



Zorgpaden in theorie, modellen en afbeeldingen en de relatie met bekostiging

Lezing op 18 november 2013 bij het minisymposium *Zorgpaden, een stimulans voor de Jeugdgezondheidszorg?* te Utrecht , door prof. Guus Schrijvers, gezondheidseconoom,



- Zorgpad gebruiken en niet: zorgstraat of klinisch pad
- Een zorgpad/klinisch pad is een **complexe interventie** om de gemeenschappelijke besluitvorming en organisatie van zorgprocessen te verwezenlijken voor een specifieke groep van patiënten gedurende een gedefinieerd tijds kader.
- •Eigenschappen van een zorgpad zijn:
 - –(i) **Een expliciete vermelding van de doelen** en de sleutelinterventies gebaseerd op evidentie, best practice en patiëntverwachtingen en kenmerken;
 - –(ii) **Het faciliteren van de communicatie** tussen teamleden en met patiënten en hun familie;
 - –(iii) **Het coördineren van het zorgproces** door het coördineren van de rollen en de opeenvolging van de activiteiten van het multidisciplinaire team, de patiënten en hun familie;
 - –(iv) Het **documenteren**, opvolgen en evalueren van afwijkingen en resultaten; en
 - –(v) Het **identificeren van de verantwoorde middelen**.
- •Het streefdoel van een zorgpad is de kwaliteit van zorg, over de grenzen van een organisatie heen, te verbeteren door het verbeteren van “risk-adjusted”resultaten, het bevorderen van patiëntveiligheid, het verhogen van de patiënttevredenheid en het optimaliseren van het middelengebruik.
- **E-P-A, 2006**
- **Vanhaecht, De Witte, Sermeus, 2007**
- Bron: Debleser et.al., Journal of Nursing Management, 2006

Enkele principes uit de handboeken



Guus Schrijvers

- Totale doorstroomtijd is cruciaal begrip
- Minimale sleuteltijd eveneens
- Contacttijd ook
- Toegangstijd alleen bij de voordeur
- Start met een zorgpad waarvoor een DBC bestaat
- Een korte doorstroomtijd trekt nieuwe patiënten
- Vrees het self defeating system
- Maak een business case voor elk nieuw zorgpad
- Een stabiele wachttijd is weg te werken
- Andere zorgpaden vereisen uiteindelijk structuurveranderingen



- Deze vier hangen vaak samen maar dat hoeft niet
- Meestal begint een ziekenhuis met een nieuw zorgpad

Vijf fases:

- Ontwerpen
- Simuleren
- Invoeren voor de eerste keer
- Evalueren
- Verspreiden
- Uitdoof effect voorkomen en onderhouden

Onderscheid: open innovatie en geheime innovatie



Waarom zorgpaden en andere procesinnovaties?



Guus Schrijvers

- Innoveren is aangeboren
- Om te voldoen aan kwaliteitseisen van de inspectie
- Vanwege dreigende financiële crisis
- Te verwachten tekort aan verpleegkundigen
- Categoriele centra hebben innovatie als missie
- Vasthouden van personeel
- Behouden van reputatie voorsprong



Wanneer komen zorgpaden snel ?



Guus Schrijvers

- goede inhoudelijke onderbouwing/positieve kritieken
- voordeel voor professional/win-winsituatie
- externe druk/top down
- competente managers of change/clinical leadership

Oplossingen om invoering van zorgpaden te versnellen



Guus Schrijvers

- Een innovatie moet kunnen mislukken
- Een opslag op de bekostiging voor Research and Development
- Financiële prikkel op doelmatigheid met behoud van kwaliteit voor professional
- Wetenschappelijke protocollen zijn soms te protectionistisch
- Structuurinnovaties evalueren voordat ze overal mogelijk worden
- Regelgeving en praktijk mogen niet te ver uiteenlopen
- Geen big bang reorganisaties

Evalueren van zorgpaden:



Guus Schrijvers

- Altijd een voormeting houden
- Altijd werken met een controle setting
- Statistical process control zoals in de industrie
- Geen controle per casus
- Comply or explain principe



Waarop evalueren: 360 graden feedback



Guus Schrijvers

- Wat vindt de patiënt/cliënt?
- Welke voor- en nadelen ervaren professionals?
- Wat ervaren aanpalende zorgverleners?
- Wat zijn objectieve prestatie indicatoren voor kwaliteit van zorg?

Waarop evalueren: 360 graden feedback



Guus Schrijvers

- Wat vindt de patiënt/cliënt?
 - CQ Index
- Welke voor- en nadelen ervaren professionals?
 - Gestandaardiseerde vragenlijst voor professionals
- Wat ervaren aanpalende zorgverleners?
 - standaardvragenlijst
- Wat zijn objectieve prestatie indicatoren voor kwaliteit van zorg?
 - IGZ en Zizo indicatoren gebruiken

Triple Aim: Doelen van JGZ zorgpaden



Guus Schrijvers

- Betere gezondheid voor kind en ouders
- Betere kwaliteit en continuïteit van jeugd(gezondheids)zorg
- Gelijkblijvende premie voor Zorgverzekeringswet, gemeentefonds en /of AWBZ tot 2020

Toelichting op Doelen van Triple Aim:



Guus Schrijvers

- Lange termijn wordt belangrijker dan jaarlijkse begroting
Positie risico selectie en andere overgangen worden belangrijker
- Samenhangende zorgpaden vormen de kern
- Doelmatigheidswinst besteden aan meer preventie
- Kostenontwikkeling koppelen aan brevbolkingsontwikkeling
- Dat is populatie gebonden bekostiging

Eerst samenhangende zorgpaden dan pas ketenfinanciering



Guus Schrijvers

- een voorbeeld: Plan Geïntegreerde Oogzorg



Hoogwaardige ketenzorg:

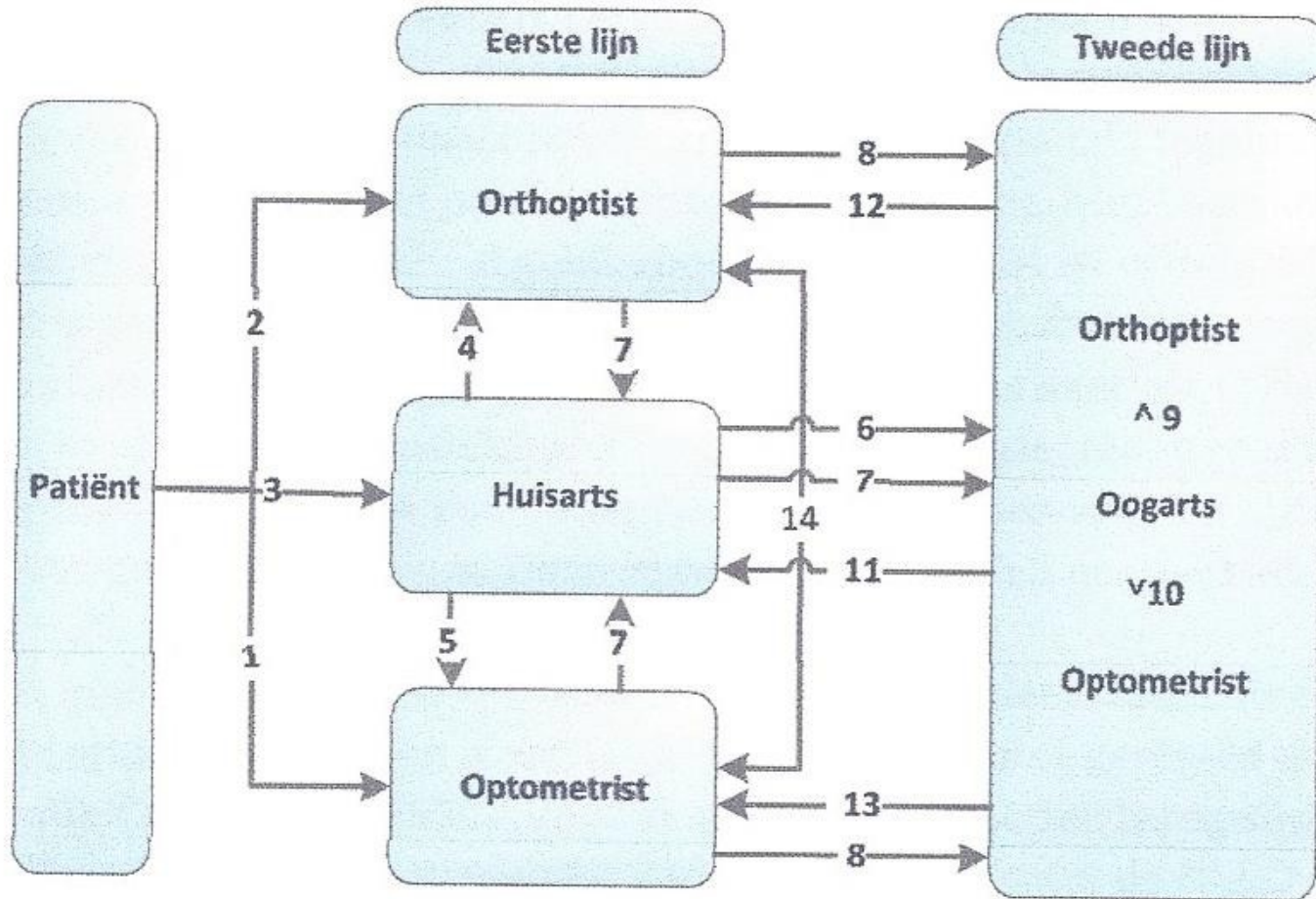


Guus Schrijvers

1. Optimale benutting van competenties
2. Optimale filterwerking
3. Vastgelegde verwijzrichtlijnen
4. Duidelijke verantwoordelijkheidstoedeling
5. Behoud en verbetering kwaliteit
6. Keuzevrijheid voor patiënt
7. Zorg dichtbij huis en concentratie waar nodig



Oogzorg als routekaart



Figuur 1: werkdomeinen en verwijfsroutes

Eerst samenhangende zorgpaden maken, dan pas ketenbekostiging



Guus Schrijvers



Ketenfinanciering via CJG's van sociale wijkteams



Guus Schrijvers

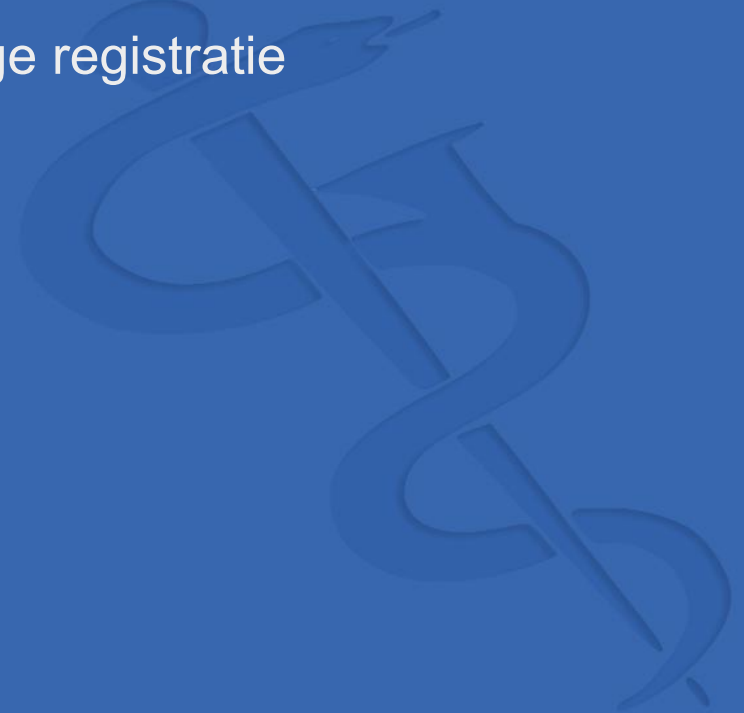
1. Eén bedrag voor de keten gedurende een kalenderjaar
2. Op basis van historische kosten plus verwacht aantal kinderen
3. Betaald aan het ketenbestuur of zorggroep
4. Verdeeld door het zorggroepbestuur over de leden
5. Het zorggroepbestuur onderhandelt met de gemeenten en zorgverzekeraars
6. Kwaliteitsborging en financiële borging bij zorggroepbestuur
7. Globale verantwoording aan zorgverzekeraar

Voorwaarden voor ketenfinanciering



Guus Schrijvers

- Goede onderlinge verhoudingen
- Acceptatie van zorggroepbestuur door leden
- Goede IT, financiële en bedrijfskundige registratie
- 80% op basis van plan
- 10% op basis van productie
- 10% op basis van outcome



Voordelen van ketenfinanciering ten opzichte van bestaande situatie



Guus Schrijvers

- Financiering op maat volgt zorg op maat
- Ketenfinanciering bevordert samenwerking
- Geen verkeerde prikkels in systeem
- Makkelijker financiering van gemeenschappelijke kosten zoals voor Zorg ICT en scholing
- Minder gedoe met de gemeenten en zorgverzekeraar

Ketenfinanciering bij de wetenschap en het overige zorgveld



Guus Schrijvers

- wetenschappers: afschaffen betaling per verrichting
- Populatiegebonden bekostiging overal in het innovatieve veld
- Zorgverzekeraars: nog meer activity based costing
- USA: shared savings
- Nederland: ketenfinanciering in de chronische zorg
- Bij diabetes: te vroeg om te oordelen
- Bij CVA-zorg: ik word niet blij

Mijn eigen visie voor ketenfinanciering



Guus Schrijvers

- Stop met P maal Q aanpak ofwel volumen financiering
- Eerst een lange termijn visie, kwantitatief uitgewerkt
- Werken met beleidsvolle prikkels en niet beleidsarme
- Werken met koptarief voor samenwerking en ICT
- Experimenteren met ketenfinanciering voor alle zorg tijdens de zwangerschap en bevalling
- Eerst simuleren via een spel

Ketenfinanciering lijkt een droom en moeilijk te realiseren, want:



Guus Schrijvers

- Er komt veel op jullie af
- Schaarste leidt tot afwenteling en alleen korte termijn aandacht: *ieder voor zich* en niet *allen voor een, een voor allen*
- De verhoudingen zijn nog niet gelijkwaardig en open



Ik dank u voor uw aandacht

Contact?



Guus Schrijvers

- mail@guusschrijvers.nl
- www.guusschrijvers.nl
- www.twitter.com/GuusSchrijvers

[Volg de Masterclass van het Julius Centrum Geïntegreerde Geboortezorg](#)

[Volg mijn cursus Economie voor zorgprofessionals](#)