

Stemt u mee deze middag?



open menti.com → code **792486**

Tip: meerdere peilingen, blijf ingelogd!



Wificode **nbmc2018**



#Celsus2018 #betaalbare zorg

CELSUS
ACADEMIE VOOR
BETAALBARE
ZORG



'Vijf jaar Celsus, academie voor betaalbare zorg'

19 april 2018, New Babylon Den Haag



Uw dagvoorzitters



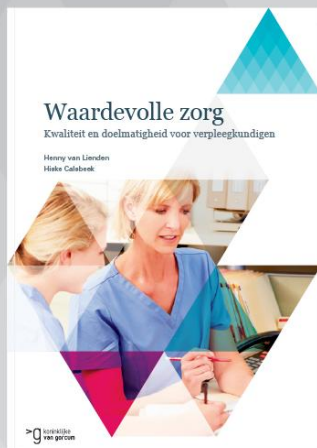
Katja Mur

Directeur Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt, ministerie VWS



Gert Westert

Hoofd van IQ healthcare en hoogleraar gezondheidszorgonderzoek/ kwaliteit van zorg, Radboudumc



▲ Verkrijgbaar via vangorcum.nl



BETAALBARE ZORG



Programma – deel I

Overhandiging boeken aan minister Bruins

Leon van Halder, voorzitter RvB Radboudumc



Bouwstenen voor betaalbare zorg

Marit Tanke, plv. programmaleider Celsus academie

Hoe gaat het in andere landen?

Elias Mossialos, director of the LSE Health



Nederlands perspectief (deel I). In debat met:

Joris van Eijk, directeur zorg Menzis

Corinne Tutein Nolthenius, directeur zorg Rivas zorggroep

Ernst van Koesveld, directeur zorgverzekeringen VWS

PAUZE



Programma – deel II



Nederlands perspectief (deel II). In debat met:

Jerry Allon, ervaringsdeskundige ggz, docent, veerkrachtfabriek

Henk Bilo internist, Isala klinieken

Hester Vermeulen, hoogleraar verplegingswetenschappen

Kees van Laarhoven, hoogleraar heelkunde Radboudumc



Blik terug en vooruitblik

Patrick Jeurissen, programmaleider Celsus academie

Afsluiting & borrel

Einde

Alle deelnemers ontvangen de congreseditie van het boek 'Betaalbare zorg'

Stemt u mee deze middag?



open menti.com → code **792486**

Tip: meerdere peilingen, blijf ingelogd!



Wificode **nbmc2018**



#Celsius2018 #betaalbare zorg



We vragen ons af ...

Overlijden gaat vaak gepaard met hoge zorgkosten. Daarom moeten we VOL inzetten op het verminderen van zorgkosten in het laatste levensjaar.

- A. Goed idee: in deze periode wordt veel onnodige zorg verleend en weinig palliatieve zorg of *advance care planning*.
- B. Slecht idee: in vergelijking met andere landen wordt er in Nederland niet lang doorbehandeld.
- C. Slecht idee: van de patiënten met hoogste zorgkosten overlijdt maar een klein deel.



Open [menti.com](https://www.menti.com) → code **792486**
Wificode **nbsmc2018**

Boekenreeks 'Betaalbaarheid van de zorg'

In deze reeks zijn de volgende titels verschenen:



▲ Verkrijgbaar via vangorcum.nl

Minister Bruins neemt
de boekenreeks in ontvangst
uit handen van Leon van Halder,
voorzitter RvB Radboudumc

CELSUS
ACADEMIE voor
BETAALBARE
ZORG



Bouwstenen voor betaalbare zorg

Marit Tanke

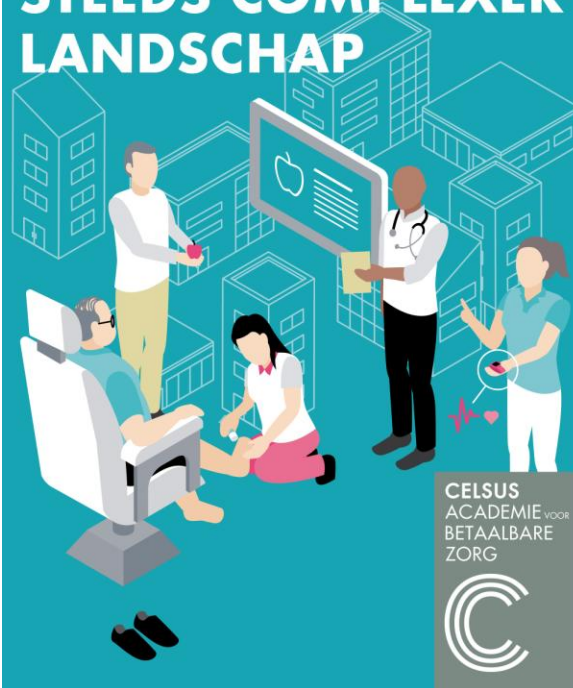




▲ Verkrijgbaar via vangorcum.nl



OVER BETAALBARE ZORG IN EEN STEDS COMPLEXER LANDSCHAP



CELSUS
ACADEMIE VOOR
BETAALBARE
ZORG





Wat betekent dat onder andere?

- We kunnen winst behalen door ineffectieve, ondoelmatige en ongewilde zorg aan te pakken
- Verbeteringen bij patiënten met de hoogste zorgkosten kunnen een groot effect hebben. Multimorbiditeit is een belangrijke uitdaging
- Preventie helpt bij betaalbaarheid, en is vooral een kans de solidariteit te versterken
- De burger kan beter betrokken worden bij debat over betaalbaarheid
- Combinaties van verschillende maatregelen hebben het meeste effect



RESEARCH ARTICLE

Open Access



Identifying and prioritizing lower value services from Dutch specialist guidelines and a comparison with the UK do-not-do list

Joost Johan Godert Wammes^{1*}, M. Elske van den Akker-van Marle², Eva W. Verkerk¹, Simone A. van Dulmen¹, Gert P. Westert¹, Antoinette D. I. van Asselt^{3,4} and R. B. Kool¹

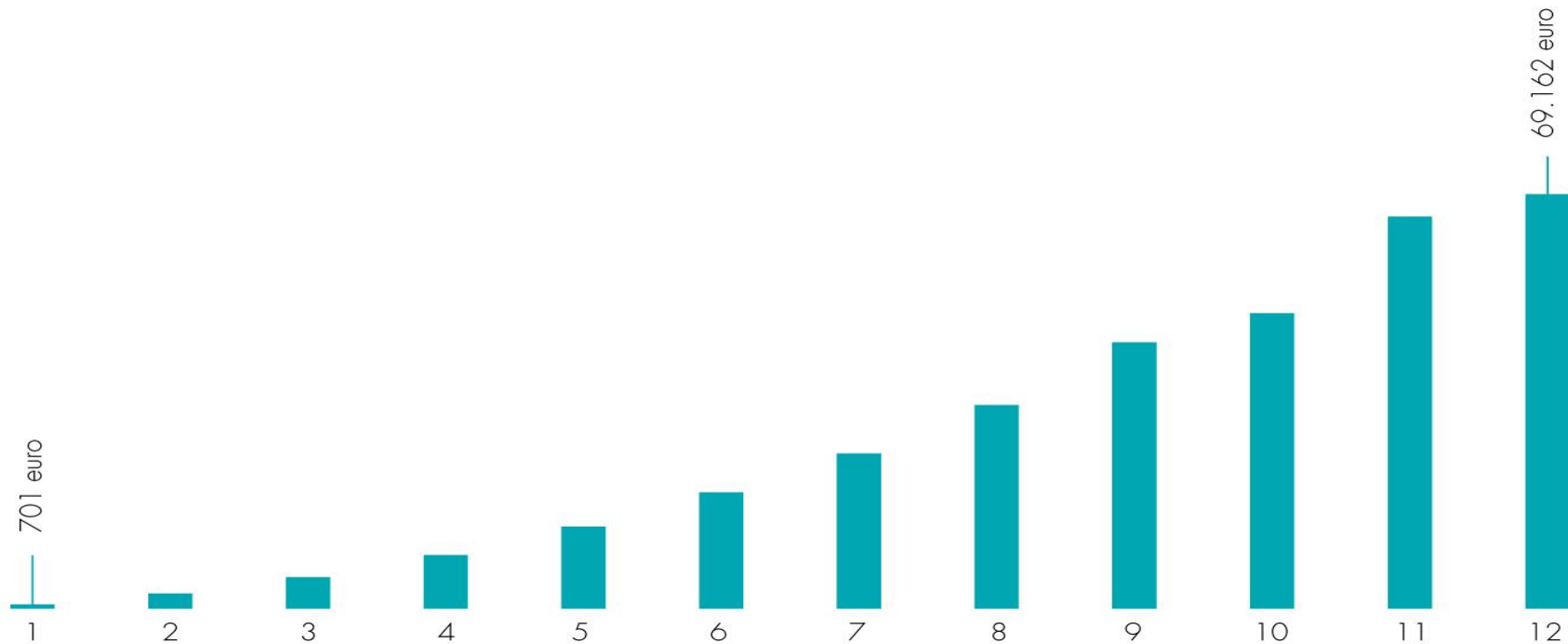


Naar schatting 30% van de zorg heeft weinig toegevoegde waarde



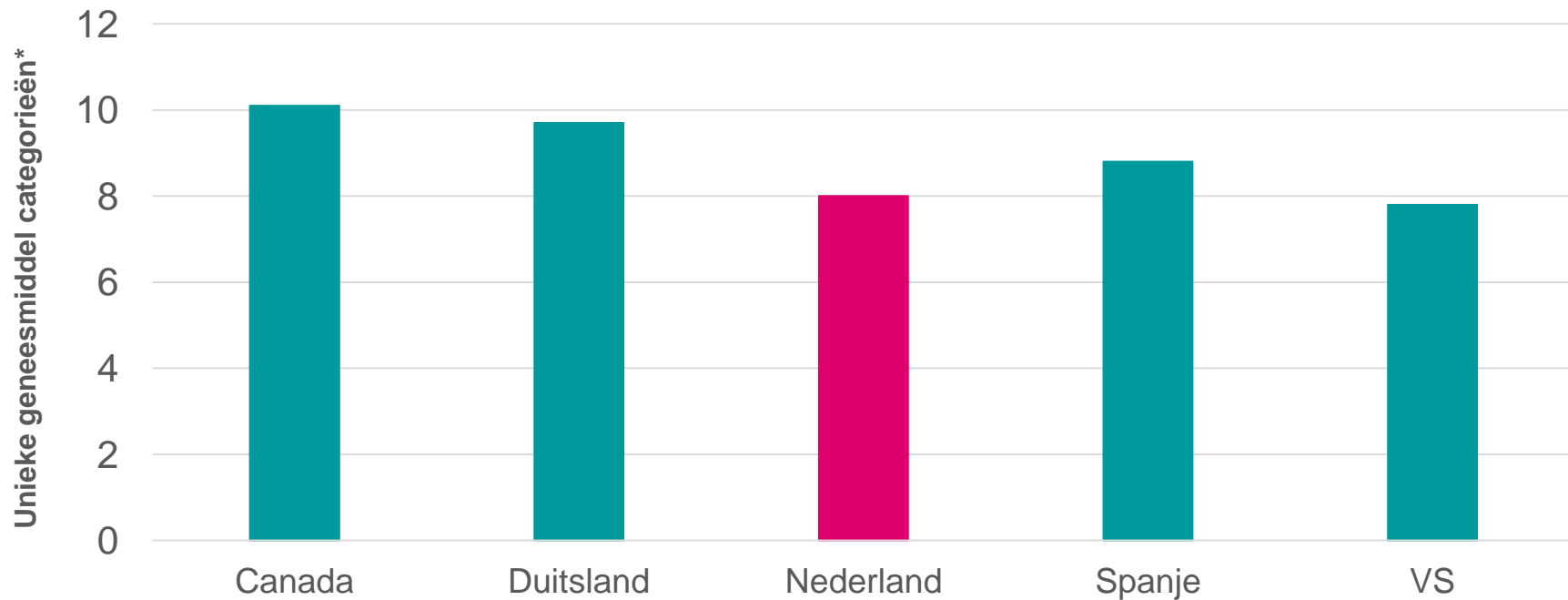


Kosten stijgen bij meer aandoeningen





Zorggebruik top 5% - geneesmiddelen



*ATC level 2. Eén categorie is bijvoorbeeld 'medicijnen voor diabetes' of 'diuretica'.

BUDGETTEN

MACROBUDGETTEN

DEELBUDGETTEN

PRIJSMAATREGELEN

VERGOEDINGEN

Prijsbeperkingen

Prijsvaststelling

Referentieprijzen

Prijsonderhandelingen

PRODUCTIEKOSTEN

Generieke substitutie

Winstbeperking

Loonkostenbeperking

Investeringsbeperking

VOLUMEMAATREGELEN

AANBODBEPERKING

Gepaste zorg

Capaciteitsplanning

Toegang tot zorg

Arbeidsmarktbeleid

VRAAGBEPERKING

Eigen betalingen

Verzekerd pakket

Preventie

Beperking nieuwe technologieën

Rol van de patiënt

Budgettering en prijsregulering

MARKTGERICHT BELEID

STRUCTUUR

Zorginkopers

Zorgaanbieders

(de)centralisatie

Taakherschikking

Winstuitkering

Mededinging

Risicoverdeling

MARKTWERKING

Bekostiging

Competitie

Vooraf vastgestelde vergoeding

Coördinatie

Verzekerdenkeuze

Contractering

Patiëntkeuze

UITKOMST

IT in de zorg

Aansprakelijkheid

Administratie

Transparantie

Management

Verspilling

Fraude

Innovatie

BUDGETTEN

MACROBUDGETTEN

DEELBUDGETTEN

PRIJSMATREGELEN

VERGOEDINGEN

Prijsbeperkingen

Prijsvaststelling

Referentieprijzen

Prijsonderhandelingen

PRODUCTIEKOSTEN

Generieke substitutie

Winstbeperking

Loonkostenbeperking

Investeringsbeperking

VOLUMEMAATREGELEN

AANBODBEPERKING

Gepaste zorg

Capaciteitsplanning

Toegang tot zorg

Arbeidsmarktbeleid

VRAAGBEPERKING

Eigen betalingen

Verzekerd pakket

Preventie

Beperking nieuwe technologieën

Rol van de patiënt

Beperking van vraag en aanbod

MARKTGERICHT BELEID

STRUCTUUR

Zorginkopers

Zorgaanbieders

(de)centralisatie

Taakherschikking

Winstuitkering

Mededinging

Risicoverdeling

MARKTWERKING

Bekostiging

Competitie

Vooraf vastgestelde vergoeding

Coördinatie

Verzekerdenkeuze

Contractering

Patiëntkeuze

UITKOMST

IT in de zorg

Aansprakelijkheid

Administratie

Transparantie

Management

Verspilling

Fraude

Innovatie

BUDGETTEN

MACROBUDGETTEN

DEELBUDGETTEN

PRIJSMATREGELEN

VERGOEDINGEN

Prijsbeperkingen

Prijsvaststelling

Referentieprijzen

Prijsonderhandelingen

PRODUCTIEKOSTEN

Generieke substitutie

Winstbeperking

Loonkostenbeperking

Investeringsbeperking

VOLUMEMAATREGELEN

AANBODBEPERKING

Gepaste zorg

Capaciteitsplanning

Toegang tot zorg

Arbeidsmarktbeleid

VRAAGBEPERKING

Eigen betalingen

Verzekerd pakket

Preventie

Beperking nieuwe technologieën

Rol van de patiënt

Het bevorderen van competitie

MARKTGERICHT BELEID

STRUCTUUR

Zorginkopers

Zorgaanbieders

(de)centralisatie

Taakherschikking

Winstuitkering

Mededinging

Risicoverdeling

MARKTWERKING

Bekostiging

Competitie

Vooraf vastgestelde vergoeding

Coördinatie

Verzekerdenkeuze

Contractering

Patiëntkeuze

UITKOMST

IT in de zorg

Aansprakelijkheid

Administratie

Transparantie

Management

Verspilling

Fraude

Innovatie



Verschillende verwachtingen?

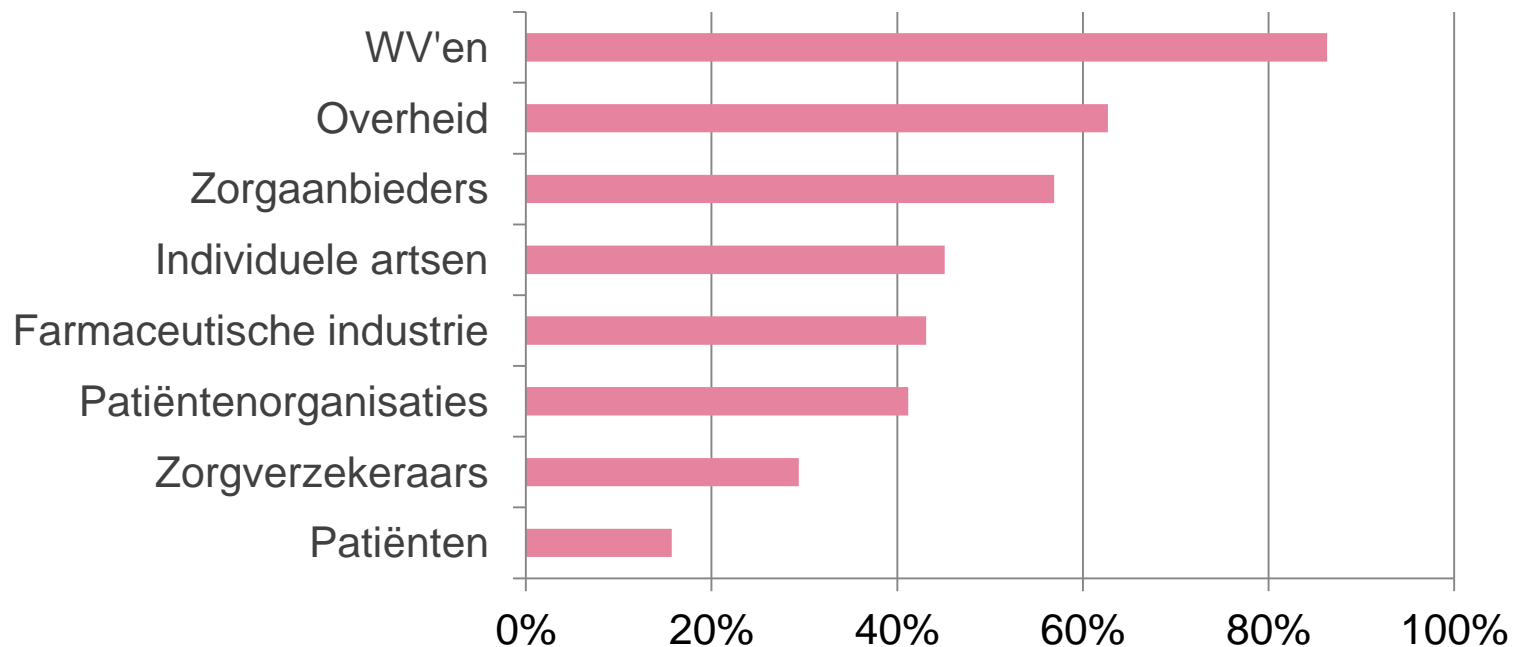
*“De ontwikkeling van het klinisch beeld is voor ons van belang. Je denkt: Er is geen trauma. Je hebt geen hoog risico patiënt. Je hebt geen maligniteit in het verleden. Je hebt geen klachten die erop passen. **Het lijkt gewoon een typische rughernia. Dus is het er een tot het tegendeel bewezen is.**” (Huisarts)*

*“Ik zeg, ja maar beste neuroloog, dat is mijn ruggengraat niet. Die staat daar gewoon op tafel, ik zeg mijne zit hier. En u kunt daar zien wat bij mij hier zit? **Volgens mij kom ik er toch voor om een MRI te krijgen om te weten wat hier zit.** Nee, zegt hij, die MRI is alleen maar nodig voor het pijnteam.” (Patiënt)*



Collectieve verantwoordelijkheid

% genoemd door medisch specialisten als 'belangrijke partij' bij terugdringen kosten



CELSUS
ACADEMIE VOOR
BETAALBARE
ZORG



Key note speaker *Elias Mossialos*



Cost containment and financial sustainability

Elias Mossialos

Brian Abel-Smith Professor of Health Policy
Chair, Department of Health Policy, London School of Economic and Political Science
Professor of Health Management, Department of Surgery and Cancer, Imperial College London

Cost containment and financial sustainability

Methodological questions

- What is a cost containment strategy?

Framework for analysis

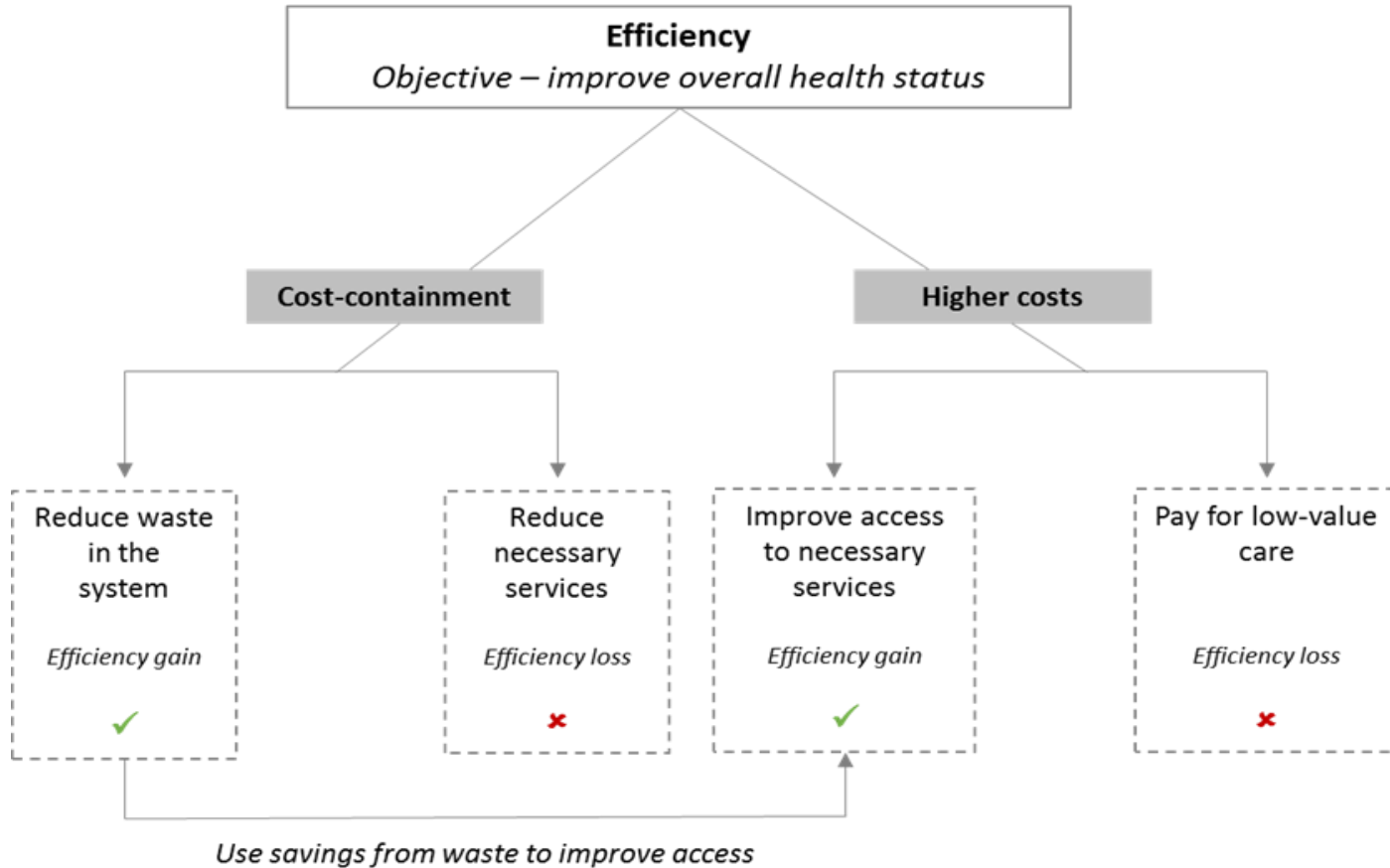
Multi-morbidity

Workforce

Whole population health models



Strategies to control costs and improve efficiency within healthcare systems



The political economy of health care

$$\text{Tax + SHI + PMI + UC} = \text{Prices} \times \text{Quantities} = \text{Wages} \times \text{Inputs}$$

- If we cut taxes/insurance contributions, we either have to **cut prices** or **services** provided to deal with reduced revenue.
- If revenue is reduced, either wage or inputs (e.g., employment) will have to be cut.
- There are therefore strong forces that will oppose particular **cost containment** proposals because every \$/£/Euro of costs that are contained means that **someone's income or job will be at stake.**

Policy objectives and reality

- First define objectives and then the means to achieve them
- Often about how much rather than whether
- Cost containment = efficiency **wrong**
- Cost
 - If $U(\text{health}) > U(\text{elsewhere})$
then \uparrow health

The diverse objectives of cost control and financial sustainability

- **Service users:** promoting patient choice and empowerment
- **Professionals:** seeking to improve working conditions and revenue
- **Management/Insurers:** securing better managerial and cost control of health care organizations
- **Politicians:** securing better political control of the health system
- **Citizens:** assuring value for money and accountability
- **Regulators:** acting as expert intermediaries on behalf of citizens
- **Researchers:** helping identify ‘what works’ .

This diversity implies:

- **Interests in different aspects of health system performance**
- **Interests in different levels of detail**
- Different methods of analysis
- **Different methods of presentation**
- **Different priorities attached to timeliness, comprehensiveness, precision.**



Efficiency

As spending increases and health and care consume an ever-great share of national resources there are **4 challenges** that will need to be addressed:

- **Where to find the additional public funding** (cutting other public services doesn't look desirable)
- Ensuring that additional funding is well **targeted at greatest need**
- **Ensuring that funding is used efficiently** and unwarranted variation is substantially reduced.
- The system does not cost more than it **should**



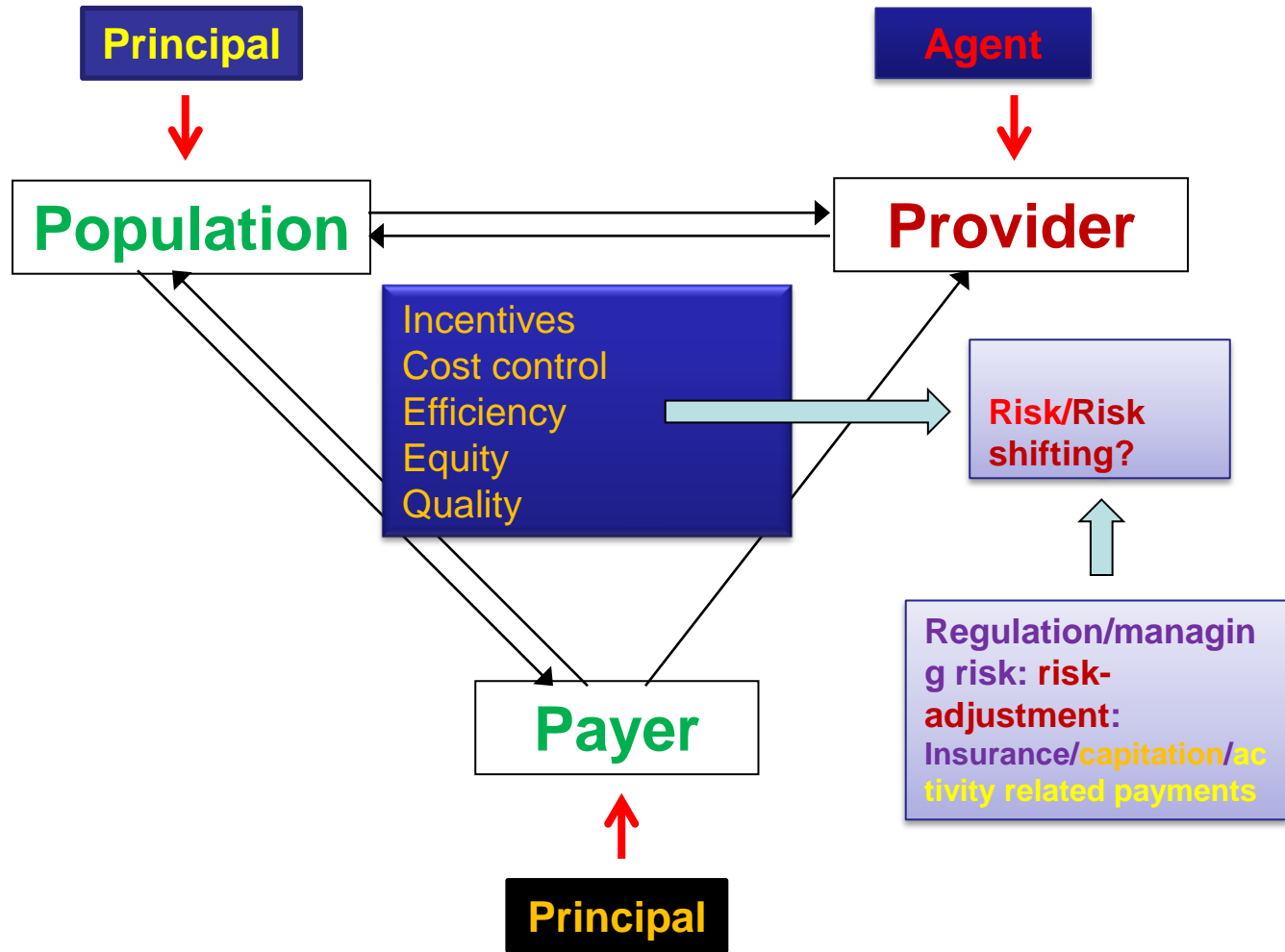
What do we know?

Static efficiency may improve at cost of **dynamic efficiency**

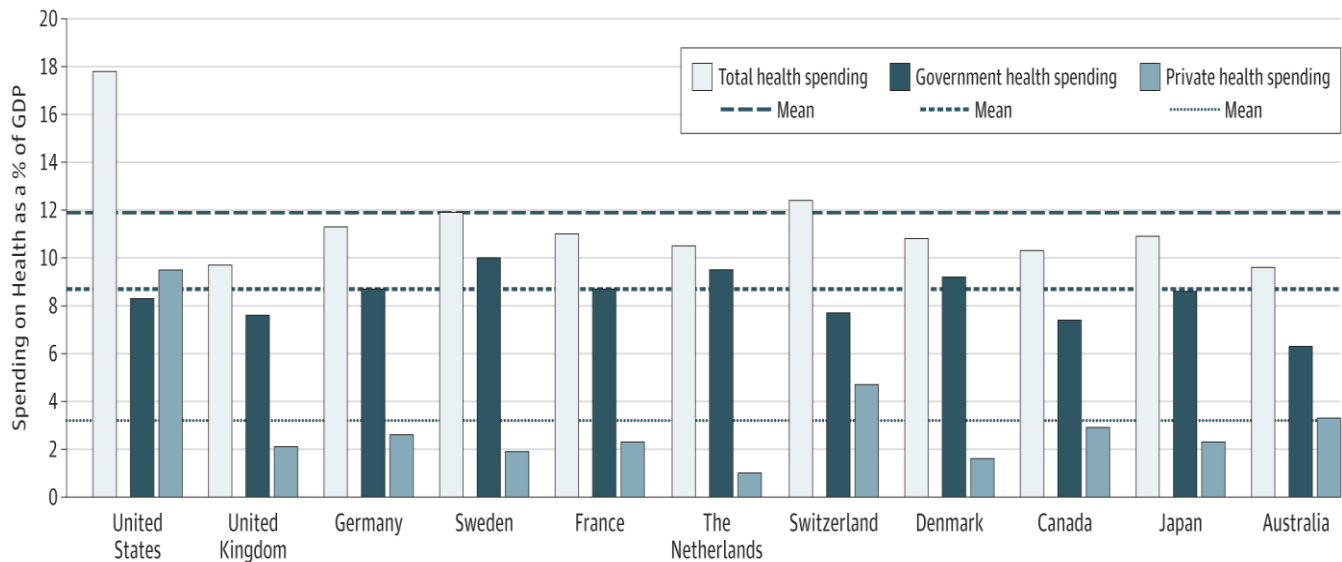
Disinvestment: old habits die hard

Welfare loss of late adoption of policy innovation and effective new technologies





Health expenditure

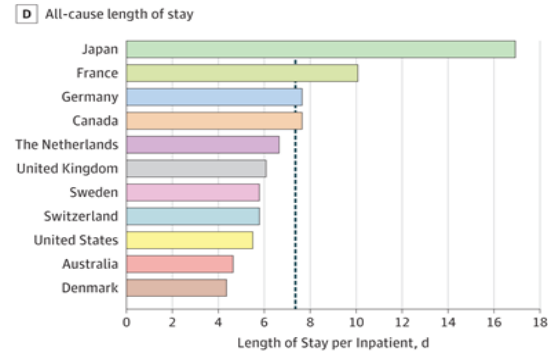
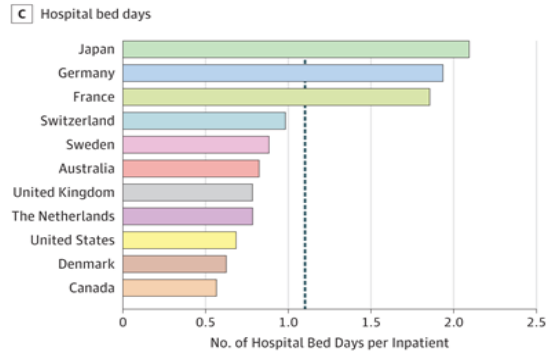
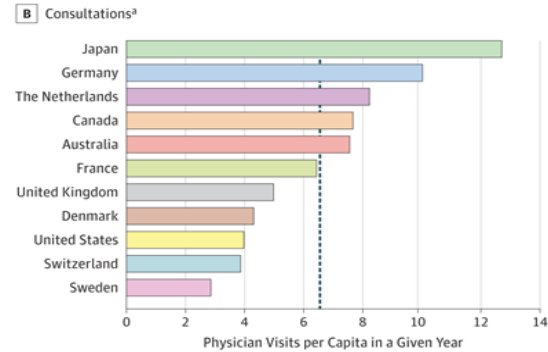
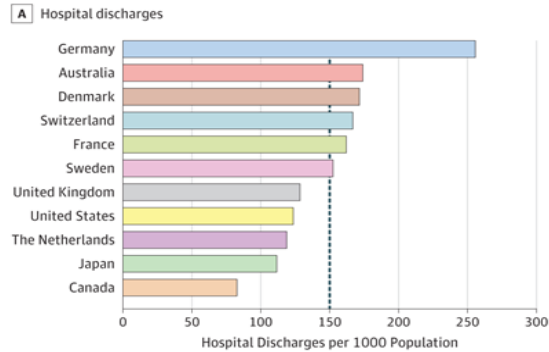


Health expenditure

Out-of-pocket spending												
As % of total health expenditure	CHE 26.8	Australia 18.8	Sweden 14.1	Japan 13.9	Canada 13.6	Denmark 13.4	Germany 13.2	US 11	UK 9.7	France 6.3	NLD 5.2	13.3
As % of household consumption	CHE 4.5	Sweden 3.4	Australia 3.2	US 2.6	Denmark 2.6	Canada 2.3	Japan 2.2	Germany 1.8	UK 1.4	France 1.4	NLD 1.3	2.4



Utilization



Avoidable hospitalisations

Avoidable hospitalizations												
Diabetes hospitalizations per 100 000 population ^d	Germany 218.3	US 191	Japan 162.3	France 150.6	Australia 141.1	Denmark 113.4	Sweden 96	Canada 93.7	UK 72.8	CHE 72.6	NLD 69.8	125.6
Diabetes hospitalizations as a ratio of population with diabetes ^e	Japan 2.80	Australia 2.80	Germany 2.40	US 2	Sweden 1.90	Denmark 1.80	UK 1.70	Canada 1.30	France 1.20	NLD 1.20	CHE 1.20	2.00
Asthma hospitalizations per 100 000 population ^f	US 89.7	UK 71	Australia 64.8	Denmark 50.6	NLD 36	Japan 34.7	France 29.6	Germany 28.7	CHE 27.5	Sweden 19	Canada 14.6	42.4
Asthma hospitalizations as a ratio of population with asthma ^g	US 1.20	UK 1.00	France 0.80	Denmark 0.80	Germany 0.70	NLD 0.70	Australia 0.60	CHE 0.40	Sweden 0.30	Japan 0.30	Canada 0.20	0.70

Disruption-prone characteristics rendering our care ineffective and inefficient

Treat **too late**



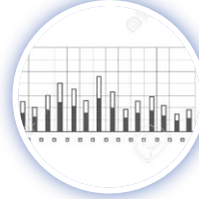
Proactive

Treat **all the same**



Personalized?

Variable care quality



Decision support systems

Make patients **arrive at our silos**



Integrated care

Unsure what **does work**



Real world assessment

Err often, unnoticed



Safe (monitored)

Non-sensible workflows



Integrated Care

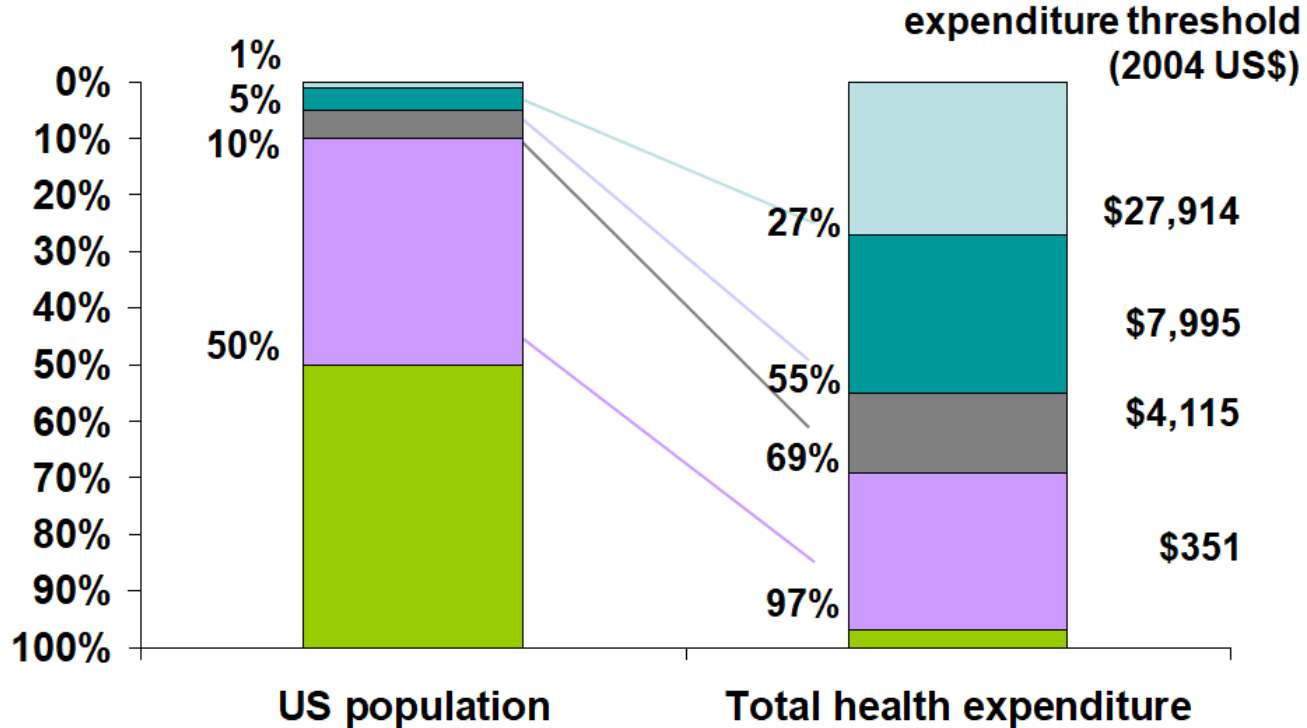
Patients **ignoring** our advice



Engaging



Distribution of health expenditure for the US population, by magnitude of expenditure

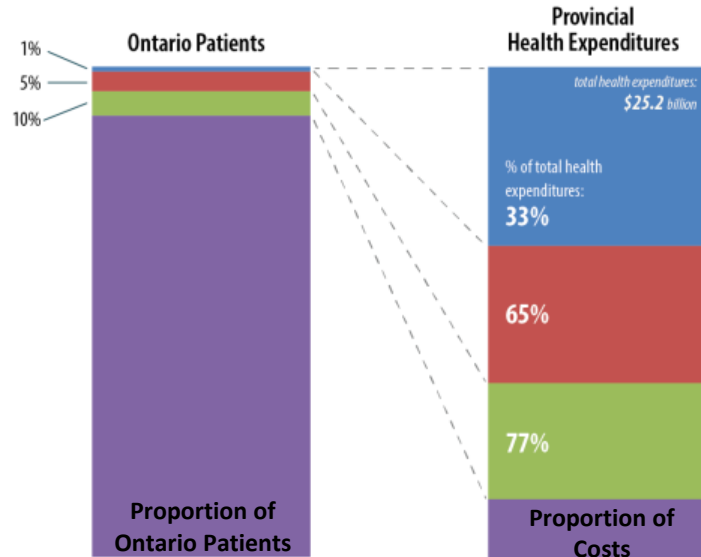


Source: Monheit 2003 and Berk and Monheit 2001

Ontario Canada, 2012

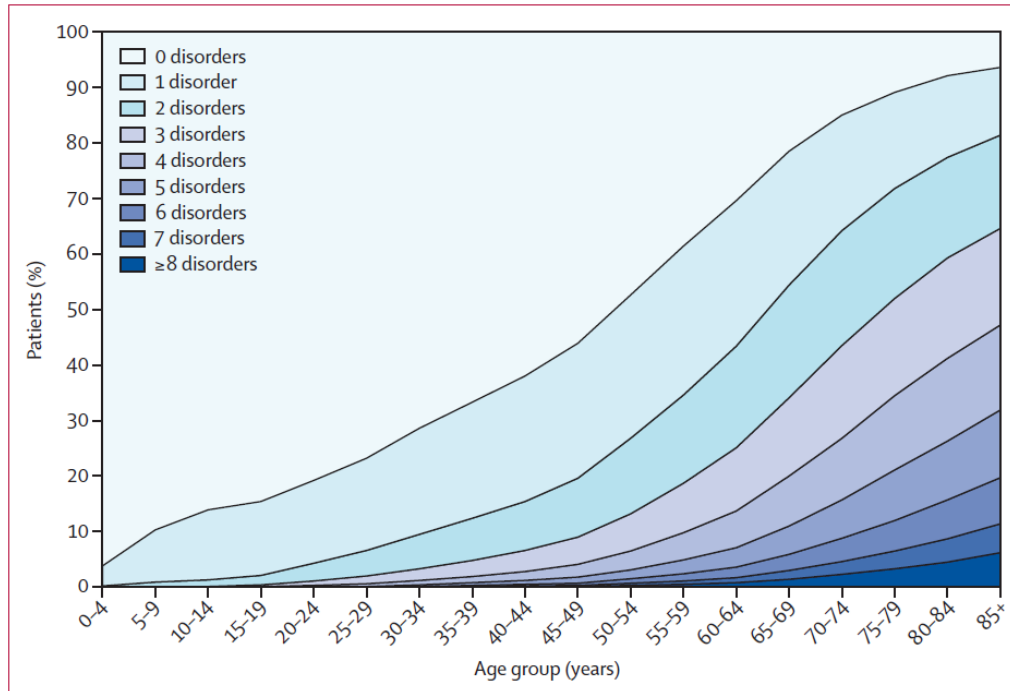
Ontario has recognized the need to better coordinate care for the most complex patients to improve health outcomes and drive health system efficiencies.

- ◆ **Health Links have initially focused on complex, high cost users who:**
 - ◆ receive treatment from **multiple health care sectors;** and/or
 - ◆ Have **long lengths of stay** in inpatient settings.
- ◆ **75% of complex patients see six or more physicians, with 25% of those seeing more than 16.**

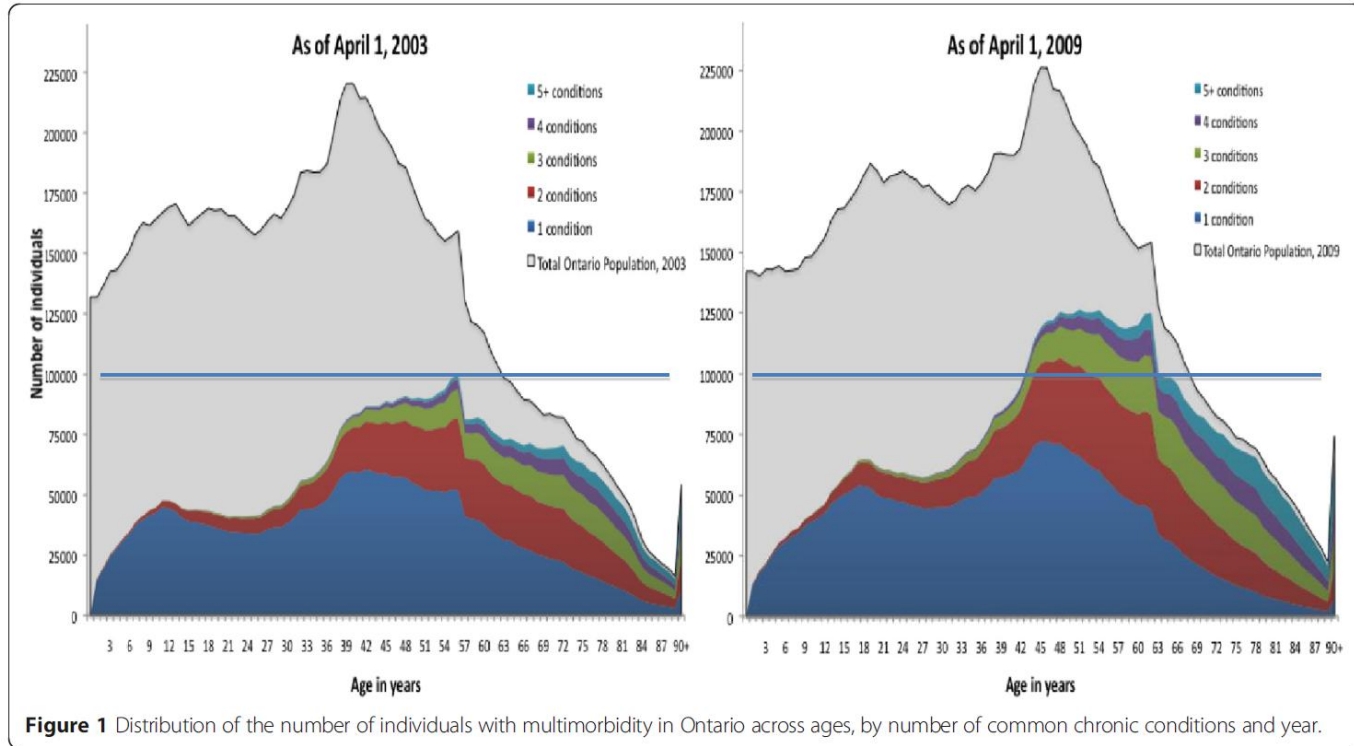


Coordinated and integrated care is the heart of Health Links.
Since Dec. 2012, Health Links have brought local providers together voluntarily to integrate clinical care for patients.

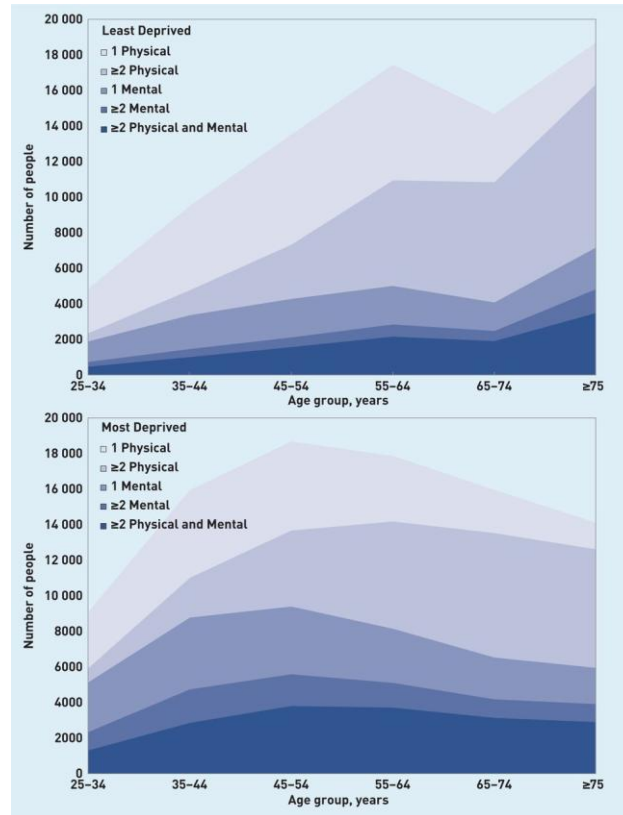
Multimorbidity is most common among older people (Scottish data)



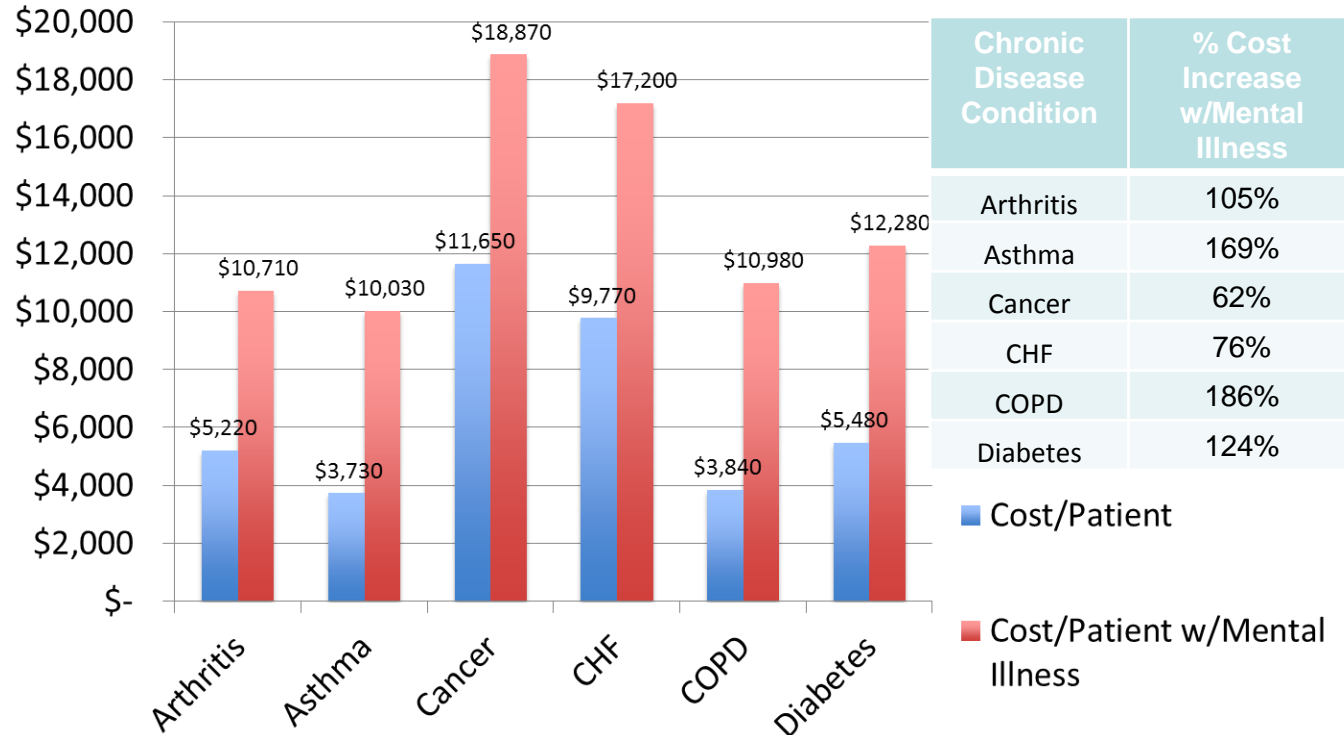
... but the actual number of people with multimorbidity is higher at younger ages



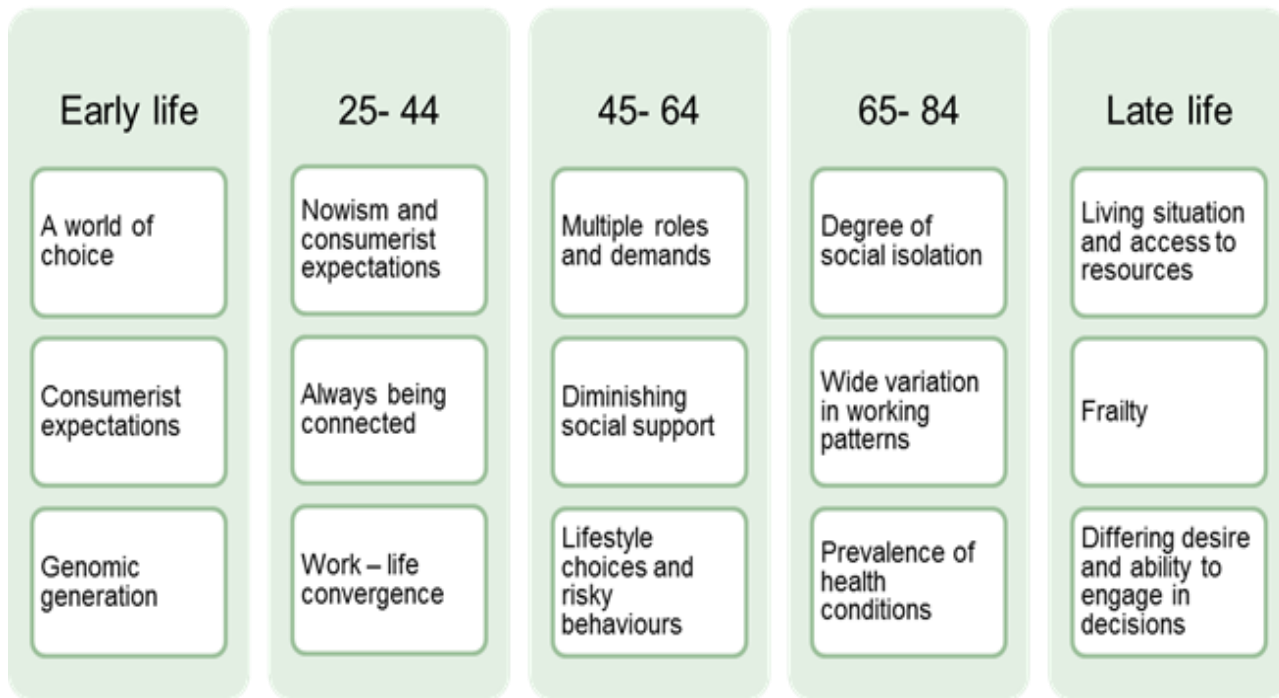
Multimorbidity is more common among those living in deprived areas



Increased Cost of Chronic Disease w/Mental Illness Comorbidity



Diverse and changing expectations



Workforce - professions and skill-mix shifts to provide new types of care

- Future skill mix, workforce projections and 'plans' should be based on **predicted priorities** and patterns of need and demand NOT on historical assumptions, or inappropriate/inept approaches to workforce planning or **professional protectionism, interests and silos.**



A workforce that provides a skill mix which:

- Enhances equitable access to care
- Focuses on prevention
- Matches demand in terms of place of care delivery
- Works in partnership, shares decision making and **promotes self management of care**
- Demonstrates adaptability and flexibility
- Embraces shifting role boundaries and new roles



Health care needs - We are not doomed

- An ageing population will increase the need for health and (especially) **social care**
- A falling **birth rate** has implications for the future **workforce**
- Levels of migration – impact on workforce
- However, the impacts should not be exaggerated, given **healthier cohorts of aging population** (falling dementia prevalence) and **older people re-entering the workforce**
- An effective strategy must address a wide range of risk factors in an integrated fashion - **No more** (alcohol/ tobacco/ diet etc.) **silos**

A focus on whole population health models



From...

Single contracts

- Payer-to-provider contracts remain the norm, structured service by service

Money that follows organisations

- Which makes collaboration hard

Payment tied to activity

Understanding costs at the provider level

- Usually procedure based, so do not capture total costs across the pathway

Accountability for organisational performance

- CEOs and boards held to account for the performance of their individual organisations

Towards...

Collaborations between providers

- Integrated provision will require increasingly sophisticated provider-to-provider contracting

Money that follows people/patients

- For which collaboration is usually required

Payment tied to patients

- Payment linked to quality and cost for a specified population
- Or payment linked to quality and cost for a specified patient group (e.g. **cancer patients**)

Understanding costs at person level

- An understanding of the total costs across sectors and providers

Accountability for patient and population outcomes

- Health leaders held to account for the health of their **populations and systems**

No Magic Bullets: just hard work and hard choices

- Health systems perform multiple, complex functions
- Health system goals determined by history and values (politics Vs evidence based decision-making)
- No one has all the answers
- **Improvements are more likely to come from doing a lot of things well**





We vragen ons af ...

Welk type bezuinigingsbeleid heeft in andere landen aantoonbaar tot lagere zorguitgaven voor verzekeraar of overheid geleid?

- A. Preventie
- B. Decentralisatie
- C. Eigen betalingen
- D. Pakketbeheer



Open [menti.com](https://www.menti.com) → code **792486**
Wificode **nbmc2018**



We vragen ons af ...

Kan uitkomstbepaling bijdragen aan de betaalbaarheid van zorg?

- A. Ja, maar koppel het aan een globaal budget met prikkels voor verzekeraars en aanbieders
- B. Ja, zolang de zorgaanbieders maar 'in the lead' zijn bij het onderwerp
- C. Ja, maar daarvoor is een single payer zorgstelsel (zoals NHS in Engeland) gewenst
- D. Nee, de meeste experimenten zijn mislukt



Open [menti.com](https://www.menti.com) → code **792486**
Wificode **nbmc2018**

CELSUS
ACADEMIE VOOR
BETAALBARE
ZORG



Nederlands perspectief

Deel I - In debat met ...





Joris van Eijck
directeur zorg Menzis



Corinne Tutein Nolthenius
directeur zorg Rivas zorggroep



Ernst van Koesveld
directeur zorgverzekeringen VWS

CELSUS
ACADEMIE VOOR
BETAALBARE
ZORG



PAUZE





Programma – deel II



Nederlands perspectief (deel II). In debat met:

Jerry Allon, ervaringsdeskundige ggz, docent, veerkrachtfabriek

Henk Bilo internist, Isala klinieken

Hester Vermeulen, hoogleraar verplegingswetenschappen

Kees van Laarhoven, hoogleraar heelkunde Radboudumc



Blik terug en vooruitblik

Patrick Jeurissen, programmaleider Celsus academie

Afsluiting & borrel

Einde

Alle deelnemers ontvangen de congreseditie van het boek 'Betaalbare zorg'

Stemt u mee deze middag?



open menti.com → code **792486**

Tip: meerdere peilingen, blijf ingelogd!



Wificode **nbmc2018**



#Celsius2018 #betaalbare zorg



We vragen ons af ...

Een laparoscopische operatie om de galblaas te verwijderen brengt minder complicaties met zich mee en is 25% goedkoper dan een open operatie. De totale kosten zijn daarmee ...

- A. Gedaald
- B. Gestegen
- C. Gelijk gebleven
- D. Is moeilijk te zeggen



Open [menti.com](https://www.menti.com) → code **792486**
Wificode **nbmc2018**



We vragen ons af ...

Hoeveel geld kunnen we besparen als we alle gemedicaliseerde zorg uit de curatieve zorguitgaven schrappen?

- A. ca. 4% van de uitgaven
- B. ca. 15% van de uitgaven
- C. ca. 40% van de uitgaven
- D. Alle uitgaven



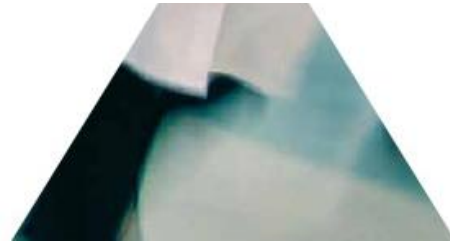
Open [menti.com](https://www.menti.com) → code **792486**
Wificode **nbmc2018**

CELSUS
ACADEMIE voor
BETAALBARE
ZORG



Nederlands perspectief

Deel II - In debat met ...





Henk Bilo internist
Isala klinieken

Jerry Allon,
ervaringsdeskundige ggz,
docent, Veerkrachtfabriek



Hester Vermeulen
hoogleraar Verplegingswetenschappen
Radboudumc



Kees van Laarhoven
hoogleraar heekunde
Radboudumc



We vragen ons af ...

De ZBC markt is een groeiende markt met potentie om zorg efficiënter te verlenen. Welke klinieken leveren de beste kwaliteit?

- A. Klinieken met meer volume
- B. De efficiënte klinieken
- C. De klinieken met de meeste artsen
- D. De klinieken met de meeste locaties



Open [menti.com](https://www.menti.com) → code **792486**
Wificode **nbmc2018**

CELSUS
ACADEMIE VOOR
BETAALBARE
ZORG



Enkele slotgedachten

Patrick Jeurissen





Nog enkele slotgedachten

- Commissie
- Les 1: De zorg is geen eiland
- Les 2: Van stelsels naar praktijk
- Les 3: Praat veel over wat goede zorg is
- Les 4: Betaalbaarheid gaat niet (alleen) over cijfers
- Les 5: Combineer zaken
- Zonder de ander ben je niets

CELSUS
ACADEMIE VOOR
BETAALBARE
ZORG



AFSLUITING





VOOR UW KOMST

HET BOEK 'BETAALBARE ZORG' LIGT VOOR U KLAAR IN DE HAL