



# De toekomst van Universitair Medische Centra

Voordracht van Guus Schrijvers,  
gezondheidseconoom en oud-hoogleraar  
Public Health bij het VUMC op woensdag 3  
februari 2016



1. Wat blijft zijn de kernwaarden
2. Het ontvlechten van ziekenhuizen
3. Zorgpaden en doelgroepsgewijs inkopen van specialistische zorg
4. Triple Aim
5. De toekomst van het VUMC
6. Het Cappuccinomodel

•





1. **Wat blijft zijn de kernwaarden**
2. Het ontvlechten van ziekenhuizen
3. Zorgpaden en doelgroepsgewijs inkopen van specialistische zorg
4. Triple Aim
5. De toekomst van het VUMC
6. Het Cappuccinomodel

•



# De kernwaarden\* blijven ook in de toekomst bestaan:



Guus Schrijvers

- Shared decision making
- Zorg in eigen woonomgeving
- duurzame relatie met patiënt
- herkenbaar samenwerkend team
- persoonlijke continuïteit
- elektronisch patiëntendossier
- flexibele openingstijden
- structurele samenwerkingsafspraken met andere disciplines
- zorggerelateerde preventie en zorginnovatie

\***NHG en LHV**. Toekomstvisie huisartsenzorg, modernisering naar menselijke maat, huisartsenzorg in 2022, Utrecht 2012. <http://www.tkv2022.nl/>; **Wiegers T. et al.**, Overzichtsstudies: de eerste lijn. Utrecht, Nivel, 2011. <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-overzichtsstudieeerste%20lijn.pdf>. **De Bakker D.H.** et al., Op een lijn, Toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020, Nivel/RIVM, Utrecht

# Wat patiënten willen\*



Guus Schrijvers

1. Beter worden
2. Tijdige zorg
3. Vriendelijkheid
4. Hoop en zekerheid
5. Continuïteit, keuze-opties en coördinatie
6. Eigen kamer
7. Geen eigen bijdragen
8. De beste en integere professional
9. Medicatie en chirurgische ingrepen die geen gedragsverandering vereisen

\* Detsky AS, What patients really want from health care, JAMA, December 14, 2011, Vol 306, No. 22,2500-2501  
Detsky AS, What patients really want from health care, JAMA, December 14, 2011, Vol 306, No. 22,2500-2501

# Wat patiënten minder belangrijk vinden



Guus Schrijvers

- Doelmatige zorg
- Statistieken
- Gelijke toegang tot de zorg voor iedereen
- Belangenverstrengeling
- De totale kosten van een interventie
- De totale kosten van de zorg als % van BNP



# Het meten van ervaringen van patiënten



Guus Schrijvers

- Patient Reported Outcome Monitoring (PROM)
- CQ Index
- Zorgkaart.nl
- Net Promotor Score
- Diepte interviews
- Spiegelgesprekken
- Focusgroepen
- Klachten analyse: systematisch of incidenteel





1. **Wat blijft zijn de kernwaarden**
2. Het ontvlechten van ziekenhuizen
3. Zorgpaden en doelgroepsgewijs inkopen van specialistische zorg
4. Triple Aim
5. De toekomst van het VUMC
6. Het Cappuccinomodel

•







1. **Wat blijft zijn de kernwaarden**
2. **Het ontvlechten van ziekenhuizen**
3. Zorgpaden en doelgroepsgewijs inkopen van specialistische zorg
4. Triple Aim
5. De toekomst van het VUMC
6. Het Cappuccinomodel

•





*"Clayton Christensen has done it again, writing yet another book full of valuable insights...  
The Innovator's Prescription might just mark the beginning of a new era in healthcare."  
—MICHAEL BLOOMBERG, Mayor, New York City*

# The Innovator's Prescription

*A Disruptive Solution for Health Care*



**Clayton M. Christensen**

BESTSELLING AUTHOR OF *THE INNOVATOR'S DILEMMA*



1. De disruptie innovatie
2. Ziekenhuis in drieën splitsen
3. Zorginnovatie = digitale innovatie = financiële innovatie





1. De disruptie innovatie
2. Ziekenhuis in drieën splitsen
3. Zorginnovatie = digitale innovatie = financiële innovatie



# De disruptie innovatie



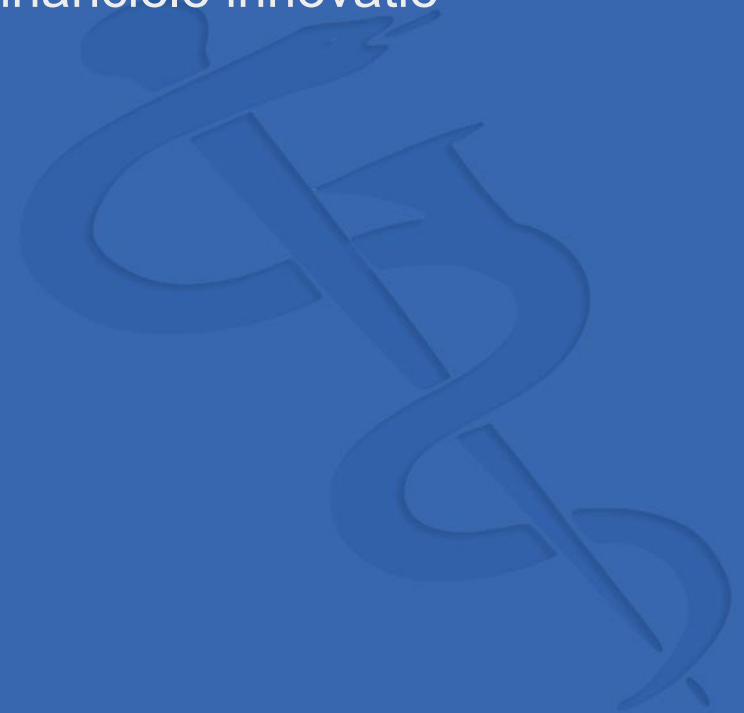
Guus Schrijvers

- Schumpeter/Kondratiev: grote wereldwijde veranderingen
- Eens in de vijftig jaar
- Gehele bedrijfstakken verdwijnen
- Lakenindustrie in Leiden
- VOC gaat ten onder
- Komst elektriciteit
- Komst internet
- Ontcijfering van het genoom
- Marktwerking maakt disruptie innovatie mogelijk, overheidssturing niet





1. De disruptie innovatie
2. Ziekenhuis in drieën splitsen
3. Zorginnovatie = digitale innovatie = financiële innovatie





1. De disruptie innovatie
2. Ziekenhuis in drieën splitsen
3. Zorginnovatie = digitale innovatie = financiële innovatie



# Een driedeling van ziekenhuizen



Guus Schrijvers

1. Expertise centrum voor diagnostiek
2. Focuskliniek voor het doen van ingrepen
3. Netwerk voor patiënten met chronische aandoeningen







1. Beperkt aantal gemotiveerde fysiotherapeuten
2. Scholing aan deze fysiotherapeuten
3. Goede communicatie tussen “Nijmegen” en huisartsen/specilaisten
4. Vergroten van kennis bij patiënten en professionals

# Graag digitale netwerken per chronische aandoening



Guus Schrijvers

- kennis over zeldzame chronische aandoeningen is gering
- Diagnostiek vaak te laat
- Ook bij ziekenhuizen en specialisten loopt kennis achter
- Het chronic care model van Wagner toepassen
- Het model van Parkinsonnet toepassen
- Een centrale website maken. Zie [www.parkinsonnet.nl](http://www.parkinsonnet.nl)
- Zie ook [www.zorgstandaarden.nl](http://www.zorgstandaarden.nl)



1. **Wat blijft zijn de kernwaarden**
2. **Het ontvlechten van ziekenhuizen**
3. Zorgpaden en doelgroepsgewijs inkopen van specialistische zorg
4. Triple Aim
5. De toekomst van het VUMC
6. Het Cappuccinomodel

- 





1. Wat blijft zijn de kernwaarden
2. Het ontvlechten van ziekenhuizen
3. Zorgpaden en doelgroepsgewijs inkopen van specialistische zorg
4. Triple Aim
5. De toekomst van het VUMC
6. Het Cappuccinomodel

•





# HET zorgpadenboek

VOORBEELDEN VAN GOEDE ZIEKENHUISZORG

Nicolette Hulstkes, arts Beleid en advies & prof. dr. Guus Schrijvers



Hoortje de



- 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

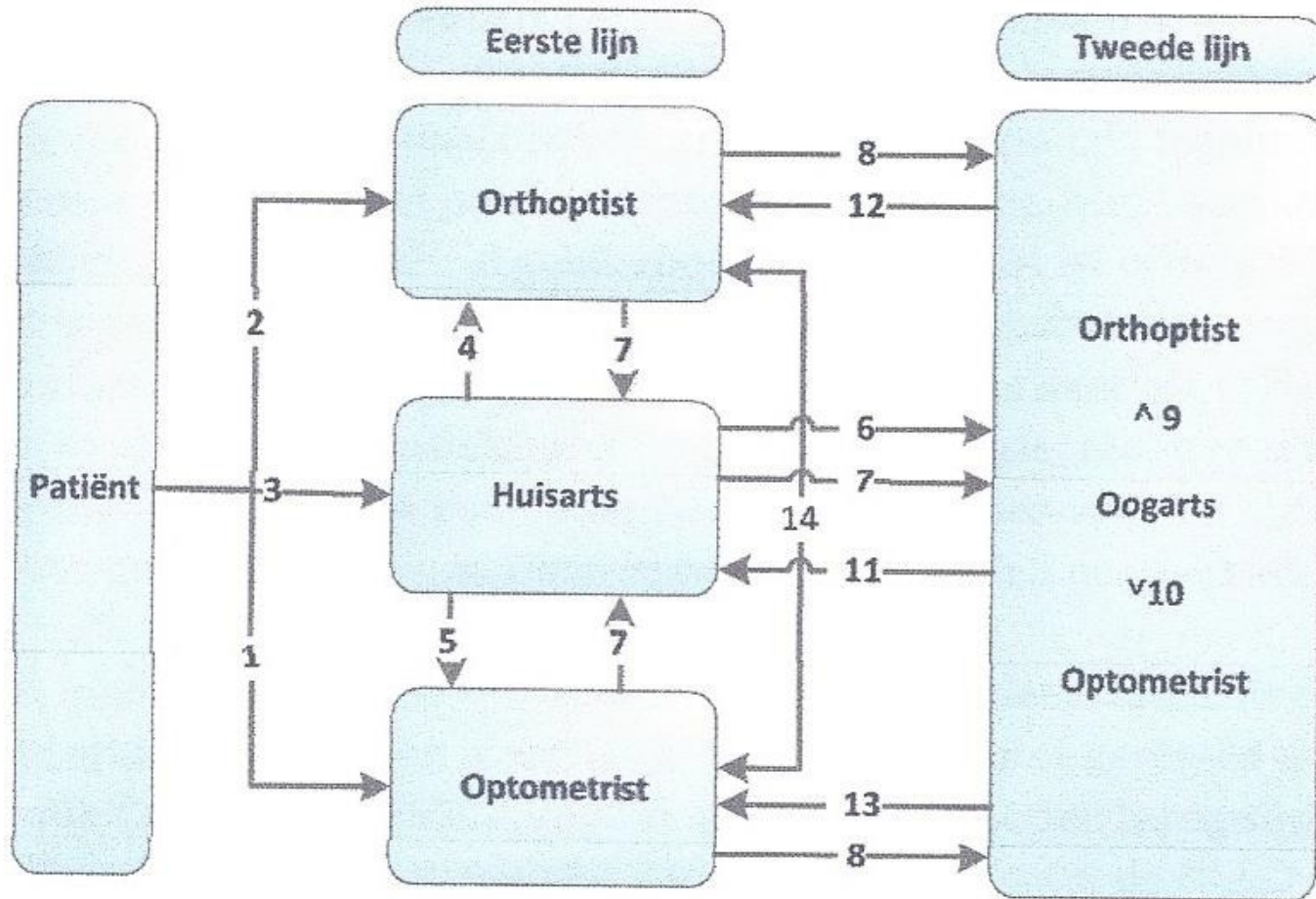


# Definitie zorgpad

- 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

## Comply or explain principle

# Oogzorg als routekaart



Figuur 1: werkdomeinen en verwijfsroutes



# Kwaliteitseisen aan een zorgpad voor vaker voorkomende zorgprocessen



Guus Schrijvers

1. Naam zorgpad?
2. Staat het op schrift in een patiëntenversie?
3. De entree: Is er een beslisboom voor toegang tot het zorgproces?
4. Het hoofdtraject: is dat beschreven?
5. De transferprocedure/ontslagprocedure: op schrift?
6. Is er een informatie protocol: wie vertelt wat wanneer aan patiënten?
7. Hoe is de gedeelde besluitvorming geregeld?
8. Professionele verantwoordelijkheden toegedeeld?
9. Beslisondersteuning van professional in software?
10. Vindt kwaliteitswaarborging plaats?
11. Is het zorgproces wetenschappelijke onderbouwd?
12. Vindt evaluatie regelmatig plaats?
13. Is er klachtenafhandeling?

# Algemene kwaliteitseisen voor oncologische zorg



Guus Schrijvers

1. Één aanspreekpunt voor de patiënt
2. Één hoofdbehandelaar
3. Omschreven mogelijkheden tot shared decision making?
4. Een up to date behandelplan
5. Een gemeenschappelijk (digitaal) dossier
6. Vaste afspraken over relatie met andere ziekenhuizen en over nazorg

# Ontvlechten naar:



Guus Schrijvers

- **Diagnostische klinieken**
- **Focusklinieken voor specifieke ingrepen**
- **centra voor chronische aandoeningen**

Bron: Christensen C.M. et al., The Innovator's Prescription. A Disruptive Solution for Health Care. New York: Mc Graw Hill, 2009.



## Afbeelding 16.7 Indeling van een groot ziekenhuis in RVE's naar doelgroepen van patiënten

- Zwangeren, jonge ouders en kinderen
- Mensen met acute gezondheidsproblemen
- Mensen met kanker
- Mensen met behoefte aan zorg op afspraak ofwel electieve zorg
- Mensen met een of meer chronische aandoeningen
- Mensen met psychische- en verslavingsproblemen

Bron: zie tekst

# Dit betekent: doelgroepsgewijs inkopen door zorgverzekeraar van:



Guus Schrijvers

- Oncologische zorg
- Geboortezorg
- Spoedzorg
- Electieve zorg

Inclusief preventie?

Medisch Specialistische Bedrijven zeggen: ja

RvB's zeggen: nee





1. **Wat blijft zijn de kernwaarden**
2. **Het ontvlechten van ziekenhuizen**
3. **Zorgpaden en doelgroepsgewijs inkopen van specialistische zorg**
4. Triple Aim
5. De toekomst van het VUMC
6. Het Cappuccinomodel

•





1. Wat blijft zijn de kernwaarden
2. Het ontvlechten van ziekenhuizen
3. Zorgpaden en doelgroepsgewijs inkopen van specialistische zorg
4. Triple Aim
5. De toekomst van het VUMC
6. Het Cappuccinomodel

•



# Triple Aim



Guus Schrijvers

1. Betere gezondheid
2. Hogere kwaliteit van zorg
3. Gelijk blijvende kosten

## Aanbevolen literatuur:

Berwick D.M. et al., The Triple Aim: Care, Health, And Cost, *Health Aff (Millwood)*, 2008; 27(3): 759-69.

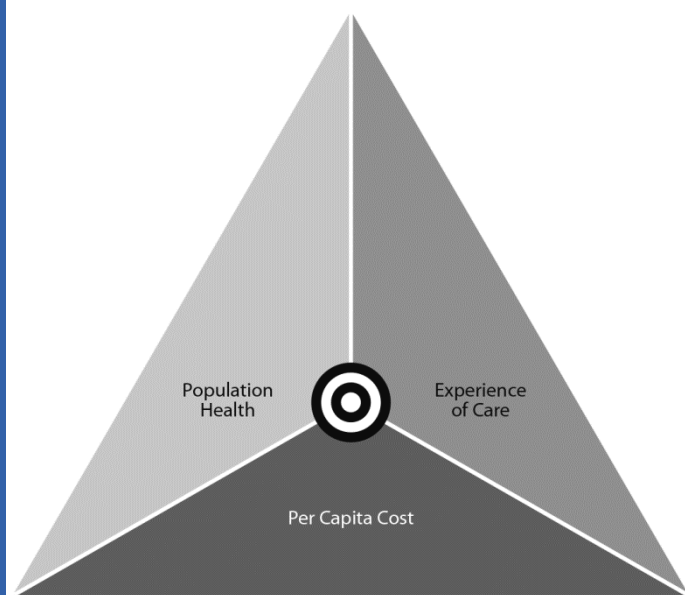
Bisognano M. et al., *Pursuing the Triple Aim. Seven Innovators Show the Way to Better Care, Better Health and Lower Costs*, San Francisco: Jossey-Bass, 2012.

Hildebrandt H.T. et al., Triple Aim in Kinzigtal, Germany: Improving population health, integrating health care and reducing costs of care – lessons for the UK 2012, *Journal of Integrated Care* 20 (4): 205-222.

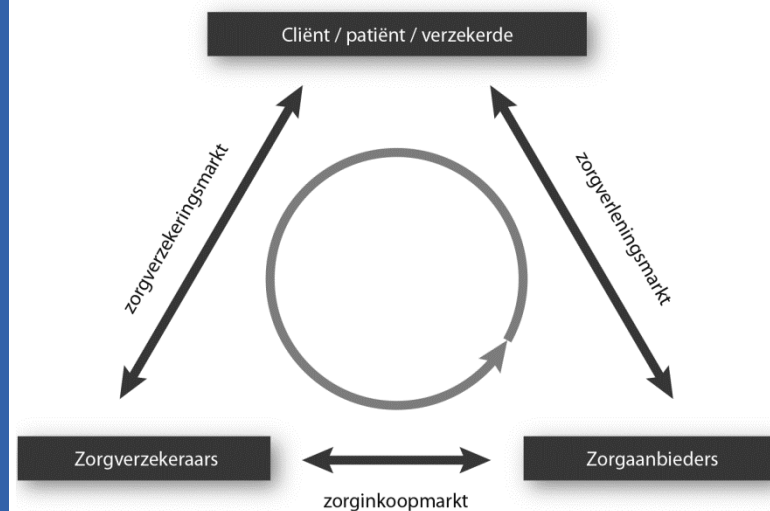




Afbeelding 1.2 Het Triple Aim model



Afbeelding 1.3 Het model van de marktwerking



# Lange termijn voor het VUMC en andere UMC's



Guus Schrijvers

- Vooral verwijzingen vanuit andere ziekenhuizen
- Nadruk op diagnostiek en complexe ingrepen
- Integratie met AMC
- Geen traumacentrum meer
- Integratie met AvL
- Expertisecentrum voor een aantal chronische aandoeningen
- Relatie en taakverdeling met andere Amsterdamse ziekenhuizen (Boston model)
- Gezamenlijk digitale dossier in the cloud met andere ziekenhuizen
- Divisies business units met eigen strategisch beleid



1. Wat blijft zijn de kernwaarden
2. Het ontvlechten van ziekenhuizen
3. Zorgpaden en doelgroepsgewijs inkopen van specialistische zorg
4. Triple Aim
5. De toekomst van het VUMC
6. Het Cappuccinomodel

•





1. Wat blijft zijn de kernwaarden
2. Het ontvlechten van ziekenhuizen
3. Zorgpaden en doelgroepsgewijs inkopen van specialistische zorg
4. Triple Aim
5. De toekomst van het VUMC
6. Het Cappuccinomodel

•





- Populatiegebonden bekostiging van zorginstellingen en professionals (de koffie: 85%)
- Een laag volumetarief (de melk, 10%)
- Een innovatietarief (het toefje schuim, 5%)

## Gericht op het realiseren van Triple Aim:

- Betere gezondheid
- Hogere kwaliteit van zorg
- Gelijk blijvende kosten

Zie hoofdstukken 1 en 17 en verder alle andere hoofdstukken

# Shared savings



Guus Schrijvers

- Doelmatigheidswinst gaat terug naar zorgaanbieder, zorgverzekeraar en patiënt
- Affordable care organizations
- Zorgverzekeraar streeft naar verbetering van de contribution margin
- Ontvlecht ziekenhuizen financieel van RVE's naar profitcenters

# Groeien door te snoeien



Guus Schrijvers

- Zou u in uw werksetting oud-voor-nieuw beleid kunnen hebben?



# Twee vragen vooraf bij beleidsrijke bekostiging



Guus Schrijvers

1. Zijn financiële prikkels bij patiënten en bij professionals en ziekenhuizen ethisch verantwoord om gezond gedrag dan wel doelmatig gedrag te bevorderen?
2. Is er een grens aan leefstijlsolidariteit?





# Twee vragen vooraf bij beleidsrijke bekostiging



Guus Schrijvers

1. Zijn financiële prikkels bij patiënten en bij professionals en ziekenhuizen ethisch verantwoord om gezond gedrag dan wel doelmatig gedrag te bevorderen?
2. Is er een grens aan leefstijlsolidariteit?

**Mijn antwoord op beide vragen is ja. Wel eerst experimenteren.**

# Beleidsrijke prikkels bij professionals en ziekenhuizen



Guus Schrijvers

- Outcome financiering (geen wachttijd aan de voordeur, goede patientervaringen en geen ongeplande heropnamen)
- Cappuccinofinanciering (populatie gebonden bekostiging + laag volumentarief + innovatietarief)
- Innovation proof financing
- Kijk- en luistergeld even goed betalen als doe geld
- Gelijke tarieven voor gelijke diensten
- Keten-DBC's/Bundled payment
- Meaningful use voor Zorg ICT
-

# Eisen te stellen aan zorgverzekeraars



Guus Schrijvers

- Uniformering van gegevens uitvraag
- Geen eigen kwaliteitscriteria
- Vrijheid om patiënt te adviseren over te kiezen zorgverzekeraar
- Niet terug naar het ziekenfonds
- Kaders stellen
- Marginale toetsing
- Verplichtende nascholing
- Cocreatie





1. Wat blijft zijn de kernwaarden: **veilige, effectieve zorg + continuïteit**
2. Het ontvlechten van ziekenhuizen **Divisies naar doelgroepen**
3. Zorgpaden en doelgroepsgewijs inkopen van specialistische zorg **Comply or explain**
4. Triple Aim **Geen economische groei meer**
5. De toekomst van het VUMC **Grote takenruil**
6. Het Cappuccinomodel **Groeien door te snoeien**

•

**Bij mij te bestellen voor 15 euro en  
elders voor 24,95 euro; geef  
visitekaartje**



Guus Schrijvers

GUUS SCHRIJVERS



**ZORGINNOVATIE  
VOLGENS HET  
CAPPUCCINOMODEL**

VOOR HETZELFDE GELD EEN BETERE GEZONDHEIDSZORG

Thoeris 

# Een reclamespotje:



Guus Schrijvers

Komen jullie naar het congres over *Mantelzorg is goedkoop maar niet gratis* dat collega's en ik organiseren op woensdag 20 april 2016 in Zeist?

Zie [www.juliusacademy.nl](http://www.juliusacademy.nl)





Ik dank jullie voor de  
aandacht



# Contact?



Guus Schrijvers

- [mail@guusschrijvers.nl](mailto:mail@guusschrijvers.nl)
- [www.guusschrijvers.nl](http://www.guusschrijvers.nl)
- [www.twitter.com/GuusSchrijvers](https://www.twitter.com/GuusSchrijvers)

