van dit onderscheid vallen buiten het kader van dit onderzoek.

Let wel, de vraag heeft zijn plaats in de ontwikkeling van netwerken in België. Politieke autoriteiten moeten een standpunt innemen over het soort samenwerking dat zij voor ogen hebben. Het debat is momenteel zeer actueel in Frankrijk, met de implementatie van mutualisering in de regionale ziekenhuisgroepen.

¹⁴ European Services Strategy Unit. 2007.

2.6 | Centralisatie en uitbesteding

Soms wordt de term 'shared services' door elkaar gebruikt met de termen 'centralisatie' en 'uitbesteding'. Hoewel ze enkele kenmerken gemeen hebben, is het belangrijk om het onderscheid te maken.

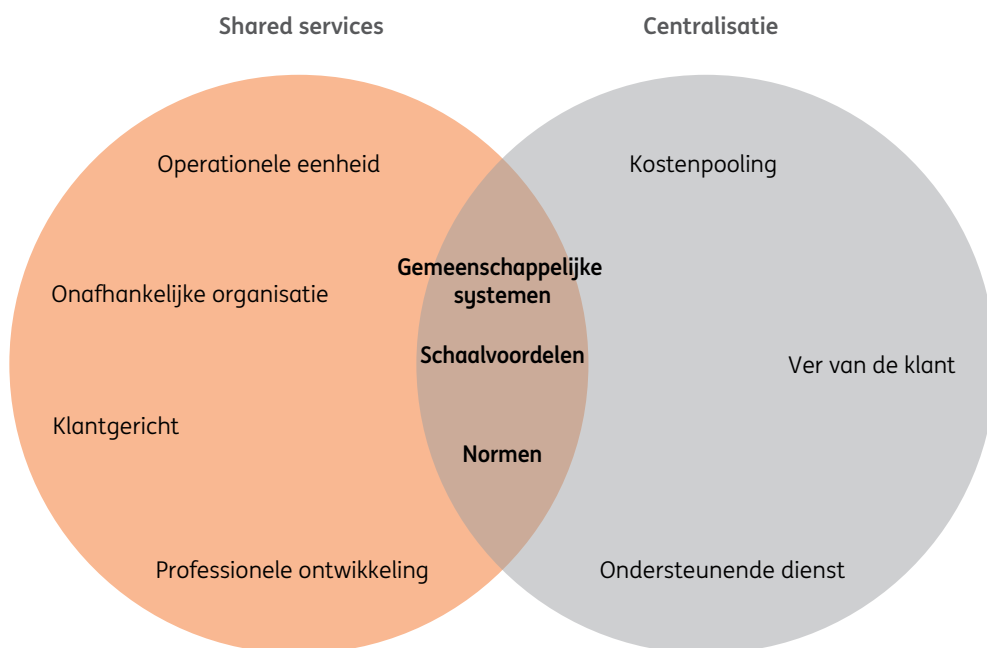
“Het creëren van shared services biedt niet de mogelijkheid om met een schone lei te beginnen. Het zorgt voor harmonie met het verleden en biedt de instellingen een zekere mate van autonomie.”

Het belangrijkste debat draait om het verschil tussen shared services en **centralisatie**. Beide hebben betrekking op de concentratie van systemen die voorheen afzonderlijk door aparte entiteiten werden beheerd, waarbij schaalvoordelen de belangrijkste drijfveer zijn; en beide zijn opgebouwd rond goed gedefinieerde kwalitatieve en/of kwantitatieve normen.

In plaats van te worden beheerd als een gecentraliseerde functie, werkt een eenheid van shared services als een interne klantendienst, terwijl een **gecentraliseerde dienst** doorgaans werkt als een verlengstuk van de functionele teams op het hoofdkantoor van een bedrijf en bepaalde soorten werk die in de hele onderneming vereist zijn (bijvoorbeeld verwerking van transacties) worden uitgevoerd door deze enkele gecentraliseerde organisatie. Het factureert doorgaans bedrijfseenheden voor geleverde diensten en gebruikt service level agreements als een middel voor contractuele afspraken die prestatie-indicatoren specificeren voor kosten, tijd en kwaliteit.

Bovendien vertoont centralisatie vaak bureaucratische neigingen, met een oriëntatie gericht naar het hoofdkantoor, terwijl shared services doorgaans naar buiten gericht zijn, op hun interne klanten, met een uitgesproken klant-leverancierrelatie¹⁵.

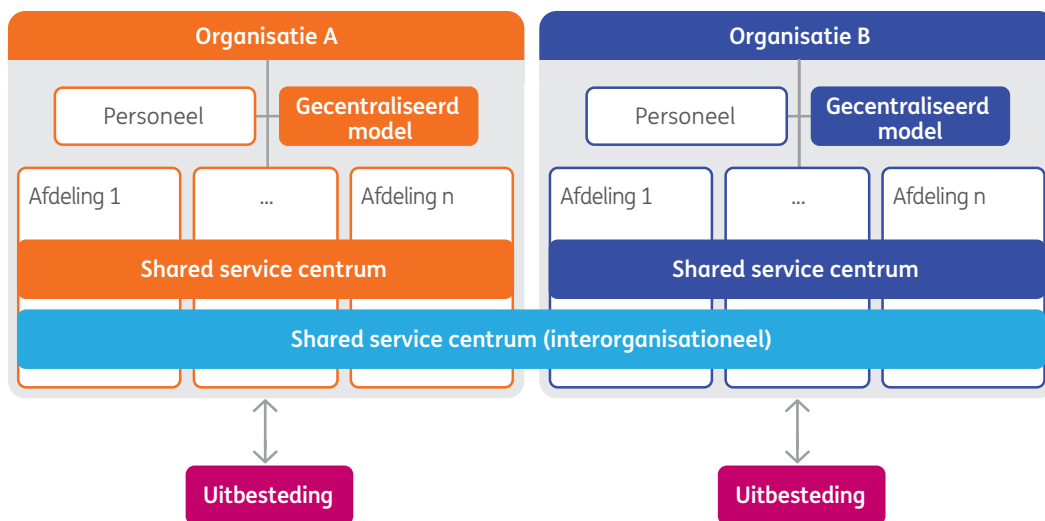
Figuur 9: Shared service of centralisatie



¹⁵ Ulbrich, F. 2003. Introducing a research project on shared services in governmental agencies. In: 17th Nordic Academy of Management Conference, 14–16 August, 2003, Reykjavik, Iceland.

Net als bij **uitbesteding** kunnen shared services schaalvoordelen opleveren en de arbeids- en infrastructuurkosten beter beheersen in gebieden waar de fysieke locatie van het werk geen probleem stelt. Een belangrijk verschil tussen beide is echter dat uitbesteding wordt verzorgd door een derde partij die juridisch onafhankelijk is van de groep, terwijl een organisatie met shared services eigendom is van de groep. Bij shared services blijven medewerkers de taken uitvoeren en moeten systemen volledig geïntegreerd zijn met de systemen en processen van de bedrijfseenheid¹⁶. Het tariefstelsel verschilt ook: bij uitbesteding is het gebaseerd op verhandelbare marktprijzen, terwijl shared services vaak gebruik maken van verrekenprijzen en zelden marktprijzen.

Figuur 10: CSP, centralisatie en uitbesteding in een organisatie¹⁶



¹⁶ Janssen, M.; Joha, A. 2006. Motives for establishing shared service centers in public administrations.

3. Actuele trends die de relevantie van shared services verklaren



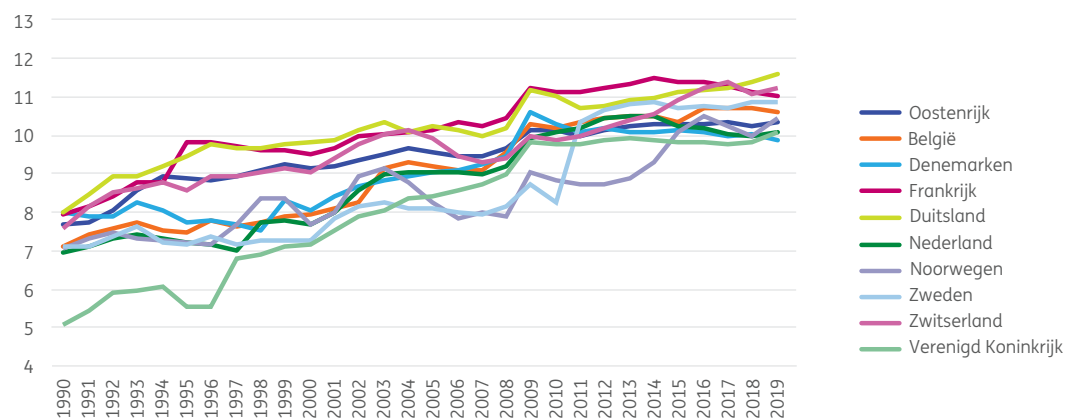
3.1 | Financiële druk

Meer dan ooit is zorg van betere kwaliteit beschikbaar voor een groter deel van de bevolking. De steeds efficiënter wordende gezondheidszorg kan een steeds groter aantal aandoeningen behandelen, met name in het licht van de vergrijzing van de bevolking en het belang van (vroeger acute en nu chronische) ziekten.

Technologische vooruitgang heeft geleid tot de ontwikkeling van minimaal invasieve technieken, biotechnologie, transplantatiechirurgie en in toenemende mate informatietechnologie.

Deze ontwikkelingen hebben echter een hoge prijs. De kosten van de gezondheidszorg zijn in de loop der jaren gestaag gestegen en zullen dat ook in de toekomst blijven doen, voornamelijk als gevolg van diezelfde technologische ontwikkelingen.¹⁷

Figuur 11: Huidige uitgaven voor gezondheidszorg als percentage van het bbp (%) ¹⁸



In 2019* vertegenwoordigden de uitgaven voor gezondheidszorg in België 10,7% van het bbp, wat in lijn ligt met het gemiddelde van de bestudeerde landen.

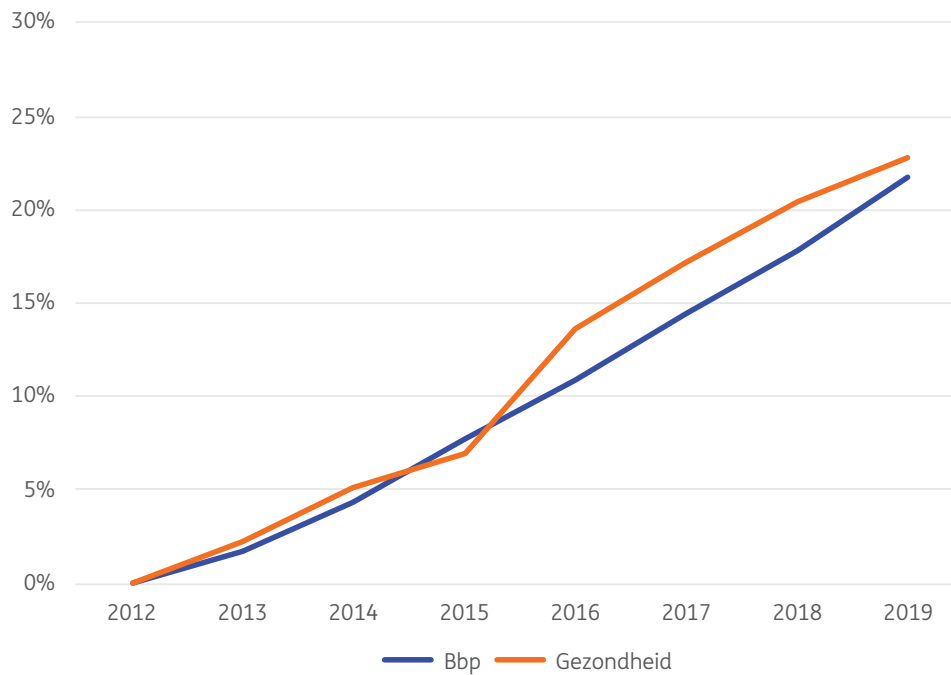
Zoals blijkt uit onderstaande grafiek, volgen de uitgaven voor gezondheidszorg in België een gelijkaardige curve, liggen deze zelfs iets hoger dan die van het bbp voor de jaren 2012 tot 2019* en blijven ze stijgen. Deze trend is nog meer uitgesproken voor de landen die in de steekproef zijn opgenomen.

* Het jaar 2020 is uit deze cijfers weggelaten vanwege het gebrek aan gegevens en de vertekening (met name in het bbp), veroorzaakt door de coronapandemie

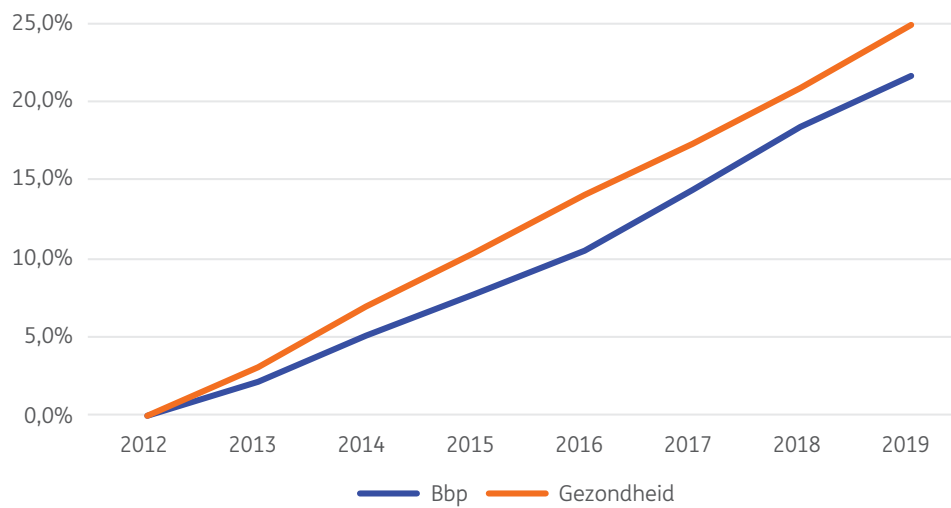
¹⁷ OECD. 2010. Value for Money in Health Spending, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris.

¹⁸ OECD Health Statistics. 2020.

Figuur 12: Cumulatieve groei van het bbp en huidige uitgaven voor gezondheidszorg (%) – België¹⁹



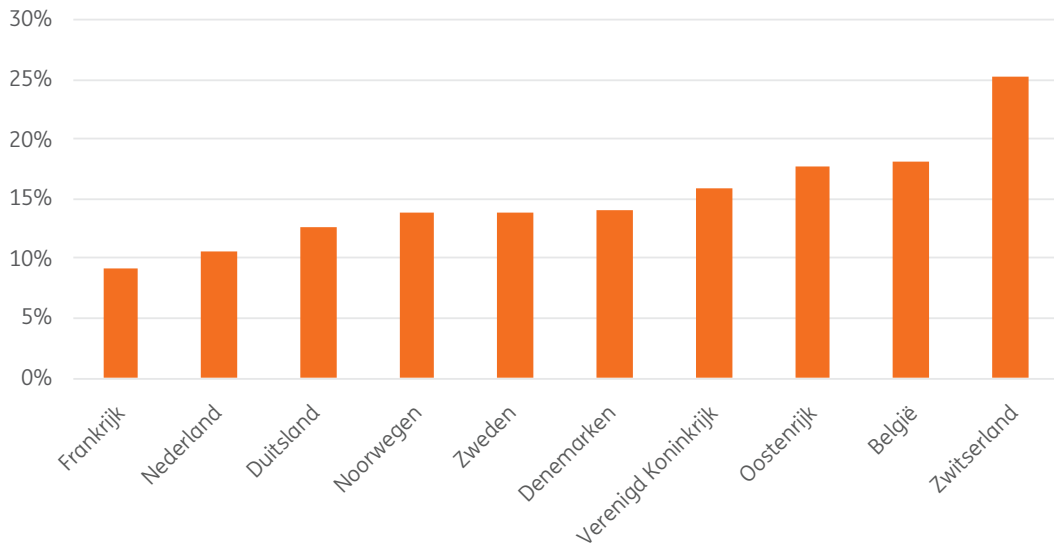
Figuur 13: Cumulatieve groei van het bbp en huidige uitgaven voor gezondheidszorg (%) – Weerhouden landen in de steekproef²⁰



¹⁹ OECD Health Statistics. 2020.

²⁰ OECD Health Statistics. 2020.

Figuur 14: Rechtstreekse betalingen door huishoudens, percentage van de courante uitgaven voor gezondheidszorg (2019)²¹



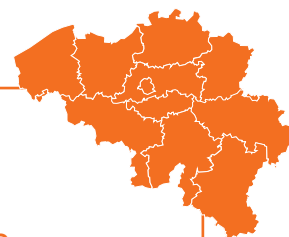
Hierdoor zijn de zorgbudgetten onder druk komen te staan, aangezien in vrijwel alle landen in de steekproef de zorguitgaven vooral met overheidsmiddelen worden gefinancierd. Ondanks deze stijging van de overheidsuitgaven wordt een aanzienlijk deel van de gezondheidszorg nog steeds gefinancierd door rechtstreekse betalingen van huishoudens.

Er worden inspanningen geleverd om de overheidsuitgaven op verschillende manieren te beheersen, door het stellen van budgetplafonds of uitgavenbeperkingen, maar ook door **financiële verantwoording van zorgaanbieders** in de vorm van **meer toekomstgerichte financieringssystemen**. Hierin krijgt de zorgaanbieder een vast bedrag terug nadat een specifieke diagnose of nood aan een dienst is vastgesteld.

Deze systemen bevorderen de efficiëntie **door het financiële risico te verschuiven van de betaler (de overheid) naar de zorgaanbieders**, aangezien deze niet langer worden vergoed op basis van de werkelijke kosten die ze genereren, maar eerder op basis van de vooraf bepaalde kosten van de diensten en zorgepisodes in kwestie. Hiermee kan **overconsumptie van zorg worden voorkomen**, aangezien de meerkosten niet meer worden vergoed en daarmee de totale uitgaven worden beperkt. Deze financiële verantwoording dwingt zorgaanbieders om op hun beurt opnieuw na te denken over hoe zij hun uitgaven beheren.

Om **de continuïteit van betaalbare en toegankelijke zorg te waarborgen**, moeten bestaande middelen daarom door zorgverleners anders worden ingezet. Met andere woorden, een verbetering van de efficiëntie is van cruciaal belang, een behoefte waaraan shared services kunnen bijdragen.

²¹ OECD Health Statistics. 2021.



Financiering van de medische beeldvorming voor opgenomen patiënten

Tot 2008 ging het hier om een vergoeding per prestatie. Sinds 2008 is dit vervangen door een forfaitair bedrag, bestaande uit enerzijds een consultatievergoeding per opname en anderzijds een forfaitair bedrag per opname²².

Het consultatietarief per opname is voor alle ziekenhuizen gelijk en is bedoeld om de radioloog in staat te stellen het meest geschikte onderzoek aan te geven, afhankelijk van de klinische vraag. Het wordt gefactureerd aan elke patiënt die gebruik maakt van medische beeldvorming.

De forfaitaire vergoeding daarentegen wordt berekend volgens de APR-DRG case-mix en verschilt dus per ziekenhuis. Het wordt aangerekend aan alle gehospitaliseerde patiënten, ongeacht of ze gebruik maken van medische beeldvorming (€6,20 eigen bijdrage per opname).

Deze **stopzetting van financiering per prestatie** was bedoeld om de overconsumptie van medische beeldvorming te beteugelen, een dienst die vandaag de dag nog steeds groeit.

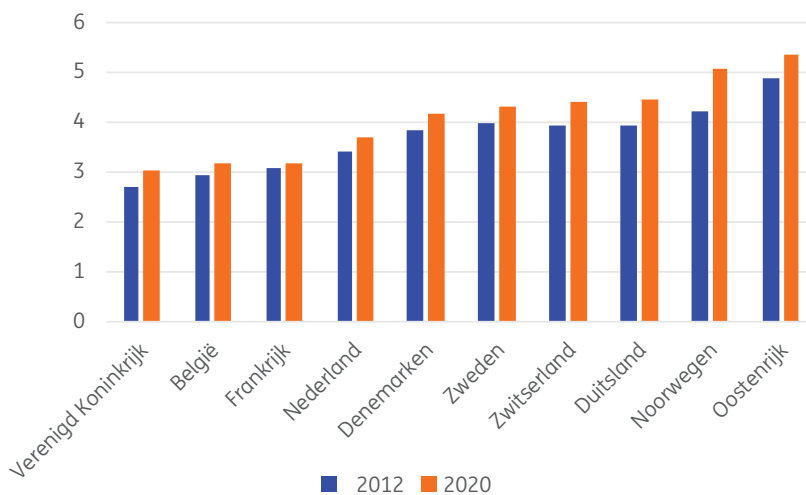
²² Koninklijk besluit van 10 maart 2009 tot uitvoering van artikel 69, lid 1, van de wet op de verplichte zorgverzekering en uitkeringen, geconsolideerd op 14 juli 1994, betreffende de regels voor de berekening van de forfaitaire vergoedingen voor medische beeldvorming, betaald per opname voor opgenomen patiënten

3.2 | Druk op het menselijk kapitaal

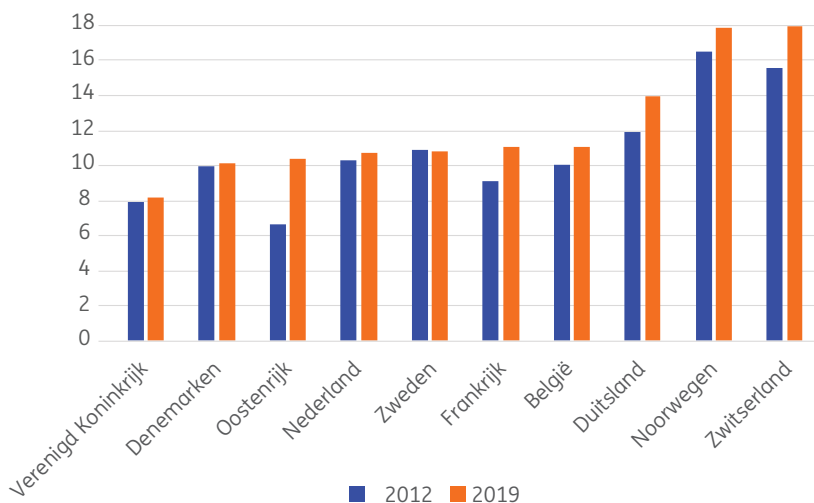
De coronacrisis heeft een reeds bestaand structureel probleem aan het licht gebracht, namelijk het tekort aan gezondheidswerkers. Bij het begin van de crisis in 2020 wees de Europese Commissie met de vinger naar België, en niet voor de eerste keer.

“De coronapandemie heeft een aantal tekortkomingen aan het licht gebracht die de veerkracht van het gezondheidssysteem aantasten wanneer ze worden geconfronteerd met een ernstige volksgezondheids crisis. Het toonde aan dat België te kampen had met een structureel tekort aan gezondheidswerkers, dat moet worden verholpen”²³.

Figuur 15: Evolutie van het aantal artsen per 1.000 inwoners in 2012 en 2020 (of laatste beschikbare jaar)²⁴



Figuur 16: Evolutie van het aantal verpleegkundigen per 1.000 inwoners tussen 2012 en 2019 (of laatste beschikbare jaar)²⁵



²³ Le Soir. 2020. La Commission européenne exhorte la Belgique à remédier à sa «pénurie structurelle» de soignants.

²⁴ OECD Health Statistics. 2021.

²⁵ OECD Health Statistics. 2021.

België kampt met een **tekort aan artsen**, dat de komende jaren waarschijnlijk nog zal toenemen gezien het hoge percentage oudere artsen²⁶. Aan de andere kant het is belangrijk op te merken dat dit tekort zich in België niet noodzakelijkerwijs manifesteert bij het verplegend personeel, zoals blijkt uit de bovenstaande grafiek.

Het personeelstekort kan ook worden bekeken vanuit de invalshoek van zeer **gespecialiseerde en schaarse profielen**, zoals in het onderhoud van medische apparatuur, of zelfs niet-medische profielen, zoals experts in Business Intelligence.

Hoewel dit een structureel probleem is dat de implementatie van shared services niet helemaal kan oplossen, kunnen deze toch zorgen voor meer flexibiliteit in de organisatie van de zorg in het netwerk. Er moet echter voor worden gezorgd dat de wetgeving deze mobiliteit voor het betrokken zorgpersoneel toelaat.

3.3 | Kwaliteit van de zorg

Een grotere omvang maakt grotere investeringen mogelijk, spreidt het investeringsrisico en wordt geassocieerd met een betere kwaliteit van diensten zoals chirurgische ingrepen.

Een grotere schaal verkleint dus het risico dat gepaard gaat met lage volumes.

In België, net als in de landen om ons heen, implementeren regelgevende instanties activiteitendrempels om erkenningen voor zorgprogramma's te verkrijgen en te behouden, gericht op het bevorderen van de kritische massa die nodig is om de kwaliteit van bepaalde gespecialiseerde procedures te waarborgen. Deze diensten kunnen ook **expertisecentra** worden die de andere instellingen van de gedeelde entiteit kunnen ondersteunen.

Ten slotte kan deze kritische massa helpen de massa te bereiken die nodig is om te **investeren in biomedisch onderzoek en innovatie**.

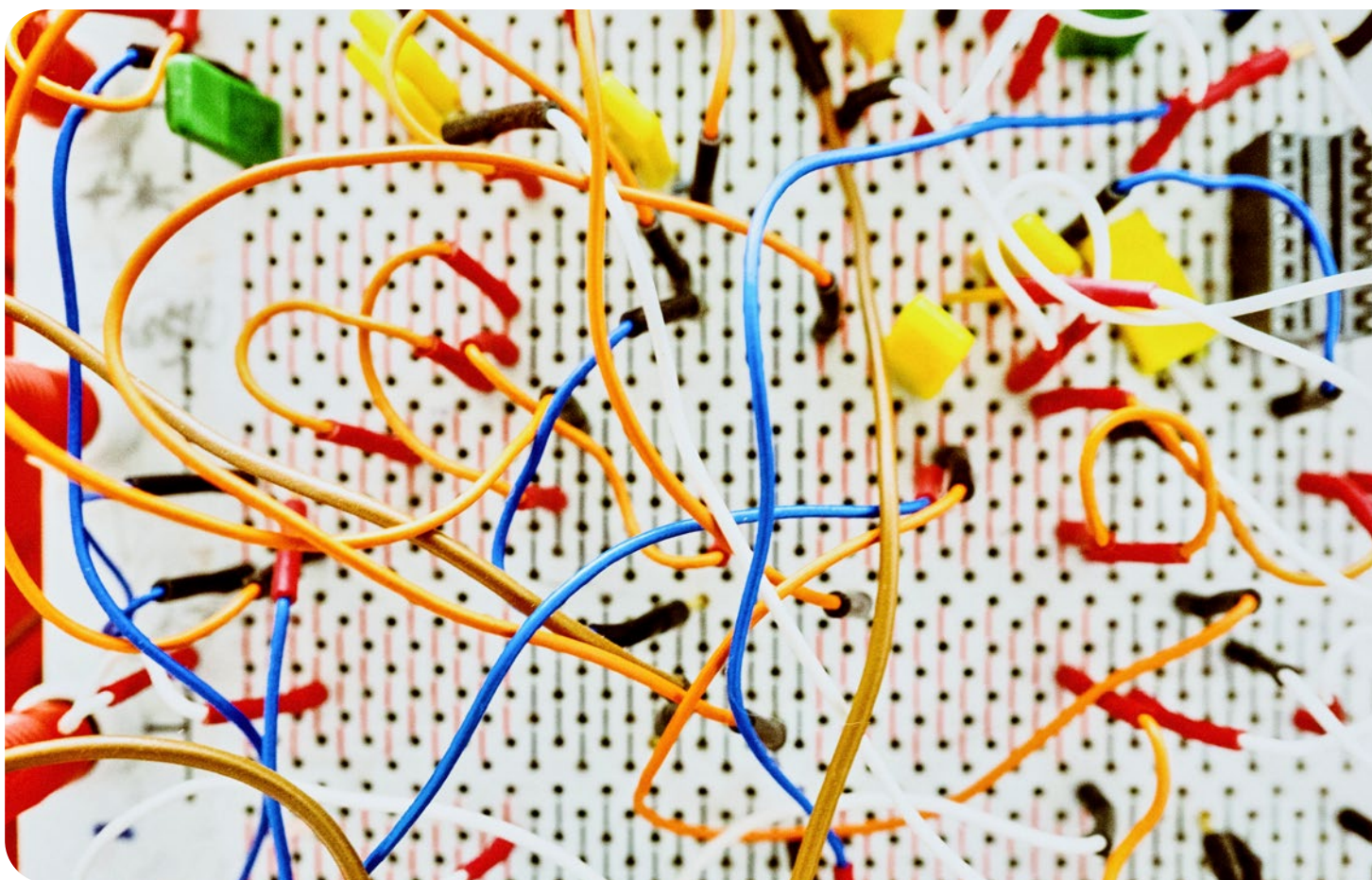
Lokale verankering blijft echter van het grootste belang gezien het "toegangsrisico" dat gepaard gaat met de sluiting van lokale diensten.


²⁶ Antares Consulting. 2020. Health Prospecting 2020: Hoe kan innovatie beter geïntegreerd worden in het Belgische gezondheidssysteem?

3.4 | Geavanceerde informatie- en communicatietechnologieën (ICT)

Vooruitgang in ICT en de opkomst van nieuwe modellen (cloud computing, enz.) bevorderen de ontwikkeling van shared services. Het doel is **een einde te maken aan de fragmentatie van de uitvoering van IT-activiteiten**. Het gaat dus noodzakelijkerwijs om de standaardisatie van processen.

Het **delen van gegevens** vormt de kern van collaboratieve logistiek. Het is immers belangrijk om de goederenstroom en de gegevensstroom wereldwijd te beheren. Het doel is om op alle niveaus informatie te kunnen verstrekken die een **optimale besluitvorming in realtime** mogelijk maakt. Dit vereist de ontwikkeling van complexe informatiesystemen.



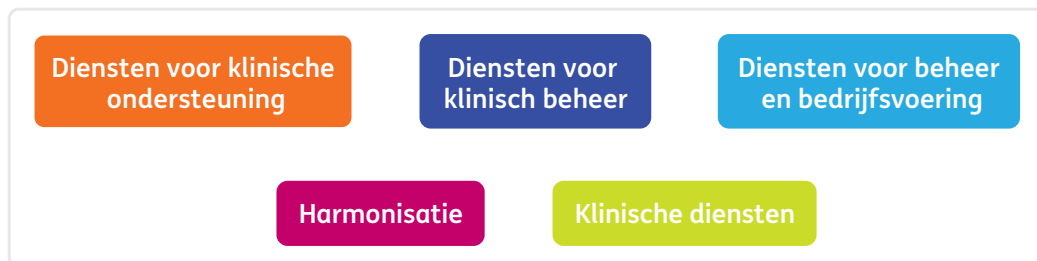
The image shows the interior of a hot air balloon basket. The basket is made of orange fabric and has a circular opening at the top. The interior is lined with a blue and green patterned fabric. Two people are standing in the center of the basket, looking at a white backdrop that has several green circular cutouts. The person on the left is wearing a black top and dark pants, and the person on the right is wearing a black top and orange pants. The basket is suspended by ropes and has a small white device with a red light and the number '11' attached to the top. The overall scene is brightly lit, suggesting it is daytime.

4. Ervaringen van shared services in Belgische netwerken

4.1 | Raadpleging op het terrein

We hebben de vertegenwoordigers van verschillende ziekenhuisnetwerken in België geraadpleegd om te begrijpen hoe shared services door ziekenhuizen in het land worden ervaren. Het doel? **De relevante diensten identificeren en valideren** op basis van de opgedane ervaringen **die moeten worden gedeeld, hun mate van haalbaarheid en de waarde die ze kunnen opleveren**. Deze waarde wordt geschat in termen van verbetering van de kwaliteit van de zorg, schaalvoordelen, uitbreiding van de portefeuille of zelfs de mogelijkheid om beter voorbereid te zijn op de eisen van morgen. We hebben ook gezocht naar de faciliterende factoren en de belemmeringen voor de implementatie van shared services. Om de uitwisselingen te structureren, zijn de beoogde diensten gegroepeerd in vijf categorieën.

Figuur 16: Soorten shared services en gebundelde activiteiten in de gezondheidssector



Klinische ondersteunende diensten ondersteunen rechtstreeks de klinische activiteiten van de instelling en omvatten het laboratorium, de anatomopathologie, medische beeldvorming, farmacie en sterilisatie.

De **klinische managementdiensten** omvatten alle managementactiviteiten die nodig zijn voor de optimalisatie en de kwaliteit van de klinische activiteiten van een instelling. Dit omvat de codering, het kwaliteitsbeheer, de veiligheid van de patiënt en ziekenhuishygiëne.

Management- en operationele diensten omvatten de administratie, controle, back-office en operationele activiteiten van een vestiging. De functies die er worden gevonden zijn die van economisch en financieel beheer, logistiek, personeelszaken en ICT.

Functies met betrekking tot **harmonisatie** richten zich op afstemming en standaardisatie om de kwaliteit van ondersteuning en klinische activiteiten te verbeteren. In deze categorie bevinden zich het patiëntendossier, het ERP-systeem, de klinische routes, het datamodel (Business Intelligence systeem), en de medische technologieën en apparatuur.

Tot slot zijn **klinische diensten** als dusdanig medische diensten.

4.1.1. Klinische ondersteunende diensten

Anatomopathologie

Onder de klinische ondersteunende diensten is er een algemene consensus over de haalbaarheid en de grote waarde van het delen van een dienst **anatomopathologie**. Omdat de discipline relatief weinig wordt vergoed door het RIZIV, is de exploitatie van een dergelijke dienst op kleine schaal economisch ongunstig.

Wat de **haalbaarheid** betreft is het mogelijk op relatief losgekoppelde manier van het ziekenhuis te werken. Digitalisering speelt een belangrijke rol bij het faciliteren van het delen van deze dienst, met name door **het digitaliseren van monsters**. Een relevant voorbeeld in dit verband is AZ Sint-Jan Brugge-AV, dat als eerste Belgische ziekenhuis een volledig gedigitaliseerde pathologieafdeling had. Dit leverde het ziekenhuis in 2017 de Agoria e-Health Award op voor het beste innovatieproject op het gebied van patiëntenzorg, zelfstandigheid van patiënten of ondersteuning van de medische praktijk.

Een mogelijke belemmering voor de implementatie van pathologie als shared service is de verplichte aanwezigheid van de patholoog bij multidisciplinair overleg. Teleconsultatie maakt het echter mogelijk om dit probleem op relatief eenvoudige wijze op te lossen.



Sinds 2018 zijn het centraal laboratorium en het secretariaat van de dienst anatomopathologie gecentraliseerd op de locatie van het **ZNA Middelheim binnen het GZA-ZNA-netwerk**. Op de campussen GZA Sint-Augustinus en Sint-Vincentius, alsook op het ZNA Jan Palfijn blijven 3 activiteitencentra over met de permanente aanwezigheid van een laborant en een patholoog.

Daar worden de monsters geregistreerd en voorbereid, voordat ze naar het centrale laboratorium worden vervoerd. De integratie van de dienst heeft geleid tot een toename van de activiteit. De groepering van personeel en pathologen maakt het nu mogelijk om ongeveer 50.000 biopsieën, 20.000 cytologische onderzoeken en 60 autopsieën te verwerken. Ook werd een verbetering van de kwaliteit van de dienstverlening vastgesteld²⁷.

“Door deze integratie krijgen we meer ruimte voor sub-specialisatie en innovatie, waardoor we ons als referentiecentrum naar externe partijen kunnen profileren.”

²⁷ PS., ‘GZA-ZNA Centraliseert Lab Pathologische Anatomie’, Healthcare Executive, 2018.
<https://www.healthcare-executive.be/nl/nieuws/beroepsnieuws/netwerk-gza-zna-centraliseert-lab-pathologische-anatomie.html>



Het Institut de pathologie et de Génétique asbl biedt ziekenhuizen diensten aan op het gebied van medische diagnose zoals anatomopathologie, genetica, moleculaire en cellulaire biologie en moleculaire microbiologie. Hoewel de organisatie haar oprichters heeft overstegen tot een onafhankelijke entiteit, bestaat de raad van bestuur uit vertegenwoordigers van ziekenhuisinstellingen zoals onder meer het Grand Hôpital de Charleroi, het CHU UCL Namur en de CHwapi²⁸.

Laboratorium

Voor het laboratorium is het interessant om een bepaald aantal testen te concentreren om een voldoende kritische massa binnen het netwerk te verkrijgen. De voordelen liggen vooral op het vlak van de **gezamenlijke inkoop van reagentia**, wat kan leiden tot forse prijsaanpassingen, maar ook op het vlak van automatisering en robotisering. Het samenvoegen van het lab resulteert ook in een groter platform dat meer investeringen mogelijk maakt, waardoor innovatie wordt gestimuleerd.

Sciensano heeft een richtlijn opgelegd om een kwaliteitssysteem in ziekenhuislaboratoria te hebben, wat de naleving van talrijke procedures vereist. Een concentratie van activiteiten maakt het mogelijk om een gemeenschappelijk kwaliteitssysteem met uniforme procedures te ontwikkelen en zo meer efficiëntie en kwaliteitsverbeteringen te realiseren.

Het is belangrijk op te merken dat elk ziekenhuis nog steeds een labo ter plaatse moet garanderen voor de dringende activiteit die een snelle responstijd vereist. De regelgeving stelt met andere woorden het verkrijgen van de erkenning van ziekenhuis op de aanwezigheid van een laboratoriumfunctie.

Wel is er bij het RIZIV een **aanvraagprocedure die toelaat om te werken onder het accreditatienummer van het gemeenschappelijk laboratorium**. De erkenningsnummers van de andere leden worden dan “bevroren”, maar niet verwijderd, zodat ze opnieuw geactiveerd kunnen worden in het geval dat ziekenhuizen terugkeren naar hun individuele laboratoria. Deze procedure is weinig of slecht bekend, wat kan leiden tot verwarring en onwil om een gedeelde laboratoriumdienst op te zetten. In dit opzicht zou een wijziging van de regelgeving een faciliterend element zijn om de inzet van gedeelde laboratoriumdiensten mogelijk te maken. Indien nodig moet er worden verduidelijkt welke elementen vandaag kunnen worden samengebracht zonder de erkenning in gevaar te brengen, of om de procedure bij het RIZIV verder te belichten.

²⁸ IPG, 'Qui Sommes-Nous' <<http://www.ipg.be/qui-sommes-nous/>>.



In het **netwerk Kempen** hebben 3 van de 4 ziekenhuizen ervoor gekozen om hun klinische laboratoria te bundelen binnen een ziekenhuisassociatie. Het 4de ziekenhuis zou zich in de nabije toekomst bij hen moeten voegen. Het gezamenlijk ontwikkelde financiële model voegde kosten en opbrengsten samen. Het saldo wordt onder de leden verdeeld op basis van het inkomen dat door elk van hen wordt gegenereerd. Het gaat dus om veel meer dan enkel een bestuurlijke fusie. **Het akkoord over het financiële model is bepalend voor de goede samenwerking.**

Het netwerk Kempen heeft **schaalvoordelen** behaald door volumeconcentratie. Het delen van diensten heeft ook geleid **tot meer investeringen**. Er zijn ook voordelen waargenomen op het gebied van HR, met name in de context van **trainingen** die nu kunnen worden gebundeld, evenals het opzetten van **sub-specialisaties**. Door laboratoriumtechnici de leiding te geven over het gehele laboratoriuminformatiesysteem (LIS) konden meer vaardigheden worden aangetrokken en behouden.

Een ander belangrijk element in het succes van dit experiment: de consolidatie verstoortte het functioneren van de arts die de analyses aanvraagt niet.



In 2012 richtten de ziekenhuizen Brugmann, Saint-Pierre, HUDERF en Bordet het **iris-Lab** op, een gemeenschappelijk multisite-laboratorium, dat de meeste activiteiten op één locatie samenbrengt in de vorm van een ziekenhuisassociatie. Iris-Lab is erin geslaagd om enerzijds **de kwaliteit van de analyses te verbeteren** en anderzijds **de kostprijs ervan te verlagen**.

Sinds 2015 is het Erasmusziekenhuis aangesloten bij de vereniging. Het heet sindsdien LHUB-ULB en staat nu in de top 5 van de grootste Europese ziekenhuislaboratoria, met meer dan 18 miljoen uitgevoerde analyses²⁹.

Medische beeldvorming

Vooruitgang in technologie vormt de basis voor het delen van medische beeldvorming. De beeldverwerking, i.e. het **protocol, kan vrij eenvoudig worden gedeeld**, aangezien het proces in zijn geheel is gedigitaliseerd (het is zelfs mogelijk om een centrum voor te stellen dat volledig aan dit proces is gewijd).

Een stimulans voor het delen zouden de **schaalvoordelen** zijn in termen van **investeringen in apparatuur** en radiolooginformatiesystemen (PACS/RIS), evenals in termen van **onderhoudscontracten**.

Bovendien zou een gedeelde medische beeldvormingsdienst het ook mogelijk maken om **een antwoord te bieden op het tekort aan professionals**, en dus **meer te**

²⁹ iris. LHUB-ULB.

specialiseren. De organisatie van gezamenlijke wachtdiensten is in dit verband een andere interessante oplossing.

De samenwerking maakt het ook mogelijk om de toegankelijkheid van een dergelijke dienst voor patiënten te verbeteren, aangezien het aanbod wordt uitgebreid naar nieuwe locaties, zoals geïllustreerd in het onderstaande voorbeeld.



De **Ariane PET-CT-dienst** voor de opsporing van ernstige pathologieën zoals kanker, die sinds 2017 wordt gedeeld tussen EpiCURA, CHwapi en het Centre Hospitalier de Mouscron (opgericht in een ziekenhuisassociatie om de erkenning te bekomen) is hier een goed voorbeeld van.

Gelegen in het hart van Wallonië op de CHwapi Union-locatie, heeft de PET-Scan sindsdien patiënten uit de regio Wallonië Picardië - Mons-Borinage reizen naar Kortrijk, La Louvière of Brussel bespaard.

Apotheek

In het kader van shared services is het relevant om de apotheek niet als een monolithische entiteit te beschouwen, maar om onderscheid te maken tussen inkoop, bereiding en opslag, picking en distributie (het logistieke aspect) vanwege hun verschillende mate van haalbaarheid en toegevoegde waarde.

De groepering van de **aankoopfunctie** heeft een sterke meerwaarde. Het biedt enerzijds een bijkomende onderhandelingscapaciteit naar leveranciers en anderzijds een verlaging van de administratieve lasten. De consolidering van deze activiteit kan het zoeken naar het beste product tegen de beste prijs en van de beste kwaliteit vergemakkelijken.

Op **logistiek** vlak kunnen opvang, opslag en ophaling op een gedeelde manier georganiseerd worden, hetzij op een van de ziekenhuislocaties, hetzij op een externe locatie. Dit vraagt echter om maximale standaardisatie van processen, met name via één EPD en farmaceutische software; en goede **samenwerkingsafspraken** tussen ziekenhuizen. Wanneer leden van het netwerk verschillende software gebruiken, levert dit een aantal problemen op.

Zoals we hierboven hebben gezien met betrekking tot laboratoria, leidt de wetgeving tot enige verwarring en tegenstrijdige prikkels bij het opzetten van een shared service. Het koninklijk besluit van 30 januari 1989 bepaalt dat elk ziekenhuis een basisactiviteit moet hebben wat betreft ziekenhuisapothekdiensten. Anderzijds wordt gespecificeerd dat in het kader van een **ziekenhuisassociatie** niet alle ziekenhuizen individueel moeten voldoen aan de erkenningsnormen. Voor diensten die verder gaan dan de basisactiviteit volstaat het dat het ziekenhuis via een samenwerkingsovereenkomst een beroep kan doen op een volwaardige functie. Er wordt echter geen uitleg gegeven over de aard van deze basisactiviteiten, waardoor het moeilijk is om te weten welke activiteiten kunnen worden geconsolideerd en welke afzonderlijk moeten worden behouden. Dit onderwerp moet verduidelijkt worden.

³⁰ Art. 2. § 1. A.R. Du 30 Janvier 1989 Fixant Les Normes Complémentaires d'agrément Des Hôpitaux et Des Services Hospitaliers et Précisant La Définition Des Groupements d'hôpitaux et Les Normes Particulières Qu'ils Doivent Respecter.

Daarnaast staat de wet niet toe dat partijen van meerdere erkenningsnummers worden gemengd, wat een barrière vormt voor het optimaliseren van de opslag.

Anderzijds **vormen de normen van het Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme (PIC/S)** met betrekking tot goede praktijken voor de bereiding van geneesmiddelen, die werden opgenomen in het koninklijk besluit van 30 september 2020, **een wettelijke stimulans voor het delen ervan**³¹. Uiterlijk in 2023 zullen alle zorginstellingen deze normen moeten toepassen, die een forse aanscherping van de regelgeving met zich meebrengen. Dat zal forse investeringen van ziekenhuizen vergen, met name in cleanroom-omgevingen.

Het consolideren van apotheekdiensten kan **kosten verlagen** en **schaalvoordelen** opleveren. Het standaardiseren van praktijken volgens de normen kan ook **de kwaliteit verbeteren**, omdat er tegenwoordig niveauverschillen zijn tussen ziekenhuizen in onder meer hygiëne, wat samenwerking kan bemoeilijken.

“We willen voorkomen dat we richting kookboekgeneeskunde gaan.”

Er kunnen moeilijkheden ontstaan op het niveau van de **therapeutische vrijheid**, die **kan worden beperkt door de klinische standaardisatie** van een gedeelde apotheekdienst. Een manier om dit probleem op te lossen is het delen van de aankoop en/of bereiding van geneesmiddelen waarover weinig of geen discussie bestaat en waarvoor de arts doorgaans weinig ingrijpt in de keuze, zoals het griepvaccin. Anderzijds kunnen we onze interesse ook richten op de zorgprocessen die we op netwerkniveau willen prioriteren en waarvoor deze vorm van standaardisatie relevanter en wellicht beter geaccepteerd zal worden.

Sterilisatie

Ziekenhuizen hebben te maken met steeds strengere wettelijke bepalingen op het gebied van hygiëne en kwaliteit, elementen die direct verband houden met sterilisatie, terwijl ze steeds meer kosten verlagen. Standaardisatie en delen kan een antwoord bieden op deze beperkingen.

Omdat de **afstand tussen ziekenhuizen** bepalend is, moeten transportkosten in een business case duidelijk zichtbaar zijn. Daarbij komt de noodzaak om een grotere voorraad aan te houden als deze afstand het niet mogelijk maakt om een noodsterilisatiekit te verkrijgen.

De **standaardisatie van instrumenten** is een faciliterend element voor het delen van sterilisatie. Afhankelijk van de gemaakte keuzes kan deze standaardisatie leiden tot hogere kosten voor één of meerdere partners. Ook kan er enige terughoudendheid zijn bij artsen om nieuwe instrumenten te gebruiken. Ten slotte spelen ook de verschillen in kwaliteitseisen tussen de verschillende instellingen een belangrijke rol. Het is belangrijk om met deze aspecten rekening te houden bij initiatieven om sterilisatiediensten te consolideren.

³¹ A.R. Du 30 Septembre 2020 Portant Sur La Préparation et La Délivrance Des Médicaments et l'utilisation et La Distribution Des Dispositifs Médicaux Dans Les Établissements de Soins.

4.1.2. Klinische managementdiensten

Codering

Een gemeenschappelijk coderingssysteem kan ziekenhuizen zeker een meerwaarde bieden op het gebied van financiering en het aantrekken van artsen. Deze functie vereist ook specifieke vaardigheden die nog zeldzaam zijn op de markt. Het zou interessant zijn om dit profiel op netwerkniveau te delen, aangezien ziekenhuizen er belang bij hebben zo goed mogelijk te coderen om een maximale financiering te garanderen. Dit zou des te belangrijker zijn als er in de toekomst een verschuiving naar financiering op netwerkniveau zou plaatsvinden.

Kwaliteit / accreditatie en patiëntveiligheid

Ook als het gaat om het uitwisselen van ervaringen en vaardigheden is een gedeeld systeem mogelijk. Een identiek accreditatiestelsel vormt daarbij een faciliterend element. Deze uitwisselingen hoeven niet noodzakelijk op het niveau van locoregionale netwerken plaats te vinden, maar kunnen ze overstijgen.



De **VznkuL** is een kennisnetwerk dat vandaag 32 Vlaamse ziekenhuizen verenigt. Leden delen hun kwaliteitsindicatoren in werkgroepen.

In de toekomst wil het netwerk ook de **publieke verantwoordingsindicatoren** (gestandaardiseerde sterftcijfer in ziekenhuizen, gestandaardiseerde heropnames in ziekenhuizen en patiënttevredenheid) van zijn leden publiceren ³².

Ook is het mogelijk om een **gezamenlijk systeem voor patiëntveiligheid** op te zetten – en ook hier speelt hetzelfde EPD een faciliterende rol – inclusief het delen van incidentmeldingen. Omdat het weer gaat om gevoelige informatie, is voldoende vertrouwen tussen de netwerkpartners cruciaal.

Ziekenhuishygiëne

Op het gebied van ziekenhuishygiëne valt er de nodige kennis en ervaring te delen. Ook gaat het hier om profielen die niet altijd even makkelijk te vinden zijn. Een mogelijkheid die vaak door vertegenwoordigers wordt genoemd, is het delen van één voltijds equivalent per netwerk, wat voldoende zou moeten zijn.

“De centrale gedachte is het ontwikkelen van een duurzaam kennisnetwerk waarin het gezamenlijk optimaliseren van de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van het management voorop staat.”

³² VznkuL. <https://www.vznkul.be/>

4.1.3. Beheer en operationele diensten

Economisch en financieel beheer

Hoewel deze functies minder prioritair zijn om te worden gedeeld, onder meer vanwege specifieke aspecten die ziekenhuizen bij voorkeur intern aanpakken, is het delen van het economisch en financieel beheersysteem, i.e. boekhouding, crediteuren en debiteuren, ook mogelijk.


Een van de belangrijkste obstakels voor het delen van diensten is het ontbreken van identieke facturen tussen netwerkpartners, met andere woorden, een **standaardisatieprobleem**. Zo wordt bij debiteuren het versturen van handmatige facturen vaak al uitbesteed. Daarnaast heeft de boekhouding over het algemeen minder baat bij opschaling. Het **delen van kennis** kan echter interessant zijn, bijvoorbeeld in het kader van gesprekken met onderlinge verzekeraars over de wel of niet vergoede diensten. Ook **het delen van een ERP-systeem** is relatief eenvoudig in te richten.

Logistiek

Aankopen

De aankoopfunctie als shared service wordt als een **hoge mate van haalbaarheid en toegevoegde waarde ervaren**. Zoals eerder besproken voor de ziekenhuisapotheek zorgt een gedeelde aankoopfunctie voor een sterkere onderhandelingspositie ten opzichte van leveranciers. Door de gedeelde aankoopfunctie worden administratieve kosten ook verminderd en wordt dubbel werk voorkomen. Deze kunnen bijzonder hoog zijn in het kader van overheidsopdrachten, met name met betrekking tot de kosten voor het opstellen van de aanbestedingsdocumenten, de evaluatie ervan, zorgvuldigheidseisen voor potentiële leveranciers, de onderhandelingen over een nieuw contract en de opvolging van de uitvoering ervan.


Vermeldenswaardig is dat het organiseren van een gezamenlijke aankoopfunctie meestal niet beperkt is tot ziekenhuisnetwerken en dit vooral om de schaalvergroting optimaal te benutten. Het aankoopplatform Optimus spreekt hier van echte netwerken, naast locoregionale ziekenhuisnetwerken die rond groepsaankopen zijn gevormd³³.



MercurHosp is een vzw die opdrachten plaatst voor diensten en leveringen in alle aankoopcategorieën (uitrusting en benodigdheden van alle aard, medische apparatuur, geneesmiddelen, financiële diensten, diverse diensten, enz.)

De pooling wordt uitgevoerd een stuurcomité dat bestaat uit de hoofden van de aankoopafdelingen van de verschillende leden. Deze laten behouden de keuze om al dan niet deel te nemen aan de door MercurHosp opgestarte aanbestedingsprocedures.

³³ Optimus. 2018. Ziekenhuisnetwerken En Samenaankoopnetwerken Voor Zorginstellingen.



ACAH asbl is een onderhandelingscentrum voor medische en niet-medische ziekenhuisaankopen (exclusief infrastructuur). De raad van bestuur is gevestigd in Namen en bestaat uit 11 ziekenhuisinstellingen, waaronder het CHR Haute Senne, het CHR Sambre en het CHU de Namur. Vandaag bedraagt de cumulatieve waarde van de door ACAH gegunde overheidsopdrachten 475 miljoen euro, met een extra besparing van 22% na de toewijzing³⁴.

Opslag en distributie

Kosten van de **toeleveringsketen** zijn een van de grootste kosten voor ziekenhuizen. Opslagconsolidatie door een gemeenschappelijk ruimte zou leiden tot efficiëntie en verbeterde service. Bij deze centralisatie moet echter rekening worden gehouden met transportkosten die voor sommige partners hoger kunnen zijn. In dit geval is het raadzaam om een business case te ontwikkelen om deze meerkosten toe te rekenen aan de efficiëntiewinst.

³⁴ ACAH. A Propos de l'ACAH. <https://www.acahbelgique.be/fr/qui-sommes-nous/>



Een shared service beperkt zich niet noodzakelijk tot samenwerking tussen ziekenhuizen of gezondheidsorganisaties. Ook kan een derde partij betrokken zijn, bijvoorbeeld in het kader van een joint venture. Dit is het geval in het voorbeeld van **Inter Healthcare Transport**, een samenwerkingsinitiatief tussen het Rode Kruis Vlaanderen, UZ Gent, UZ Leuven en vervoersbedrijf Hendriks. Dit is het vervoer van niet-persoonlijke zaken, zoals stalen, tissues, geneesmiddelen, documenten, enz. Door de verschillende transporteenheden (een pakket met een uniek label voor hetzelfde pakket, enz.) per transportroute efficiënt te combineren, daalt de prijs aanzienlijk, verbetert de kwaliteit en neemt de efficiëntie toe³⁵.

Dit innoverende initiatief, dat reeds werd vermeld in het Health ProspectING 2020-rapport, heeft nu een vaste route met 100 ziekenhuizen in Vlaanderen en Brussel.

Wasserij

De wasserij is een typische dienst waar uitbesteding op grote schaal wordt toegepast. Het zou echter interessant kunnen zijn om het opnieuw te internaliseren, dit keer op het niveau van ziekenhuisnetwerken. Er zijn weinig externe leveranciers, wat het gevaar van prijsafspraken met zich meebrengt. Als de ziekenhuizen zich zouden organiseren, zou dat tegen voordeligere tarieven kunnen.

Keuken

Voor de keuken moet rekening worden gehouden met de specifieke kenmerken en voorkeuren van elk ziekenhuis. Zo willen sommige ziekenhuizen zich op deze manier onderscheiden en kan standaardisatie op dit niveau voor hen onwenselijk zijn. De specifieke bereiding en portionering moet ook worden aangepast aan de patiëntenpopulatie van het ziekenhuis (bijvoorbeeld vanwege de verschillende behoeften van geriatrische patiënten). In dat opzicht valt uitbesteding van diensten te verkiezen boven het delen ervan. Een andere optie zou zijn om slechts enkele elementen te delen, zoals algemene voorbereiding en afwassen (hier wordt een kosteneffectiviteitsanalyse aanbevolen vanwege de extra transportkosten die kunnen ontstaan).



De **voedings- en cafetaria-afdeling van de Groupe santé CHC** heeft de activiteit van 6 keukens gegroepeerd in 1 unit die elke dag meer dan 6.000 maaltijden produceert voor gehospitaliseerde patiënten in 4 klinieken en bewoners van hun residenties, evenals voor externe organisaties. Deze consolidatie heeft geleid tot aanzienlijke schaalvoordelen. Desalniettemin maakt een nauwe samenwerking tussen de centrale keuken en de diëtisten in het veld het mogelijk om de band met de patiënt te behouden en zijn dieet te respecteren.

³⁵ Inter Healthcare Transport. 'Concept'. <https://www.ihct.be/cms/concept>

Onderhoud

Over het algemeen heeft het gebied van onderhoud een aanzienlijke mate van professionalisering doorgemaakt. Er wordt onderscheid gemaakt tussen technisch onderhoud en reiniging.

Voor **technisch onderhoud** is het relevant om algemeen onderhoud, dat een lokale activiteit is, te scheiden van biomedisch onderhoud. Voor dat laatste bestaan er gespecialiseerde profielen die relatief zeldzaam op de markt zijn. Het **delen van expertise** kan daarbij een grote meerwaarde hebben.

Als het om **schoonmaak** gaat, komt de keuze vaak neer op interne werkrachten of uitbesteding. In het kader van shared services zou het mogelijk zijn om het beheer van het systeem te organiseren door middel van een speciaal profiel. Momenteel wordt deze taak voornamelijk uitgevoerd door de facilitair directeur.

Parc Logistique de Santé de Catalogne - de logica van "logicentra"

Dit zijn verschillende shared services op het gebied van logistiek, gegroepeerd op één plek, die profiteren van deze groepering om verschillende diensten aan te bieden. Het doel van dit type organisatie is het behalen van winst op het gebied van informatiebeveiliging door traceerbaarheid, betrouwbaarheid van levering, kostenreductie en optimalisatie van logistieke/transportstromen (en daaraan gekoppeld reductie van de ecologische voetafdruk). Het moet ook zorgen voor een efficiënt beheer, maar ook voor standaardisatie van procedures en controle van voorraden.

Dit is het geval voor het Parque Logístico de Salud in Catalonië, dat verschillende activiteiten biedt: een klassieke logistiek en magazijndienst, maar ook een wasserette, een sterilisatiecentrum voor chirurgische kleding en instrumenten en een archief van medische dossiers.

In dit gebouw van 18.000 m² is ook een laboratorium geïnstalleerd.

Het specifieke van dit logicentrum is dat dit platform met geïntegreerde gezondheidslogistiek 29 ziekenhuizen, 8 eerstelijnscentra, 17 zorgcentra voor ouderen en 8 dienstverlenende bedrijven bedient.

Vandaag volgen verschillende Belgische netwerken de filosofie van dit logicentrum.



Human resources

Hoewel personeelszaken op het eerste gezicht vooral een ziekenhuisaangelegenheid zijn, kunnen shared services op dit vlak ook op bepaalde terreinen voordelen bieden. Er wordt een belangrijke meerwaarde toegekend aan het **opleidingsproces**. Dure opleidingen, bijvoorbeeld op de intensive care, worden nog te weinig gezamenlijk tussen ziekenhuizen georganiseerd. **Online opleiding** is een extra facilitator. De boodschap is dan ook om het zoveel mogelijk op netwerkniveau te delen.



iris-Academy is een online leerplatform voor medewerkers van iris ziekenhuizen, opgericht in 2018. Het is een aanvulling op de traditionele interne opleiding, waarbij blended learning over het algemeen de meest positieve resultaten oplevert. Het nieuwe opleidingsaanbod is georganiseerd volgens de prioriteiten bepaald door de afdelingen personeelszaken en verpleegkundige zorg van de ziekenhuizen³⁶.

Het initiatief kwam voort uit de ervaring van een eerder project, **HOPITAAL**, waarbij medewerkers van de vijf ziekenhuizen konden deelnemen aan cursussen Nederlands, Frans en Engels met de nadruk op praktijk in het kader van de gezondheidszorg (bv. “Nederlands voor afdelingen spoedeisende hulp”). Deze opleiding versterkte de voordelen van meertaligheid, niet alleen in de communicatie met patiënten, maar ook in termen van sociale cohesie binnen en tussen organisaties³⁷.

Ook voor **loonadministratie** kan het interessant zijn om over shared services te beschikken. Hiervoor moeten de lonen echter op netwerkniveau worden geharmoniseerd. Ze kunnen vervolgens worden ingevoerd in een gemeenschappelijk ERP-systeem.

Ten slotte kunnen shared services ook een meerwaarde bieden op het vlak van **werving en selectie**, evenals **competentiemanagement**. Een aantal elementen vragen echter speciale aandacht. Het proces kan dus alleen worden gedeeld voor profielen binnen (reeds) shared services om wervingsconcurrentie te voorkomen. Daarnaast moet er ook op netwerkniveau een gemeenschappelijke (HR) visie zijn.

ICT

Er is consensus over de voordelen en haalbaarheid van het delen van ICT-diensten, met name wat betreft het verbeteren van de economische omstandigheden. Zo zou het **delen van een datacenter**, maar vooral het **delen van gespecialiseerde en zeldzame profielen** een zeer hoge toegevoegde waarde opleveren.

Een terugkerend argument is echter dat voor sommige aspecten het delen op een hoger niveau moet gebeuren dan ziekenhuisnetwerken. Zeker in het geval van **cybersecurity**, waar de kosten erg hoog kunnen zijn, en waar een aggregatie op supraregionaal of zelfs federaal niveau passender zou zijn.



Het **Réseau Santé Wallon**, is een voorbeeld van het netwerk op supraniveau. Het is een digitaal platform voor het elektronisch delen van gezondheidsgegevens (beeldvormingsonderzoeken, consultatie- en opnamerapporten, samenvatting van medische dossiers, enz.) tussen verschillende zorgaanbieders.

Alle Waalse ziekenhuizen maken er deel van uit, maar ook privé laboratoria en eerstelijnsactoren, zoals artsen, verpleegkundigen, tandartsen, apothekers, kinesitherapeuten ... Dit verbetert de kwaliteit en continuïteit van zorg aanzienlijk.

³⁶ iris. IRIS-ACADEMY.

³⁷ ZORG Magazine. 2013. Cours de Langues Chez IRIS : Une Approche Créative Renforce Le Contenu.



4.1.4. Harmonisatie

Harmonisatie is een aparte categorie, niet alleen omdat de functies zelf gedeeld kunnen worden, maar ook omdat het een facilitator is en in sommige gevallen een vereiste voor het delen van andere diensten.

De belangrijkste casus is dat van het **elektronisch patiëntendossier**, waarvan de onderlinge standaardisatie het delen van diensten zoals de ziekenhuisapotheek mogelijk maakt, maar natuurlijk vooral de medische diensten. Dat kan handig zijn voor artsen die in meerdere ziekenhuizen werken waar verschillende ERP-systemen worden gebruikt, waardoor soms delen van het dossier van de patiënt ontbreken. Er moet echter ook rekening worden gehouden met de moeilijkheden die gepaard gaan met de standaardisatie van het patiëntendossier. Ziekenhuizen kunnen verschillende selectiecriteria hanteren, wat een gezamenlijke keuze bemoeilijkt. Zo kan het ene ziekenhuis kiezen voor het systeem met de laagste kosten, terwijl een ander er de voorkeur aan geeft het meest geavanceerde aan te schaffen. Of artsen al dan niet in loondienst zijn kan een rol spelen bij de beslissing.


Het **ERP** is makkelijker te delen dan het patiëntendossier, omdat hier geen input van de artsen nodig is. Gezien de kosten is een groepsaankoop voordelig.

De ontwikkeling van **gemeenschappelijke zorgpaden** is een vorm van harmonisatie die ook een sterke toegevoegde waarde kan hebben. Hoewel de meeste plannen nog intern zijn, is gebleken dat er weinig verschillen zijn tussen ziekenhuizen op het gebied van zorgplannen, met name door het wijdverbreide gebruik van praktijken uit evidence-based medicine.

Als het gaat om het gezamenlijk exploiteren van een **Clinical Business Intelligence**-systeem, kunnen ziekenhuizen hiermee elkaars prestaties monitoren. De toegevoegde waarde ligt ook in het delen van de daarvoor benodigde onderzoeken en specifieke profielen. Als shared service zou het makkelijker zijn om de juiste profielen aan te trekken (zie het delen van HR-functies).

Houd er bij het implementeren van een gedeelde Clinical Business Intelligence-dienst rekening mee dat er verschillen zijn tussen wat ziekenhuizen in huis hebben, zoals het type software en het aantal mensen dat ermee werkt, evenals de mate waarin ziekenhuizen het gebruiken om hun strategie te bepalen. Hierdoor kunnen verstoorde relaties ontstaan. Om voldoende vertrouwen op te bouwen, moet een ziekenhuis het initiatief nemen, alleen dan kan het systeem worden ingevoerd. Het systeem moet daarom op netwerkniveau worden gefinancierd, met duidelijke afspraken over de verdeling van de kosten.

Medische technologieën en apparatuur daarentegen worden als moeilijker te delen beschouwd omdat de geschiedenis van ziekenhuizen niet zomaar kan worden genegeerd (bijvoorbeeld waarom een ziekenhuis een bepaalde infuuspomp gebruikt en niet een andere). Hierbij is het belangrijk in gedachten te houden dat harmonisatie niet gelijk is aan homogenisering en dat de identiteit van het ziekenhuis en vooral de therapeutische vrijheid zoveel mogelijk gerespecteerd dienen te worden. Toch zijn samenwerkingsverbanden niet uitgesloten.



Voor PET-scans heeft **UZA** een overeenkomst met leverancier Da Vinci en GZA-ZNA om patiënten onderling te verwijzen op basis van locatie en beschikbare capaciteit. Ook zijn financiële afspraken gemaakt. Dit resulteerde in aanzienlijke besparingen, zoals betere prijzen voor radioactieve stoffen en de inzet van een kleinere groep gespecialiseerde medewerkers (grootste besparing).

4.1.5. Klinische diensten

Met de introductie van netwerken zetten we koers richting een ander zorglandschap, waarin niet langer elk ziekenhuis een volledig zorgaanbod zal bieden, maar waar sprake zal zijn van aggregatie op locoregionale netwerken (en daarbuiten), vanuit het oogpunt van efficiëntie en kwaliteit. Het volume moet voldoende groot zijn om de kwaliteit van de zorg te garanderen (kritische massa bereiken), zeker voor complexere vormen van zorg.

In deze context worden vandaag strategische oefeningen uitgevoerd in de netwerken waarin afspraken worden gemaakt over de diensten die op die en die plaats zullen worden geëxploiteerd. Ziekenhuizen zullen daarbij soms afstand moeten nemen van bepaalde diensten of zorgprogramma's. Deze beweging staat echter nog in de kinderschoenen en is over het algemeen een relatief moeilijk discussieproces vanwege de mogelijke impact op individuele ziekenhuizen.

Tegenwoordig worden klinische diensten steeds vaker in **partnerschap** beheerd. Het is ook niet per se een kwestie van het bundelen van diensten omdat ze anders individueel zouden verdwijnen. Ook kunnen **samenwerkingsinitiatieven** opgestart worden om een nieuwe erkenning te bekomen, wat een belangrijke hefboom kan zijn, met name om het volume te halen dat nodig is om bepaalde zorgprogramma's te kunnen aanbieden.

Voor klinische diensten wordt het implementeren van shared services ondersteund door het wetgevend kader, met name door de samenwerkingsvorm van de ziekenhuisassociatie. In dit kader exploiteren twee of meer ziekenhuizen samen één of meer technische (medische) diensten, afdelingen, functies, eenheden of diensten, of nemen ze samen deel aan één of meer zorgprogramma's. In het kader van ziekenhuisassociaties genieten leden van een btw-vrijstelling wanneer ze elkaar diensten verlenen.

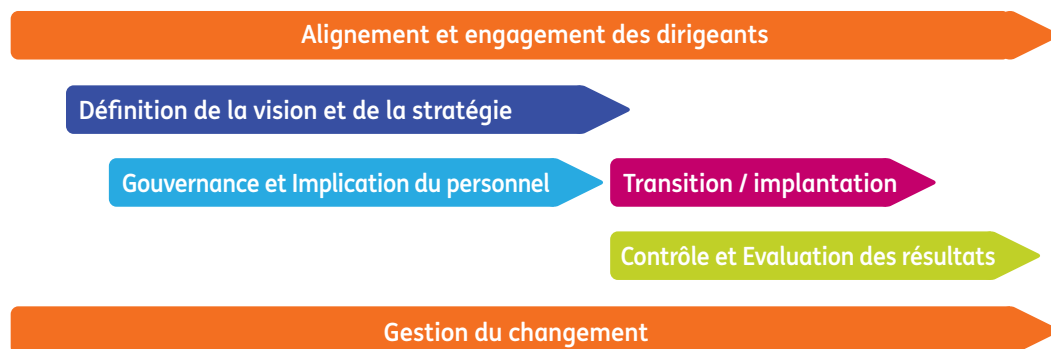


5. Inzichten

5.1 | Belangrijkste fasen

Welke vorm een shared service ook aanneemt, de belangrijkste fasen van de implementatie ervan zijn relatief universeel.

Figure 18 : Het implementatieproces van shared services



5.1.1. Afstemming en betrokkenheid van leidinggevenden

Een essentiële voorwaarde voor de ontwikkeling van een cultuur van samenwerking op het gebied van shared services, is dat engagement ook moet worden ondersteund door het **mobiliseren van instanties** die een rol spelen die tegelijk strategisch (raad van bestuur, algemeen management, enz.), tactisch en klinisch is.

5.1.2. Definitie van de visie en ontwikkeling van de strategie

Deze stap bestaat uit het definiëren van de visie, strategieën en doelstellingen van de organisatie en het actieplan dat nodig is om de verwachte resultaten te bereiken, het structureren van het operationele model en het plannen van de implementatie.

“Wat zijn de voordelen van een nieuwe samenwerking?”

In plaats van uit te gaan van de vraag “wat is het probleem dat we met deze samenwerking proberen op te lossen?”, stellen we voor om te kijken naar de voordelen die een nieuwe samenwerking kan opleveren voor de betrokken actoren, door bijvoorbeeld te vragen “Hoe kan ik innovatiever zijn?”.

5.1.3. Bestuursmodel met wederzijdse goedkeuring en betrokkenheid van het personeel

Bestuursmodellen vormen een essentiële stap en moeten worden aangepast aan de doelstellingen, er moeten duidelijke rollen en verantwoordelijkheden worden gegarandeerd en de transparantie van beslissingen moet worden gewaarborgd.

Het opbouwen van **duurzame en sterke relaties in de loop van de tijd** is des te belangrijker omdat het uiteindelijke doel wederzijds voordeel is.

Hiervoor is het noodzakelijk om het eens te worden over het “hoe”:

- de rechtsvorm waarop de mutualisering zal worden gebaseerd
- de organisatiestructuur en het bestuursmodel van de nieuwe dienst
- besluitvormings- en coördinatieprocessen
- toezicht- en controlemechanismen en -instrumenten
- het model voor het verdelen van middelen tussen de verschillende entiteiten
- delegatieovereenkomst

“Een goed bestuur en duidelijke structurele afspraken zijn nodig, intern draagvlak is essentieel om de continuïteit van shared services te waarborgen.”

Het gaat ook om het creëren van een **gevoel van betrokkenheid en verbondenheid** op personeelsniveau.

5.1.4. Overgang / Implementatie

Dit is de daadwerkelijke implementatie, namelijk het creëren van de infrastructuur, de ontwikkeling van HR-processen, training in nieuwe vaardigheden ... rekening houdend met de bestaande afhankelijkheden tussen de verschillende taken en fasen die nodig zijn voor een goede werking van de operaties. De implementatie vereist ook het opzetten van een procedure voor **risicobeheer**.

5.1.5. Change management

Een reeks organisatorische factoren bepalen het succes of falen van het opzetten van een shared service: inclusief het vermogen om **best practices tussen locaties over te dragen**, de vaardigheid om een **organisatiecultuur op te bouwen en te delen, respect voor lokaal management** en gezamenlijk management, en personeelsbeheer.

Duidelijke communicatie bevordert het begrip van de nieuwe organisatie en het nieuwe bedrijfsmodel.

De organisatie moet ervoor zorgen dat er **begeleidende en ondersteunende maatregelen** worden genomen om een verandering van deze omvang in goede banen te leiden. Daarbij is het belangrijk om de personeelsafdelingen, de vakbonden en alle autoriteiten te integreren, en dit op alle managementniveaus die bij een dergelijke organisatorische verschuiving betrokken zijn.

SmartTogether : een Trust voor inkoopbeheer

SmartTogether is een gedeelde aankoopdienst die verantwoordelijk is voor het aankoopbeheer en het beheer van de toeleveringsketen. Deze dienst maakt deel uit van de Trust Guy's and St Thomas' NHS Foundation, die een volledig aanbod van lokale ziekenhuis- en gemeenschapsdiensten biedt, niet-lokale patiëntenzorg, waaronder cardiothoracale, nefrologische en oncologische diensten. De Trust herbergt SmartTogether, die ook andere trusts ondersteunt.

SmartTogether beheert meer dan £300 miljoen aan uitgaven in klinische en niet-klinische uitgavencategorieën. Het team van de toeleveringsketen exploiteert een van de grootste geautomatiseerde voorraadbeheersystemen in Europa³⁸.

In augustus 2019 opende de Trust een bevoorradingscentrum in Dartford met als doel om tot 90% van de inkomende leveringen te bundelen om ruimte op de locatie vrij te maken. Dit initiatief maakt deel uit van een groter "South East London Integrated Care System (ICS)"-project, dat ook de uitbreiding omvat van geautomatiseerd voorraadbeheer en de oprichting van een centrum om voorraadsystemen te optimaliseren, zowel voor klinische behoeften en medicijnen als voor het hele ICS-netwerk³⁹.

Deze netwerken tonen een grotere samenwerking aan tussen aanbieders in de hoofdstad, door de oprichting van klinische netwerken en groepsmodellen met een gedeeld bestuur.

Deze verandering in werkwijze benadrukt de cultuuromslag naar meer samenwerking. Volgens een dienstverlener waren deze veranderingen tot voor kort "ondenkbaar" geweest.⁴⁰

Dit voorbeeld toont aan dat projecten innovatief kunnen zijn en bestaande modellen door elkaar kunnen schudden. **We mogen daarom niet voorbijgaan aan de effecten op procesniveau, maar vooral ook aan de effecten op menselijk niveau die zo'n overgang kan veroorzaken.** Gedurende het hele project moet ondersteuning worden geboden.



Monitoring en evaluatie van resultaten

Om de economische als de klinische resultaten van het opzetten van een shared service te beoordelen, zowel kwalitatief als kwantitatief, moeten deze **resultaten worden gerelateerd aan alle middelen die in het project zijn geïnvesteerd.** Naast **schaalvoordelen** zullen we daarom ook de verbetering van de kwaliteit, het delen van kennis, specialisatie, toegang tot training, enz. beoordelen. Deze evaluatie moet eerst een reeks objectieve indicatoren definiëren en overeenkomen die het mogelijk maken om de resultaten van de shared service en de eventuele afwijkingen van de initiële verwachtingen te meten.

"Kosten besparen zonder rekening te houden met mogelijke uitkomsten is gevaarlijk en zelfvernietigend, wat leidt tot valse 'economieën' en mogelijk de effectiviteit van de zorg beperkt."

³⁸ Guy's and Thomas NHS. 2021. Procurement.

³⁹ Guy's and St Thomas' NHS Trust. 2019/20. Annual Report and Accounts.

⁴⁰ Charles, A., Naylor, C., Murray, R. 2021. Integrated care systems in London Challenges and opportunities ahead. The King's Fund.

5.2 | Drijfveren en obstakels

De belangrijkste drijfveren en obstakels voor het bundelen van middelen die werden geïdentificeerd tijdens de literatuurstudie, de analyse van praktijkgevallen in België en elders in de wereld; en onze interviews met netwerkvertegenwoordigers zijn de volgende:

Obstakels	Drijfveren
<ul style="list-style-type: none">▪ Weerstand tegen verandering▪ Verschil in visie, praktijken of hulpmiddelen▪ Regelgeving▪ Groot aantal actoren in het proces▪ Afstand tussen verschillende ziekenhuizen of eenheden	<ul style="list-style-type: none">▪ Technologie▪ Vertrouwen tussen alle partijen▪ Vooraf vastgestelde relaties▪ Betrokkenheid van het personeel en management

Afhankelijk van de vorm en het ontwikkelingsstadium van het project komt het voor dat bepaalde obstakels drijfveren worden en vice versa, of zelfs beide karakters tegelijk aannemen.

5.2.1. Obstakels

Weerstand tegen verandering

Zoals bij elk overgangproject, zullen weerstand tegen verandering en macht der gewoonte de grootste obstakels zijn voor het implementeren van shared services.

De overstap naar een shared service-model kan gepaard gaan met meer of minder complexe en ingrijpende veranderingen in de organisatiecultuur en -processen, afhankelijk van de gekozen nieuwe organisatie en het voorbereidingsniveau van de bij het project betrokken instellingen.

Onder de belangrijkste elementen van wantrouwen merken we op: de **buitensporige onafhankelijkheid** van de nieuw opgerichte entiteit, de **moeilijkheid** om de **overgangperiode** en het parallelle beheer van bestaande diensten te doorlopen, het **verlies van onafhankelijkheid en lokale controle**, het **delen van winst**, of het verlies van identiteit, **concurrentievoordeel**, **kwaliteit** en niet te vergeten de macht der gewoonte.

Verschil in visie, praktijken of hulpmiddelen

Het is vrij logisch om te denken dat **hoe groter de verschillen in praktijken en hulpmiddelen, hoe meer tijd nodig zal zijn om te investeren in de gemeenschappelijke visie en de standaardisatie van praktijken en hulpmiddelen.**

Het bundelen van inkoopdiensten in instellingen die al met identieke processen en software werken of het opzetten van geheel nieuwe gedeelde klinische eenheden vereist bijvoorbeeld niet dezelfde investering.

Regelgeving

De regelgeving moet nog aangepast worden aan de noden van de netwerken. Het beperkt of mist duidelijkheid, met name op het gebied van erkenningen of de verplichte aanwezigheid van bepaalde specialiteiten op lokaal niveau.

“Regelgeving is en blijft het grootste obstakel ... wat is de strategie van de overheden, wat willen ze bereiken met de netwerken?”

Groot aantal actoren in het proces

Hoe meer spelers er bij dit project betrokken zijn, des te ingewikkelder het opzetten ervan en des te belangrijker het is om het project goed **voor te bereiden**, de juiste **partners** te kiezen, goed te **communiceren**, te vertrouwen op grote **sponsors** en zoveel mogelijk medewerkers op alle niveaus te **betrekken** om twijfels over de verandering in verband met dit nieuwe project weg te nemen.

Afstand tussen verschillende ziekenhuizen of eenheden

Vooraf bij de bundeling van logistieke diensten of klinische projecten speelt de afstand tussen ziekenhuizen binnen het netwerk een grote rol.

Transportkosten zijn daarom niet alleen een belangrijke post in de winstgevendheidsanalyse, maar ook in de beleving van zowel patiënten als medewerkers.

5.2.2. Drijfveren

Technologie

De constante stroom van nieuwe en steeds innovatievere technologieën **beïnvloedt de werking van shared service centra**. De uitdaging voor managers is om te beslissen waar en hoe dergelijke technologieën te integreren en inzicht te hebben in hun kenmerken, voordelen en risico's.

Technologie fungeert daarbij als een **belangrijke efficiëntiehefboom** voor de instelling en de arbeidsomstandigheden van dienstverleners in de dagelijkse praktijk: optimalisatie van werk- en reistijd, betere structurering van missies, verhoogde flexibiliteit, datadeling ...

Toch kan de onderlinge compatibiliteit van technologieën en IT-systemen een aanzienlijke investering vergen. Als sommige partners recent hebben geïnvesteerd in computersystemen en software die onverenigbaar blijken te zijn, zal hun onwil om nieuwe te financieren des te sterker zijn.

Digitalisering speelt een sleutelrol bij het delen van diensten, vooral bij klinische diensten. Het maakt een **nieuwe perceptie van afstand** mogelijk, of het nu gaat om de digitalisering van stalen in laboratoria of het gebruik van telegeneeskunde. Bij dat laatste heeft de coronacrisis een versnellende rol gespeeld.

Voorbeeld hiervan zijn echo's en scanners waarvoor de aanwezigheid van een radioloog vereist is. Dankzij digitalisering **kan beeldverwerking op afstand gebeuren**. Sterker nog, een gedeelde lezing opent perspectieven voor een grotere **specialisatie** voor radiologen (lichaamsdelen of pathologieën).

TeleCare North | Een gedeeld telegeneeskundecentrum in Denemarken⁴¹

Het project richt zich op patiënten met ernstige tot zeer ernstige COPD.

Het biedt een **kit voor bewaking op afstand** waarmee patiënten gegevens over hun huidige gezondheidsstatus kunnen bekijken. Het project geeft patiënten meer macht, aangezien zij degenen zijn die hun gegevens verstrekken. Patiënten kunnen gezondheidswerkers rechtstreeks vanuit hun huis raadplegen en zo regelmatige verplaatsingen naar het ziekenhuis vermijden.

Deze kit, het enige aanspreekpunt voor patiënten, vermijdt het verlies van energie en informatie tussen de verschillende belanghebbenden (ziekenhuispersoneel, huisartsen, thuisverpleegkundigen en thuishulpen). De levenskwaliteit van patiënten wordt verbeterd, terwijl de kosten van de gezondheidszorg worden verlaagd.

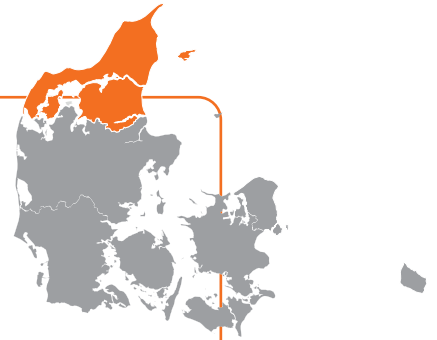
Bij TeleCare North zijn steden, ziekenhuizen en huisartsen betrokken. Het is een **brede interdisciplinaire samenwerking** op het vlak van telegeneeskunde. Alle 11 steden in Noord-Jutland nemen deel aan het project, evenals de Universiteit van Aalborg en een organisatie voor belangenbehartiging van patiënten. Het Deense IT-bedrijf Silverbullet levert de technische infrastructuur voor het project.

Dit voorbeeld illustreert de uitdaging van dit soort projecten: er moesten nieuwe functies worden gecreëerd om patiënten en hun families te ondersteunen en er moesten nieuwe processen worden ingevoerd.

Het gaat hier om een **echte organisatorische verandering**, die werkt als een katalysator voor nieuwe routines en workflows, terwijl de patiënt centraal staat in de behandeling.

Het illustreert ook het **dubbele voordeel** van het werken aan **preventieprojecten**: als het aantal ziekenhuisopnames kan worden verminderd, zal dit niet alleen economisch gunstig zijn voor de samenleving, maar ook de levenskwaliteit van patiënten aanzienlijk verbeteren.

TeleCare North evalueert nu andere manieren om patiënten op te volgen, met name voor hartfalen, met als doel 35% van de jaarlijkse gezondheidskosten per persoon te besparen, voornamelijk door minder ziekenhuisopnames.



⁴¹ Vestergaard, A.S., Hansen, L., Sørensen, S.S., Jensen, M.B., Ehlers, L.H. 2020 Is telehealthcare for heart failure patients cost-effective? An economic evaluation alongside the Danish TeleCare North heart failure trial. BMJ Open.

Vertrouwen tussen alle partijen

Het meest geschikte bestuursmodel hangt af van de maturiteit van de organisatie met shared services. De sleutel is dat bedrijven de structuur aannemen die het beste past bij hun organisatie, cultuur en strategie. **Vertrouwen tussen alle belanghebbenden** is een cruciaal faciliterend element, des te belangrijker wanneer het delen van gegevens vereist is.

Het gekozen bestuursmodel zal des te effectiever zijn als het is gebaseerd op sterke fundamenten en flexibel genoeg is om in de loop van de tijd indien nodig te worden herzien.

Fédération des Hôpitaux Vaudois Informatique (Zwitserland)

Tussen vertrouwen en goed bestuur rond het informatiesysteem



“De **FHVI (Fédération des Hôpitaux Vaudois Informatique)** is een entiteit die in 1985 werd opgericht onder auspiciën van de SSP Vaud (Service de la Santé Publique (Volksgezondheidsdienst)), de FHV (Fédération des Hôpitaux Vaudois) en de AVDEMS (Association Vaudoise des EMS). Het is een zeer gedecentraliseerde en verspreide structuur, met 12 instellingen verspreid over 50 geografische locaties.

In de geest van het **bundelen van de middelen, de vaardigheden en uitrusting die nodig zijn voor de ontwikkeling en werking van het informatiesysteem** van de regionale ziekenhuizen van Vaud⁴², heeft dit gemutualiseerde informatiesysteem (IS) tot doel de aangesloten ziekenhuizen te ondersteunen bij hun ontwikkelingsstrategie, door hun middelen, vaardigheden en apparatuur te bundelen die nodig zijn voor de werking van het informatiesysteem.

Onder de beschouwingen die de FHVI heeft uitgevoerd, merken we bijvoorbeeld de **eenmalige authenticatie** op voor alle gebruikers, verplegend en administratief personeel van deze instellingen. Met eHealth participeert de FHVI actief in de inzet van de landelijke **eHealth-strategie**, gericht op het creëren van een platform voor de uitwisseling van informatie tussen de verschillende actoren in het zorgstelsel. De uitdaging was om de volledige toegang tot het informatiesysteem te **beveiligen en te harmoniseren**, of zelfs de ontwikkeling van het **collaboratieve intranet** dat het beheer van de inhoud van elke instelling mogelijk maakt, maar ook om de samenwerking tussen de structuren aan te moedigen. Met het CHUV (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois) is ook een gemeenschappelijke aanpak opgestart voor de implementatie van het **geautomatiseerde patiëntendossier** (DOPHIN). Deze inzet vereist een hoge beschikbaarheid wat betreft ondersteuning en betrouwbaarheid van de installaties.

Een gemutualiseerd budget

Sinds 2013 is de begroting van de FHVI gebaseerd op één enkel premiepercentage voor al haar ziekenhuisleden, dat wordt vastgesteld door de algemene raad. In 2019 werd het vastgesteld op 2,3% van de ziekenhuiskosten van de leden. Het budgetteringsmodel wordt momenteel herzien om elke instelling beter verantwoordelijk te houden en verzoeken beter in verband te brengen met hun kosten⁴³. Sommige activiteiten zijn daadwerkelijk duurder, zoals beeldvorming en laboratoriumactiviteiten voor sommige ziekenhuizen van de federatie.

⁴² FHV. 2021. Système d'information. https://www.fhv.ch/jcms/fhv_6086/systeme-d-information

⁴³ FHV - FHVi, Bestuursverslag 2020.

Vooraf vastgestelde relaties

Zoals we hebben gezien, is de harmonisatie van processen en normen een voorwaarde voor de integratie van alle diensten. Een gemeenschappelijke taal en reeds bestaande samenwerkingen tussen belanghebbenden bevorderen de

“Wat willen we samen bereiken op lange termijn en tegen wanneer?”

samenwerking. Gemeenschappelijke elementen zoals informatiesystemen, een ERP-systeem en een accreditatiesysteem zullen faciliterende elementen zijn. Het is niet verplicht om een gemeenschappelijke

cultuur te hebben bij het opzetten van shared services. Sommige diensten kunnen eenvoudig om budgettaire of technische redenen worden geïmplementeerd. **Om echt verder te komen in de samenwerking is het delen van een gemeenschappelijke cultuur en waarden echter essentieel.**

Mutualiseringen: zeer variabele resultaten

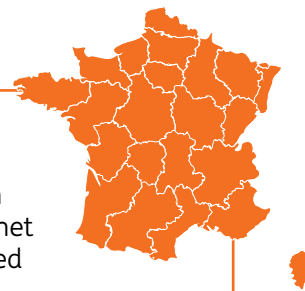
In 2019 is een rapport⁴⁴ dat de implementatie van GHT's en mutualisering analyseert van mening dat de effecten van het **mutualiseren van middelen en artsen** van gebied tot gebied verschillen. Er zijn mutualiseringsinitiatieven ontstaan voor medische HRM, maar deze moeten nog worden ontwikkeld.

Dit rapport maakt dezelfde observatie voor de **ondersteunende functies**.

Zoals ook in België het geval is, vormt de **diversiteit aan informatiesystemen** en software een belangrijke barrière voor de ontwikkeling van mutualisering. Dit leidt vaak tot een **eenvoudige interoperabiliteit** van systemen. Het rapport pleit daarom voor meer **financiële steun** om het unieke patiëntendossier te ontwikkelen.

Het erkent ook dat “het inkoopdomein het verst gevorderd is”, wat de rechtszekerheid van de procedures bevordert, maar het moeilijk maakt om lokale leveranciers in te schakelen en mogelijk de inkoop tijden verlengt.

Dit voorbeeld illustreert dat ondanks de steun van de Franse overheid de mutualisering zeer heterogeen is. De overgang verliep veel beter toen de ziekenhuizen al een **gemeenschappelijke organisatiecultuur** deelden.



⁴⁴ Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT), Annexes Tome II, 2019-034R

6. De sleutels tot succes



Op basis van onze analyses en de adviezen van de Key Opinion Leaders die wij hebben geraadpleegd, volgt hier een reeks beschouwingen die zijn gegroepeerd rond de drie niveaus macro, meso en micro, en vergezeld gaan van internationale voorbeelden.

Figuur 19 : Beschouwingen op macro-, meso- en microniveau



6.1 | Beschouwingen op macroniveau

Macro n°1

Een duidelijk engagement van de regelgevende instantie

Essentieel voor de actoren in het veld is dat de politieke instanties duidelijk hun wens tonen om shared services te ondersteunen en te ontwikkelen, maar ook de richting die ze willen

inslaan en de visie definiëren die ze hebben op samenwerking in het kader van de netwerken. Het gaat met name om een **sterke communicatie van hun ambities** op het vlak van kwaliteit, rentabiliteit, preventie, duurzaamheid ...

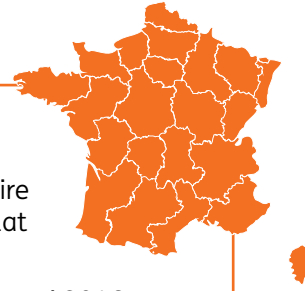
“De overheid moet ziekenhuizen een duidelijke leidraad geven, zodat we in de goede richting kunnen bewegen.”

Er zij tevens gewezen dat België zich ertoe heeft verbonden zijn gezondheidssysteem duurzamer en veerkrachtiger te maken tijdens de COP26 in Glasgow. Initiatieven ter bevordering van ecologische duurzaamheid moeten daarom worden aangemoedigd.

Deze transformatieve benadering omvat het heroverwegen van het huidige model en het toepassen van specifieke regelgevende vereisten:

- Herziening van de wetgeving op het vlak van **erkenningen**: momenteel wordt het ziekenhuisbudget (Budget van Financiële Middelen, BFM) toegewezen aan de houder van de erkenning, wat nieuwe vormen van samenwerking in de weg staat. Dezelfde logica is van toepassing op zorgprogramma's.
- Herziening van **vastgestelde drempels**: het idee is om een kritische massa te bereiken die de oprichting van diensten aanmoedigt die voorheen niet bestonden en/of om een betere controle over de kwaliteit te krijgen.

⁴⁵ Liste complète en début d'ouvrage



Verplichte mutualisatie in territoriale ziekenhuisgroepen

Het voorbeeld van de Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) is interessant omdat de Franse regelgeving vereist dat openbare instellingen verschillende functies bundelen.

GHT's werden in Frankrijk opgericht door de wet van 26 januari 2016 over de modernisering van het gezondheidssysteem, die bepaalt dat elke publieke zorginstelling deel moet uitmaken van een GHT. Frankrijk heeft nu 135 GHT's⁴⁶, goed voor bijna 890 zorginstellingen. Als hoeksteen van hun werking delen de leden van de TZG een **gemeenschappelijk medisch project**.

“Het doel van de GHT is om instellingen in staat te stellen een **strategie van gemeenschappelijke en graduele patiëntenzorg** te implementeren, met als doel het garanderen van gelijke toegang tot veilige en hoogwaardige zorg. Het zorgt voor de rationalisering van beheersvormen door functies te bundelen of door activiteiten tussen zorginstellingen over te dragen. In elke groep stellen de deelnemende instellingen een gezamenlijk medisch project op dat zowel een lokaal aanbod als toegang tot een referentieaanbod en rechtsmiddelen garandeert⁴⁷.”

De GHT's verschillen van de Belgische locoregionale ziekenhuisnetwerken in die zin dat de GHT's geen rechtspersoonlijkheid hebben, terwijl de Belgische ziekenhuisnetwerken dat wel hebben. In Frankrijk moeten alle publieke zorginstellingen echter, op enkele uitzonderingen na, lid zijn van een territoriale ziekenhuisgroep.

We denken aan “rationalisatie” maar ook aan een “traject” en “gedeeld medisch project” op de schaal van een gebied voor gezondheidszorg.

De verschillende GHT-hervormingen vereisen dat de organisaties gemeenschappelijke functies opzetten, namelijk:

- het beheer van een informatiesysteem, in het bijzonder het aanleggen van een uniek patiëntendossier binnen elk territorium
- het beheer van een afdeling medische informatie van de territoriale ziekenhuisgroep,
- de inkoopfunctie,
- het beheer van opleidingen.

In de praktijk worden inter-vestigingscentra, administratieve, logistieke, technische en medisch-technische activiteiten, activiteiten voor diagnostische en interventionele beeldvorming, medische biologie en farmacie opgericht. De medische projecten hebben betrekking op verschillende pathologieën (kanker, cardiovasculair, metabool, neurologisch, enz.).



⁴⁶ Réseau Hopital GHT. 2021. Tous les GHT.

⁴⁷ Code de la santé publique : Chapitre II : Groupements hospitaliers de territoire, Article L6132-1, France.

Richting een samenwerkings- of integratiemodel?

In Frankrijk blijft de vraag open. Het huidige debat draait om verschillende redenen om deze kwestie van het model van de relatie tussen zorginstellingen.

De uitdaging ligt met name op **politiek niveau**, aangezien in de integratieve versie van het model het aantal GHT zou dalen van 1.000 naar 130. De rationalisering van processen, gekoppeld aan een verminderd beheer van het aantal budgetten, gaat in tegen de regionale politieke argumenten van lokale netwerken. Deze laatste zijn zeer ongunstig voor een geïntegreerd model, omdat ze het zien als een verlies van controle over hun gezondheidsinstellingen. De lokale budgetten zouden op TZG-niveau worden beheerd, de technische platforms eerder gecentraliseerd en de lokale instellingen zouden het risico lopen af te glijden naar één enkele huisvestingsfunctie.

Als op macroniveau de positieve resultaten van deze eerste projecten beter zichtbaar zijn (de implementatie van gemeenschappelijke informatiesystemen maakt het mogelijk het patiëntendossier over te dragen naar een ziekenhuis in de groep, wat resulteert in tijdwinst voor de teams medische diensten, de oprichting van gemeenschappelijke inkoopdiensten leidt tot prijsverlagingen via gegroepeerde aankopen), voelden de directeuren en administratieve teams zich beroofd van hun verantwoordelijkheden, verloren ze hun autonomie, met als gevolg relatieproblemen en bestuurlijke malaise.

Op **het niveau van gedeelde medische teams** is het doel van deze mutualisering een **betere beveiliging** en een **beter beheer van budgetten**. Toh wijzen artsen op de negatieve punten van verplaatsingen, de mentale belasting van opereren in een onbekende operatiekamer, enz.

Dit debat toont het belang aan van **ondersteuning** bij organisatorische projecten van deze omvang.

Macro n°2

Vereenvoudigde regels en financieringsmethoden en een aangepast normenkader

Ook vereenvoudigde regels en een aanpassing van de normen zijn noodzakelijk. Dat houdt in dat de huidige wetgeving op een andere schaal moet worden herzien, door de normen en vereisten niet langer te beschouwen op het niveau van ziekenhuizen, maar op dat van netwerken, of van een samenwerkende entiteit (in termen van regulering van medische en ondersteunende diensten, maar ook van de mobiliteit van het personeel)⁴⁸.

Als er in België al originele samenwerkingsvormen bestaan, moeten ze in dit nieuwe perspectief worden bekeken. Hierbij denken we in het bijzonder aan **ziekenhuisassociaties**, waarbij twee of meer ziekenhuizen gezamenlijk één of meer diensten, afdelingen, functies, eenheden of technische (medische) diensten kunnen exploiteren of samen één of meer zorgprogramma's kunnen volgen. In dit geval hoeven individuele ziekenhuizen niet te voldoen aan de erkenningsnormen.

⁴⁸ De Pourcq, K., De Regge, M., Callens, S., Coëffé, M., Van Leuven, L., Gemmel, P., Van den Heede, K., Van de Voorde, C., Eeckloo, K. Modèles de gouvernance pour les collaborations entre hôpitaux – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2016. KCE Reports 277Bs. D/2016/10.273/90.

Wel zou er **duidelijkheid moeten komen over de activiteiten die al dan niet in een samenwerkingsovereenkomst kunnen worden opgenomen, als het gaat om diensten die verder gaan dan de basisactiviteit**. Voorbeelden hiervan zijn aspecten die te maken hebben met btw - bij het verlenen van niet alleen medische diensten - die al dan niet betaald moeten worden.

Bovendien zou een vereenvoudiging van de financieringsmechanismen de ziekenhuisinstellingen in staat stellen relevante keuzes te maken en passende kostenanalyses uit te voeren op de te delen activiteiten.

De btw-problematiek

In de omzendbrief nr. 36/2012 van 27 november 2012 onderscheidt de Belastingdienst 5 samenwerkingsvormen in de zorg⁴⁹.

Samenwerking op initiatief van de overheid

Type I

Samenwerking die onderdeel uitmaakt van een duurzame samenwerkingsovereenkomst, wettelijk is geformaliseerd en goedgekeurd door het bevoegd gezag, i.e. verenigingen, groepen en fusies van ziekenhuizen.

Type II

(Al dan niet tijdelijke) samenwerkingsinitiatieven tussen zorginstellingen voor de verwezenlijking van een welomschreven zorgprogramma en -project **erkend en/of gefinancierd** door de overheid.

Type III

Samenwerkingen rond de uitvoering van een zorgproject dat wordt gereguleerd door de overheid **zonder onderworpen te zijn aan formele erkenning**.

Type IV

Samenwerkingen met het oog op zorg die spontaan ontstaan tussen zorginstellingen, zonder tussenkomst of hulp van de overheid.

Type V

Samenwerkingen buiten de zorg.

De **eerste 4 soorten hebben het doel van zorg** en zijn dus **vrijgesteld van btw**. Diensten die vallen onder **type V** zijn diensten die bekend staan als **back-officediensten**, i.e. diensten die vallen in de categorie '**management- en operationele diensten**' en die niet onder deze vrijstelling vallen. Als 21% btw moet worden betaald over goederen en/of diensten die ziekenhuizen aan elkaar leveren, verhoogt dit de kosten en vermindert het de stimulans om samen te werken, wat indruist tegen het begrip van de netwerken.

In dit kader is een wetswijziging nodig, zodat de btw-vrijstelling zich uitstrekt tot alle activiteiten die de ziekenhuizen onderling uitvoeren in het kader van een netwerk, aangezien deze ondersteunende activiteiten ook onrechtstreeks bijdragen tot een verbetering van de kwaliteit van zorg.

⁴⁹ Circulaire AGFisc N° 36/2012 (E.T.123.129), dd. 27.11.2012.

Macro n°3

Shared services in het supranetwerk

De **schaal** van de Belgische netwerken kan **onvoldoende of ongeschikt** blijken. Dit is het geval voor bepaalde diensten, waarvoor uitbesteding een betere kans lijkt als de beoogde dienst te klein is, maar ook voor bepaalde macrothema's die verder gaan dan netwerken (geïnformaliseerde patiëntendossiers, cybercriminaliteit, enz.).

De regelgeving moet worden herzien binnen het globale prisma van **breder samenwerkingsverbanden, namelijk op regionaal, nationaal of internationaal niveau**. In dat geval dienen de juridische belemmeringen voor grensoverschrijdende samenwerkingen te worden weggenomen. De belangstelling is des te belangrijker als we het hebben over een klein land als België.

Het voorbeeld van cyberveiligheid

In 2021 heeft de toename van aanvallen op de IT-systemen van zorginstellingen **het belang van cyberveiligheid** in de zorgsector in de schijnwerpers gezet vanwege de gevoeligheid van de gegevens die het verwerkt. Aangezien de beschikbaarheid van gezondheidsgegevens van patiënten strikt noodzakelijk is voor de zorg in het kader van de netwerken, vergen deze nieuwe praktijken en de inherente risico's **aanzienlijke investeringen**. In dit kader is **het opzetten van samenwerkingsverbanden op landelijk niveau dan ook van groot belang**.

Macro n°4

Beheer van de overgang naar het samenwerkingsmodel

Een volledige evaluatie en een benchmark van bestaande projecten zijn nodig voor de politieke autoriteiten om een **managementstrategie** voor shared services op te stellen en om aanbevelingen te doen voor de implementatie van gezamenlijke projecten op netwerkniveau.

Het is belangrijk om **meerdere deadlines op korte termijn** te stellen in plaats van lange, moeilijk te controleren deadlines, zoals het geval was tijdens de reorganisatie van het ziekenhuislandschap in België.



Een regelgevend kader voor het Portugese ministerie van Volksgezondheid – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS)

In **Portugal** heeft de economische en financiële situatie geleid tot de noodzaak om de Nationale Gezondheidsdienst (SNS) te hervormen met het oog op een efficiënter beheer en het delen van middelen.

In deze context werd in 2010⁵¹ de shared service van het **ministerie van Volksgezondheid (SPMS)** bij decreet opgericht. Deze dienst is een publiekrechtelijke rechtspersoon van commerciële aard. Het werd opgericht na een volledige analyse van de Portugese situatie en bestaande projecten.

Het biedt **gebundelde diensten op het gebied van inkoop en logistiek, financiële diensten, personeelszaken, informatiesystemen en technologie, communicatie en telegeneeskunde.**

De dienstverlening kan en moet worden gegarandeerd door **één enkele aanbieder** aan alle entiteiten van het gezondheidsstelsel. De relatie tussen hen en de leveranciers wordt geregeld door een **kaderovereenkomst** tussen een of meer aanbestedende diensten en de leveranciers, met het oog op de regeling van de juridische, technische, economische en financiële voorwaarden voor de toekomstige verwerving van goederen of diensten, gedurende een bepaalde periode. De kaderovereenkomst voert een voorselectie van leveranciers uit en stelt de maximumprijzen en de minimumvoorwaarden vast voor kwaliteit en serviceniveaus inzake leveringen. Elke organisatie kan de inkoopvoorwaarden echter verbeteren, afhankelijk van de onderhandelde hoeveelheden.

Al deze processen zijn gebaseerd op één geïntegreerd informatiesysteem, het informatiesysteem voor inkopen voor de gezondheidszorg, waarbij de inkoopbehoeften elektronisch worden gecentraliseerd en verzoeken kunnen worden gedematerialiseerd⁵¹.

Een monitoringcommissie voor inkopen voor de gezondheidszorg (CASC) werd opgericht om samen te werken met de SPMS voor de planning en monitoring van het inkoopbeleid specifiek voor de gezondheidssector. Het is samengesteld uit openbare entiteiten uit de gezondheidssector, vertegenwoordigers van ziekenhuizen en lokale gezondheidsorganisaties.

Eerste beoordeling: het gebruik van kaderovereenkomsten heeft grenzen aangetoond

In dit stadium:

- is het niet zeker dat er meer concurrerende prijzen zullen worden verkregen
- is gecentraliseerde contractualisering niet de meest gunstige voor dringende aankopen die een onmiddellijke reactie vereisen,
- moet de overeenkomst elk jaar worden herzien om de aankoop van innovatieve geneesmiddelen mogelijk te maken⁵².

⁵⁰ Décret-loi n° 19/2010, du 22 mars, modifié par le décret-loi n° 108/2011, du 17 novembre, et par le décret-loi n° 209/2015, du 25 septembre.

⁵¹ Ministério da Saúde. Portaria n.o 227/2014, de 6 de novembro. Diário da República, 1.a série, n.o 215, 6 de novembro de 2014.

⁵² Aperta, J., Borges, A., Cadilha, D., Dimas, F., Dinis, C., Feio, J., Fonseca, O., Garcia, M., Marques, F., Ribeiro, J., Rodrigues, C., Santos, C., Teixeira, C., & Dimitrovová, K. 2016. COMPRAS CENTRALIZADAS NA SAÚDE. Revista Portuguesa De Farmacoterapia, 7(4), 214-220.

Macro n°5

Middelen voor het starten van projecten en stabiliteit van hervormingen

De uitvoering van dit soort projecten kan **aanzienlijke initiële investeringen** vergen. Er zou steun kunnen worden verleend voor de start van piloot- of meer innovatieve projecten.

Tegelijkertijd zullen dankzij de stabiliteit van de hervormingen door de instellingen genomen risico's kunnen worden beperkt.

De evaluatie van deze projecten moet de toegevoegde waarde voor de patiënt, het ziekenhuis en de overheid weergeven en informatie verstrekken over beslissingen en de manier waarop gezondheidsmiddelen zullen worden geïnvesteerd.



6.2 | Beschouwingen op mesoniveau

Meso n°1

Een model voor winstverdeling en kostentoewijzing

Het **model voor winstverdeling en kostentoewijzing** kan spanningen tussen partners uitkristalliseren. Sommige medische disciplines zijn winstgevender dan andere, sommige diensten zijn afhankelijk van andere, zoals bijvoorbeeld de dienst spoedgevallen die verwijst naar andere ziekenhuisactiviteiten.

“Dit is het stadium dat ons de meeste tijd heeft gekost en waarin we de meeste moeite hebben om het eens te worden...”

De winstverdeling en kostentoewijzing is dan ook geen gemakkelijke oefening. Daarom is het essentieel dat de verdeling tussen alle entiteiten duidelijk wordt gedefinieerd.

Meso n°2

Internaliseren van uitbestede diensten?

De analyse van de **voor- en nadelen van een gedeelde internalisering** van diensten die doorgaans aan derden worden uitbesteed, zoals de wasserij of het beheer van debiteuren, op de schaal van de netwerken is zeker de moeite waard om te verkennen.

Nadat de nagestreefde doelstellingen zijn geïdentificeerd, kunnen voor elk van hun de kosten-batenverhoudingen worden berekend.

“Er wordt vaak te weinig rekening gehouden met de logistieke kosten, evenals de investering die nodig is om een dergelijke organisatieverandering voor te bereiden”.

Meso n°3

Een projectplanning en een progressieve implementatie

Een sterk projectmanagement, waarvan de **doelstellingen meetbaar** zijn en waarvoor belangrijke **prestatie-indicatoren** zijn gedefinieerd, is van cruciaal belang. Bij de evaluatie van **projecten voor shared services** wordt uiteraard rekening gehouden met **hun impact op lange termijn en met de gelijktijdige uitvoering van ander beleid en andere projecten**. Het opstellen van een redelijk schema van projecten, waarbij prioriteit wordt gegeven aan elk van hun, is een andere troef voor succes, evenals het opsommen van de **eventuele gevolgen voor het personeel**.

Waar moet de shared service worden geïmplementeerd? Is het benodigde gekwalificeerd personeel bereid zich naar deze locatie te verplaatsen? Welke contracten moeten opnieuw worden onderhandeld? Is er consistentie in de salarissen van specialisten op alle locaties? Wat zijn de mogelijke juridische belemmeringen?



Meso n°4

Een betrokkenheid van personeel en vakbonden

Het effect van de implementatie van shared services op de werkgelegenheid en de aard van de banen is aanzienlijk: op het niveau van het **bestaande loonbeleid** in elk van de entiteiten (verschillende arbeidsvoorwaarden in ziekenhuizen of eenheden), **mobilititeit van werknemers** na de verplaatsing van bepaalde functies, kosten voor de werknemer en de werkgever van langere ritten), **anciënniteit, jobverlies** bij redundantie, opleidingsbehoefte, enz.

“Belangrijker dan het business plan, de risicoanalyse of data, is het vooral de menselijke factor die een beslissende rol zal spelen in het succes van een project.”

Daarom moet **de impact op de werkgelegenheid en het personeel centraal staan in de reflectie van het directiecomité en de personeelszaken** in alle projecten voor shared services. Bovendien moeten personeel en vakbonden vanaf de plannings- en ontwerpfasen van projecten worden betrokken en in werkgroepen worden vertegenwoordigd; en meer in het algemeen tijdens hun ontwikkeling op de hoogte worden gehouden.

Meso n°5

Een uitlijning van de visie

De overgrote meerderheid van strategieën, hoe relevant ook, stuit op de oprichting van een coalitie van leiders met een gemeenschappelijke visie en begrip. Daarom is het belangrijk **te kunnen vertrouwen op de duidelijke steun van het topmanagement**.

Het beoordelen van de afstemming van maatregelen op de visie omvat het bepalen van de actieradius en het regelmatig monitoren van de uitgevoerde acties.

6.3 | Beschouwingen op microniveau

Micro n°1

Harmonisatie van processen en normen

Voor een effectieve samenwerking tussen medewerkers is het van cruciaal belang dat ze dezelfde taal spreken. Daarom is een reeks maatregelen noodzakelijk, waarvan er vier het belangrijkste zijn:

- standaardisatie van **klinische paden**
- harmonisatie van pools van **leveranciers en artikelen**
- Geharmoniseerde **processen**: organisaties moeten kunnen begrijpen hoe elk van hun processen is geïntegreerd en moeten gezien hun specifieke aard de nodige beslissingen nemen om die processen optimaal te laten werken. Dit is geen eenvoudige taak, aangezien stakeholders vaak verschillende percepties hebben op de aard van de processen. Dat heeft invloed op de manier waarop deze processen worden gestructureerd en geïntegreerd in het shared service centrum en dus ook hoe ze het algehele resultaat beïnvloeden. Dit zou het vooraf in kaart brengen van de werkelijke situatie vereisen, rekening houdend met de verschillende soorten producten: farma, medtech, IT, generalist, enz.
- Harmonisatie van **HR-processen** (salarisbeleid, verplaatsingen, enz.). Om de werking van het netwerk als een verenigd geheel te vergemakkelijken, moeten de **middelen worden aangepast** om alle ziekenhuizen in staat te stellen effectief te communiceren. Het is niet ongebruikelijk om te zien dat software, tools en leveranciers contractueel zijn gekoppeld aan elke entiteit afzonderlijk en niet aan het shared service centrum. Het is daarom noodzakelijk om te zorgen voor **interoperabiliteit** tussen software met betrekking tot shared services (ERP, Pharma, enz.).

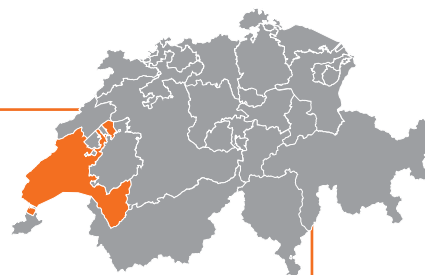
Hoewel het lang en kostelijk kan zijn, zal dit werk het potentieel voor delen maximaliseren en dubbel werk vermijden, terwijl het wordt aangepast aan lokale flexibiliteit en diensten met toegevoegde waarde.

Implementatie van de LogiMen-applicatie binnen de Fédération des Hôpitaux Vaudois Informatique (FHVI)

Het project is ontwikkeld om de invoer van patiëntenmaaltijden op de verdiepingen van de zorgeenheden te ondersteunen en te helpen bij de bereiding ervan in de keukens.

Voordelen

- Een gemeenschappelijk voedingsbeleid voor instellingen, hetgeen de harmonisatie van praktijken en de gebruikte taal vereist.
- Een gemeenschappelijke database, gebaseerd op een gecentraliseerd beheer van rechten en configuraties, waardoor het delen van toegangsrechten tussen de verschillende gebruikers mogelijk wordt.



Nadelen

- Besluitvorming wordt bemoeilijkt door het grote aantal betrokken actoren.
- Significante externe gevolgen: de reikwijdte is niet beperkt tot alleen diëtetiek
- Bereidheid om recepten te bundelen, maar het eigen voedselbeleid en specifieke aanbod op elke locatie stonden dit niet toe⁵³

Meer in het algemeen stuit het project op weerstand tegen nieuwe gemeenschappelijke praktijken die erop gericht zijn bepaalde praktijken die al vele jaren op elk van de locaties bestaan, te vervangen.

Dit voorbeeld benadrukt de praktische gevolgen van een shared service en het belang van het werken met partners die een gemeenschappelijke visie delen.

Micro n°2

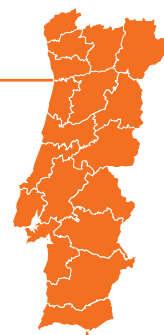
Een co-constructie tussen professionals in het veld

De definitie van nieuwe processen en workflows voor shared services moet plaatsvinden in een dynamiek van **co-constructie**. Dit betekent niet dat alle actoren hetzelfde standpunt innemen, maar dat **alle entiteiten** een nieuw standpunt ontwikkelen, hun soms verschillende belangen met elkaar verzoenen en **de shared service opvatten als een “win-win”-element**.

“Laten we er rekening mee houden dat de projecten niet voor het management zijn, maar voor de professionals in het veld...”

De **gezamenlijke bepaling van het dienstenaanbod** door de professionals van de betrokken zorginstellingen, met name tijdens de analyse en planning van het project, zal het succes ervan versterken en de bijhorende risico's minimaliseren.

In Portugal benadrukten ziekenhuisapothekers bij het opzetten van een inkoopcentrale dat het belangrijk is dat de entiteit die **verantwoordelijk is voor het inkoopproces ook verantwoordelijk is voor het betalingsproces** voor deze geneesmiddelen. Er werd benadrukt dat aandacht moet worden besteed aan de behoeften en het ziekenhuisgebruik: geneesmiddelen die niet opnieuw hoeven te worden verpakt of opnieuw moeten worden geëtiketteerd⁵⁴.



⁵³ Grossi, E. 2015. Algemene voorstelling van het LogiMen-project, prilly.

⁵⁴ Aperta, J., Borges, A., Cadilha, D., Dimas, F., Dinis, C., Feio, J., Fonseca, O., Garcia, M., Marques, F., Ribeiro, J., Rodrigues, C., Santos, C., Teixeira, C., & Dimitrovová, K. 2016. COMPRAS CENTRALIZADAS NA SAÚDE., Revista Portuguesa De Farmacoterapia, 7(4)

Micro n°3

Overweging van praktische behoeften en behoud van een lokale aanwezigheid

Het is belangrijk om tijdens het beraad, maar ook tijdens de uitvoering van het project, rekening te houden met de behoeften van het veld en het dienovereenkomstig opnieuw te beoordelen. Dit betekent **rekening houden met de verschillen** die kunnen bestaan tussen de gedeelde eenheden.

De implementatie van shared services kan een langere responstijd opleveren voor meer gedecentraliseerde eenheden. Een mogelijk gebrek aan informatie over de lokale behoeften van elke instelling of een verkeerde perceptie van deze behoeften kan dit verklaren⁵⁵. Op het **gebied van inkoop** kan bijvoorbeeld het gebruik van lokale leveranciers en levertijden worden beïnvloed.

Het is van cruciaal belang om de lokale aanwezigheid van shared services op de verschillende sites te behouden. Het is van cruciaal belang om het veld niet te ledigen en lokale diensten en samenwerkingsmechanismen met regionale entiteiten in stand te houden, vooral op het niveau van klinische afdelingen.

Micro n°4

Duidelijke rollen die al hun betekenis behouden

De angst om werk te worden ontnomen is een argument dat regelmatig naar voren komt. We hebben dit hierboven geïllustreerd aan de hand van de mutualisering van de GHT's in Frankrijk.

Het definiëren van ieders precieze rol in de nieuwe configuratie en ervoor zorgen dat elke actor in zijn nieuwe rol wordt ondersteund nadat de processen zijn geïdentificeerd die een **aanzienlijke kennisoverdracht** (specialisaties) vereisen, is een essentiële factor voor deelname aan het project.

Micro n°5

Sponsors en influencers: sterke schakels

Om algemeen draagvlak voor het project te krijgen, is het belangrijk om op alle gebieden die te maken hebben met de implementatie van shared services te kunnen vertrouwen op **sponsors** en **influencers**. Als de **sponsor** de **visie** draagt en betekenis geeft, zal de **influencer** optreden als **facilitator** en het project op lokaal niveau verdedigen.

Het identificeren van deze belangrijke beroepsbeoefenaren in het mutualiseringsproces in elke specifieke entiteit, terwijl wordt vertrouwd op **hun expertise**, zal de implementatie van het proces vergemakkelijken.

⁵⁴ Aperta, J., Borges, A., Cadilha, D., Dimas, F., Dinis, C., Feio, J., Fonseca, O., Garcia, M., Marques, F., Ribeiro, J., Rodrigues, C., Santos, C., Teixeira, C., & Dimitrovová, K. 2016. COMPRAS CENTRALIZADAS NA SAÚDE., Revista Portuguesa De Farmacoterapia, 7(4)

7. Besluit



In het kader van de hervorming van het Belgische ziekenhuislandschap moeten ziekenhuizen op een meer structurele manier samenwerken om synergieën, de kwaliteit van de zorg, de continuïteit van de zorg en de efficiëntie te bevorderen en zo de toegevoegde waarde voor de samenleving en de patiënten te maximaliseren. Deze samenwerking is een echte uitdaging in de overgangsfase.

Shared services kunnen deels een antwoord bieden op deze uitdagingen voor onze ziekenhuizen, aangezien de voordelen veel verder gaan dan schaalvoordelen. Zij kunnen de efficiëntie en kwaliteit, de aantrekkelijkheid (voor professionals en patiënten), de onderzoeks- en onderwijscapaciteit, het dienstenpakket, de aanpak rond cyberveiligheid ... verbeteren. Verder dan het delen van middelen, kunnen zij bijdragen tot het delen van een gemeenschappelijke strategische visie.

Shared services zijn de sleutel om ziekenhuisnetwerken inhoud te geven, maar het is een complexe manier van organiseren. Wij hebben de haalbaarheid en de toegevoegde waarde van verschillende soorten diensten geschetst, en de obstakels en hefboomen geanalyseerd voor de invoering ervan in België.

Onze beschouwingen op macro-, meso- en microniveau hebben tot doel bij te dragen tot het debat, en aldus gedeelde diensten binnen ziekenhuisnetwerken van de grond te krijgen.

8. Bibliografie



A.R. Du 30 Septembre 2020 Portant Sur La Préparation et La Délivrance Des Médicaments et l'utilisation et La Distribution Des Dispositifs Médicaux Dans Les Établissements de Soins.

ACAH. A Propos de l'ACAH. <<https://www.acahbelgique.be/fr/qui-sommes-nous/>>.

tares Consulting. 2020. Health Prospecting 2020: Hoe kan innovatie beter geïntegreerd worden in het Belgische gezondheidssysteem?

Aperta, J., Borges, A., Cadilha, D., Dimas, F., Dinis, C., Feio, J., Fonseca, O., Garcia, M., Marques, F., Ribeiro, J., Rodrigues, C., Santos, C., Teixeira, C., & Dimitrovová, K. 2016. COMPRAS CENTRALIZADAS NA SAÚDE. Revista Portuguesa De Farmacoterapia, 7(4), 214-220.

Aperta, J., Borges, A., Cadilha, D., Dimas, F., Dinis, C., Feio, J., Fonseca, O., Garcia, M., Marques, F., Ribeiro, J., Rodrigues, C., Santos, C., Teixeira, C., & Dimitrovová, K. 2016. COMPRAS CENTRALIZADAS NA SAÚDE., Revista Portuguesa De Farmacoterapia, 7(4).

Art. 2. § 1. A.R. Du 30 Janvier 1989 Fixant Les Normes Complémentaires d'agrément Des Hôpitaux et Des Services Hospitaliers et Précisant La Définition Des Groupements d'hôpitaux et Les Normes Particulières Qu'ils Doivent Respecter.

Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT), Annexes Tome II, 2019-034R

Caron A., Ferchaud, B. 2006. Mutualiser pour répondre à de nouveaux besoins. Bulletin des bibliothèques de France (BBF), n° 5, p. 101-102.

Charles, A., Naylor, C., Murray, R. 2021. Integrated care systems in London Challenges and opportunities ahead. The King's Fund.

Circulaire AGFisc N° 36/2012 (E.T.123.129), dd. 27.11.2012.

Code de la santé publique : Chapitre II : Groupements hospitaliers de territoire, Article L6132-1, France.

De Pourcq, K., De Regge, M., Callens, S., Coëffé, M., Van Leuven, L., Gemmel, P., Van den Heede, K., Van de Voorde, C., Eeckloo, K. Modèles de gouvernance pour les collaborations entre hôpitaux – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2016. KCE Reports 277Bs. D/2016/10.273/90.

Elrod, J.K., Fortenberry, J.L. 2017. The hub-and-spoke organization design: an avenue for serving patients well. BMC health services research.

European Services Strategy Unit. 2007.

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. 2019. Ruwe gegevens.

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. 2021. Ruwe gegevens.

FHV - FHV, Bestuursverslag 2020.

Fresnais, J. 2015. La mutualisation des moyens. Un défi managérial, Béatrice Fermon éd., Performance et innovation dans les établissements de santé.

Grossi, E. 2015. Présentation générale du projet LogiMen, prilly.

Guy's and St Thomas' NHS Trust. 2019/20. Annual Report and Accounts.

Guy's and Thomas NHS. 2021. Procurement.

https://www.fhv.ch/jcms/fhv_6086/systeme-d-information

Inter Healthcare Transport. Concept.

IPG. Qui Sommes-Nous.

iris. IRIS-ACADEMY.

iris. LHUB-ULB.

Janssen, M.; Joha, A. 2006. Motives for establishing shared service centers in public administrations.

Joha, A. and Janssen, M. 2010. Public-private partnerships, outsourcing or shared service centres? Motives and intents for selecting sourcing configurations, *Transforming Government: People, Process and Policy*, Vol. 4 No. 3, pp. 232-248.

Koninklijk besluit van 10 maart 2009 tot uitvoering van artikel 69, lid 1, van de wet op de verplichte zorgverzekering en uitkeringen, geconsolideerd op 14 juli 1994, betreffende de regels voor de berekening van de forfaitaire vergoedingen voor medische beeldvorming, betaald per opname voor opgenomen patiënten

Le Soir. 2020. La Commission européenne exhorte la Belgique à remédier à sa «pénurie structurelle» de soignants.

Ministério da Saúde. Portaria n.o 227/2014, de 6 de novembro. Diário da República, 1.a série, n.o 215, 6 de novembro de 2014.

OECD Health Statistics. 2020.

OECD Health Statistics. 2021.

OECD. 2010. Value for Money in Health Spending, *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing, Paris.

Optimus. 2018. Ziekenhuisnetwerken En Samenaankoopnetwerken Voor Zorginstellingen.

P.S. 2018. GZA-ZNA Centraliseert Lab Pathologische Anatomie. Healthcare Executive.

Réseau Hopital GHT. 2021. Tous les GHT.

Ulbrich, F. 2003. Introducing a research project on shared services in governmental agencies. In: 17th Nordic Academy of Management Conference, 14-16 August, 2003, Reykjavik, Iceland.

Vestergaard, A.S., Hansen, L, Sørensen, S.S., Jensen, M.B., Ehlers, L.H. 2020 Is telehealthcare for heart failure patients cost-effective? An economic evaluation alongside the Danish TeleCare North heart failure trial. *BMJ Open*.

VznkuL. 'VznkuL' <<https://www.vznkuL.be/>>.

Wellever A. 2001. Shared services: The Foundation of Collaboration. *Academy for Health Services Research and Health Policy*.

Wetsbesluit nr. 19/2010 van 22 maart, gewijzigd door wetsbesluit nr. 108/2011 van 17 november en door wetsbesluit nr. 209/2015 van 25 september.

ZORG Magazine. 2013. Cours de Langues Chez IRIS : Une Approche Créative Renforce Le Contenu.

