

# Betaalbare zorg ?!

Rotterdam, 16 september 2021

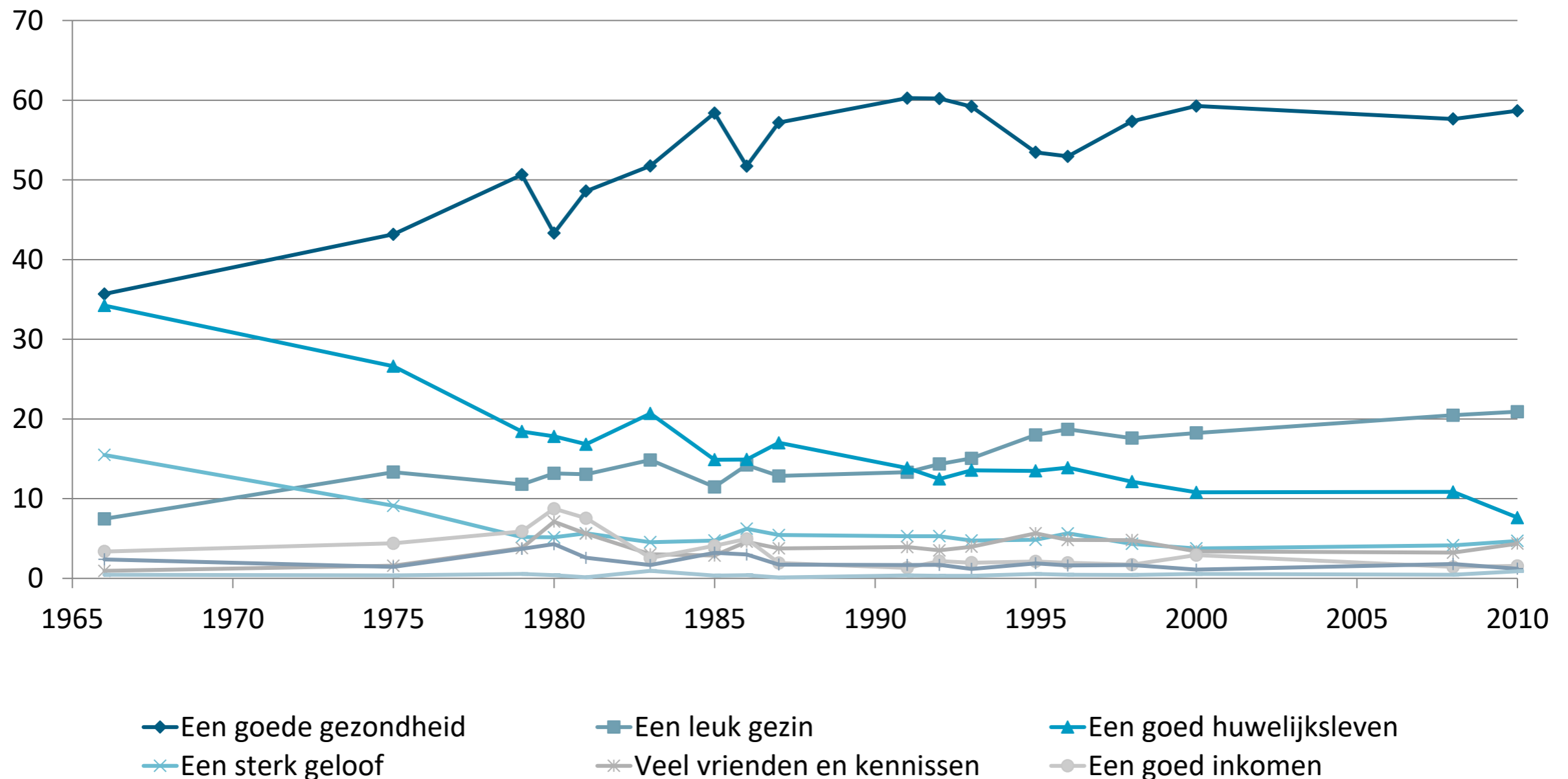
Prof. dr. Patrick Jeurissen

# Wie staat er voor u?

- Prof. Betaalbaarheid en toegankelijkheid zorg RUMC (0.8 fte)
- Gasthoogleraar London School of Economics
- Wetenschappelijk adviseur VWS (0.2 fte)
- Vertegenwoordig Nederland in OECD
- Wetenschappelijke Raad Commissie Monti (WHO): Zorg na Covid
- Adviezen Regering: Oostenrijk, Zwitserland, Finland, Cyprus, Zuid-Korea
- Ca honderd wetenschappelijke publicaties en vier boeken
- Thema's: zorgstelsel, financiering, private zorg, (internationale) zorgstelsels, ziekenhuizen, GGZ.
- Gezondheidseconoom en bestuurskundige



# Wat vinden mensen het belangrijkste in hun leven?



# Betrouwbare bronnen sceptisch over zorgsysteem

## ***Unnecessary tests and treatment explain why health care costs so much.***

- Any discussion of waste needs to look how health care dollars are thrown away on procedures and care that patients don't need. *Scientific American, November 29, 2017.*

SCIENTIFIC  
AMERICAN

## ***Within the last decade medical professional practice has become a major threat to health***

- Medical practice sponsors sickness by the reinforcement of a morbid society... *Ivan Illich, Medical Nemesis, 1974.*

THE LANCET

## ***At a conservative estimate, 20–40% of health resources are being wasted.***

- Reducing this waste would greatly improve the ability of health systems to provide quality services and improve health. *World Health Report 2010.*



## ***An incurable disease.***

- Health-care expenditure in America is growing at a disturbing rate: in 1960 it was just over 5% of GDP [...]. By 2105 the number could reach 60%. *The Economist, 29 September 2012.*

The  
Economist

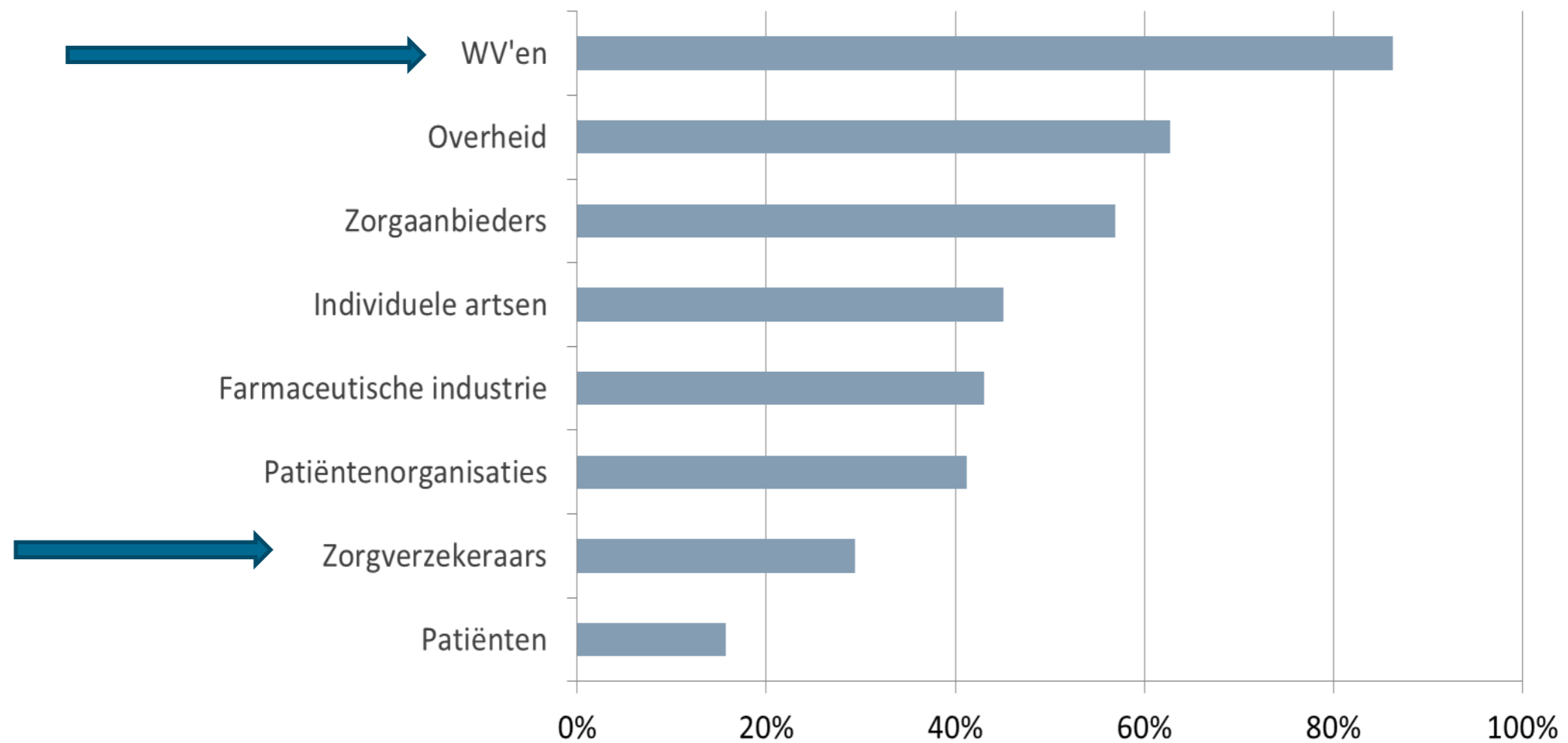
## ***Ageing population leaves NHS spending under the weather.***

- Spending is higher for older people both because they go to hospital more often and, when they are there, they receive more expensive treatments. *Financial Times, 10 June 2016.*

FT

# Wie is verantwoordelijk voor kostenbesparing?

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



Van der Wees e.a. Family Practice, 2017

# 1. Zorg in Nederland



# Beste van de klas?

Exhibit ES-1. Overall Ranking

Country Rankings	
1.00-2.33	
2.34-4.66	
4.67-7.00	



	AUS	CAN	GER	NETH	NZ	UK	US
OVERALL RANKING (2010)	3	6	4	1	5	2	7
Quality Care	4	7	5	2	1	3	6
Effective Care	2	7	6	3	5	1	4
Safe Care	6	5	3	1	4	2	7
Coordinated Care	4	5	7	2	1	3	6
Patient-Centered Care	2	5	3	6	1	7	4
Access	6.5	5	3	1	4	2	6.5
Cost-Related Problem	6	3.5	3.5	2	5	1	7
Timeliness of Care	6	7	2	1	3	4	5
Efficiency	2	6	5	3	4	1	7
Equity	4	3	3	1	6	2	7
Long, Healthy, Productive Lives	4	3	3	1	6	2	7
Health Expenditures/Capita, 2007	\$7,290	\$2,454	\$2,992	\$2,454	\$2,992	\$2,992	\$7,290

Note: \* Estimate. Expenditures shown in \$US PPP (purchasing power parity) in 2007.  
 Source: Calculated by The Commonwealth Fund, based on the 2007 Survey of Primary Care Physicians and Patients, and OECD Health Data, 2007.

## World Health Organization Ranking:

- 1 France
- 2 Italy
- 3 San Marino
- 4 Andorra
- 5 Malta
- Singapore
- 13 Monaco
- 14 Greece
- 15 Iceland
- 16 Luxembourg
- 17 Netherlands
- 18 United Kingdom
- 19 Ireland
- 65 Uruguay
- 66 Hungary
- 67 Trinidad and Tobago
- 68 Saint Lucia
- 69 Belize
- 70 Turkey
- 71 Nicaragua
- 72 Belarus
- 73 Lithuania
- 74 Saint Vincent and the Grenadines
- 75 Argentina
- 76 Sri Lanka
- 77 Estonia
- 78 Guatemala
- 79 Ukraine
- 80 Solomon Islands
- 81 Algeria
- 82 Palau
- 83 Jordan

## 1.3 Country analysis of the 35 countries

### 1.3.1 The Netherlands!!!

The Netherlands is the only country which has consistent the total ranking of any European Index the Health

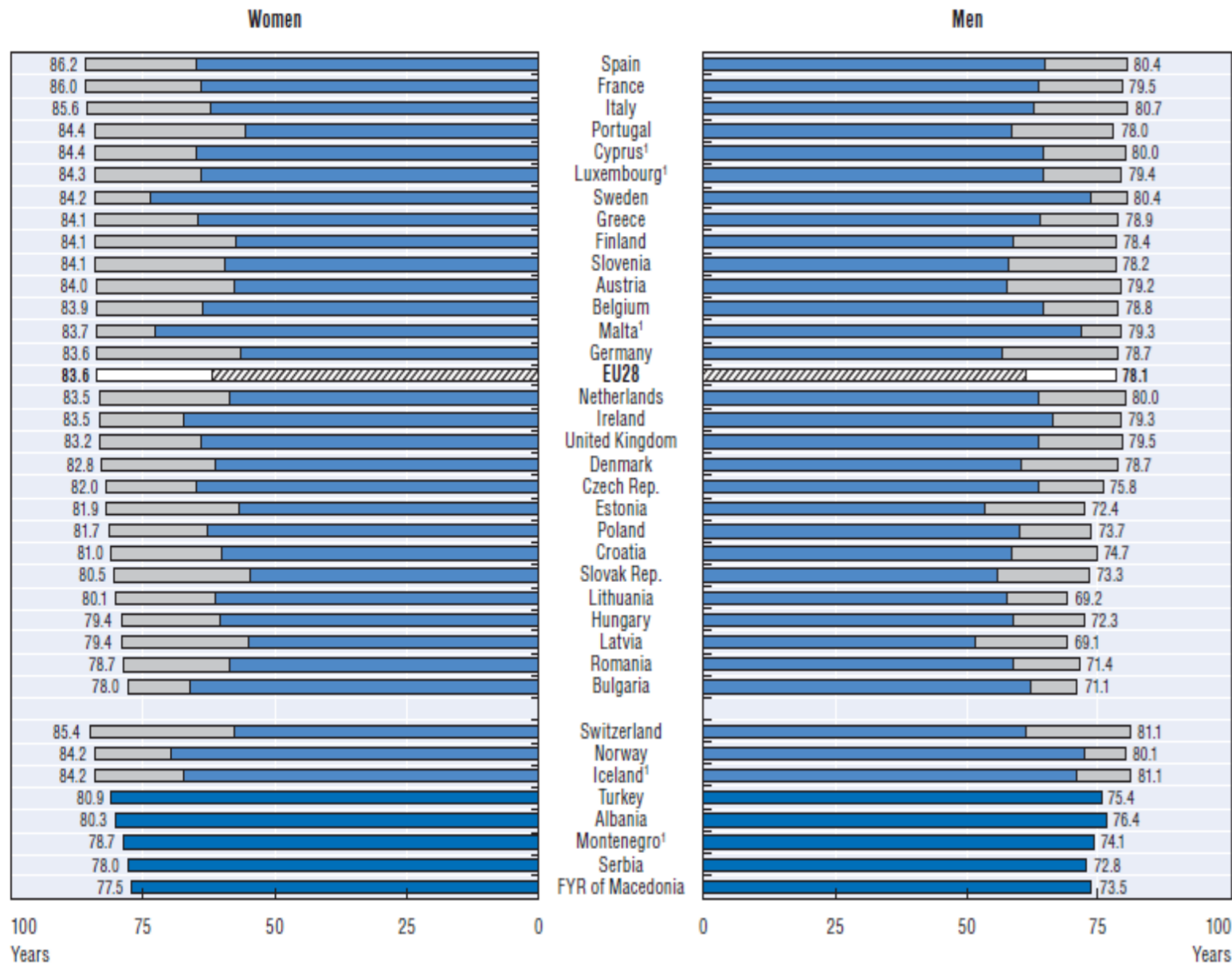


### Bloomberg 2017 Healthiest Country Index

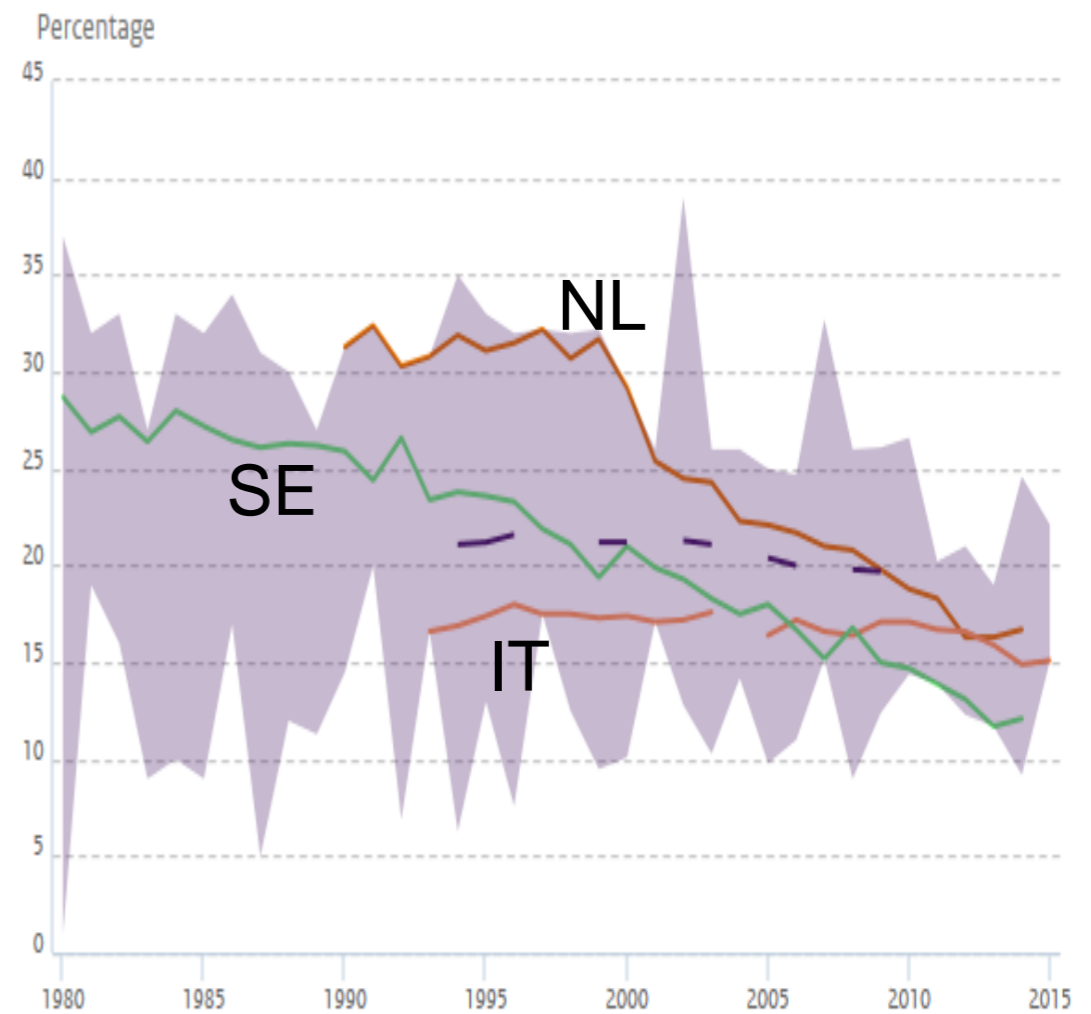
Rank	Country	Health grade	Health score	Health risk penalties
1	Italy	93.11	97.44	-4.33
2	Iceland	91.21	96.20	-4.99
3	Switzerland	90.75	94.96	-4.21
4	Singapore	90.23	94.11	
5	Australia	89.24	93.88	
6	Spain	89.19	94.14	
7	Japan	89.15	93.69	
8	Sweden	88.92	93.78	-4
9	Israel	88.14	92.47	-4
10	Luxembourg	87.87	92.90	-5.0
11	Norway	86.81	91.61	-4.8
12	Austria	86.34	90.78	-4.44
13	Netherlands	85.83	89.94	-4.11
14	France	85.59	90.93	-5.34
15	Finland	84.80	89.58	-4.78
16	Germany	84.78	89.40	-4.62

# Onze volksgezondheid is gemiddeld

## (Healthy) live expectancy



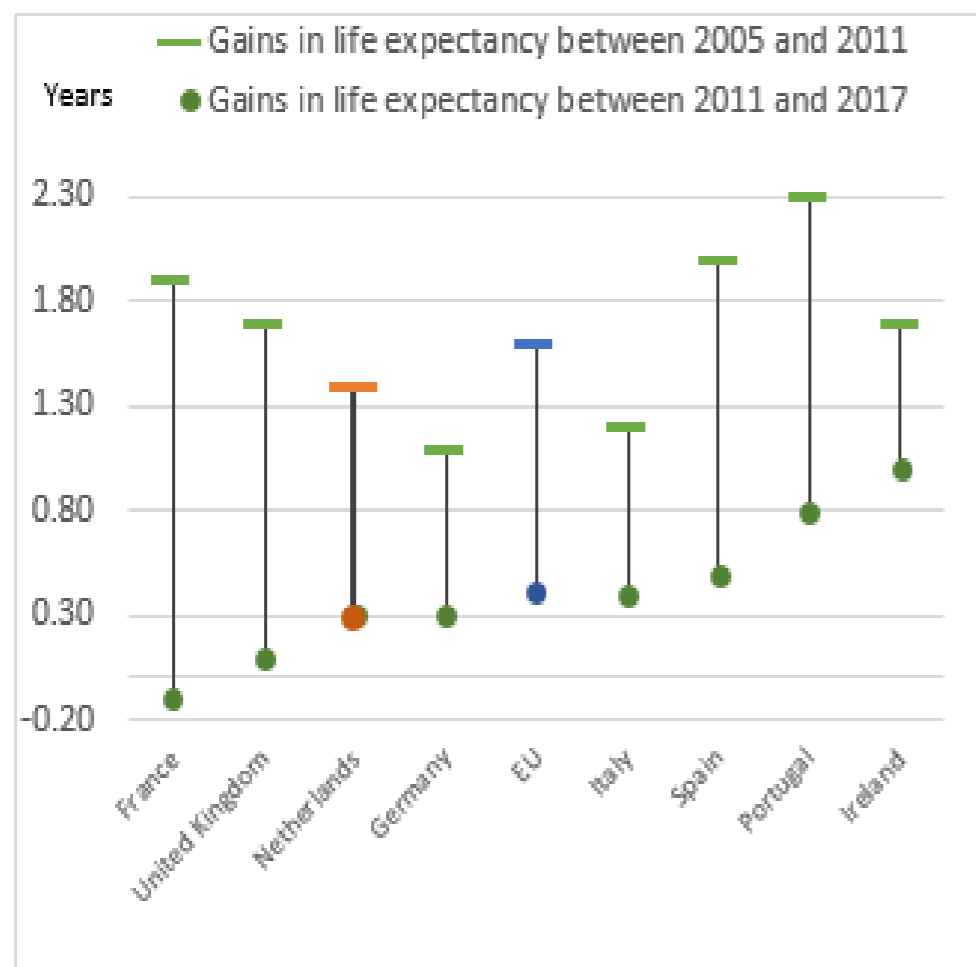
## Female smokers



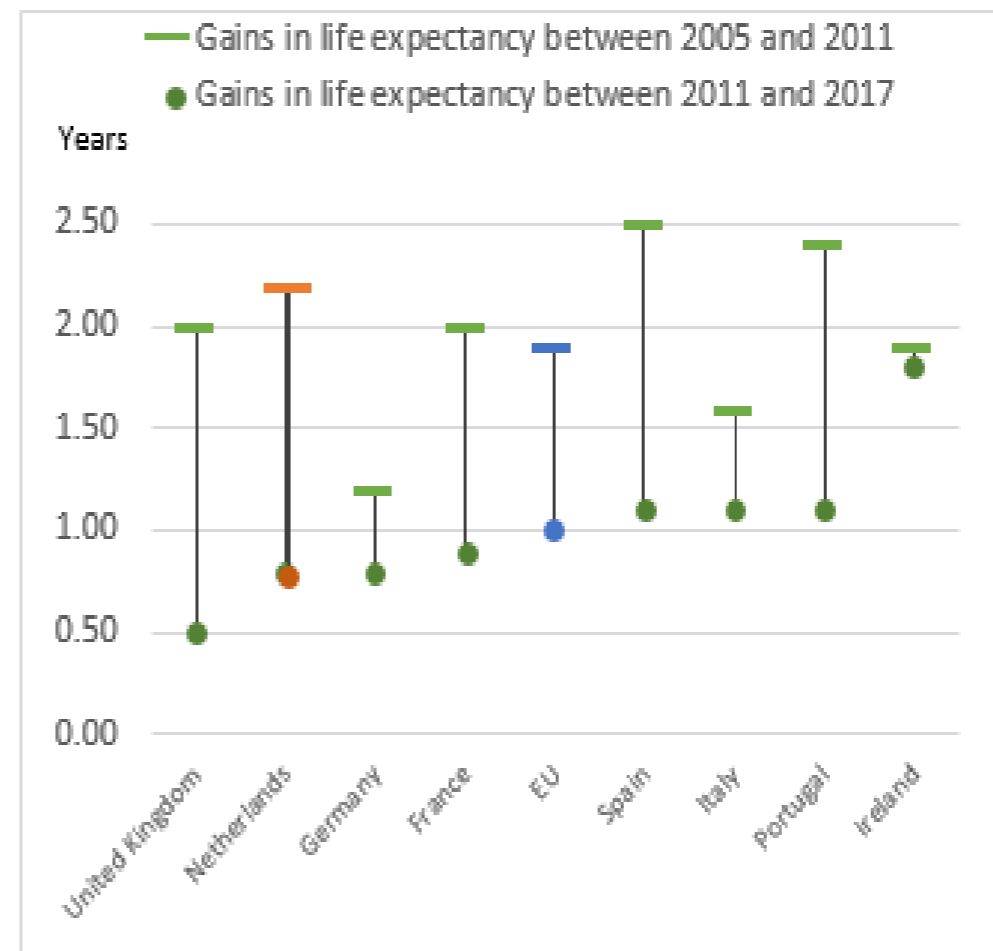


# Sinds enige tijd stagnatie relatieve toename levensverwachting

Women

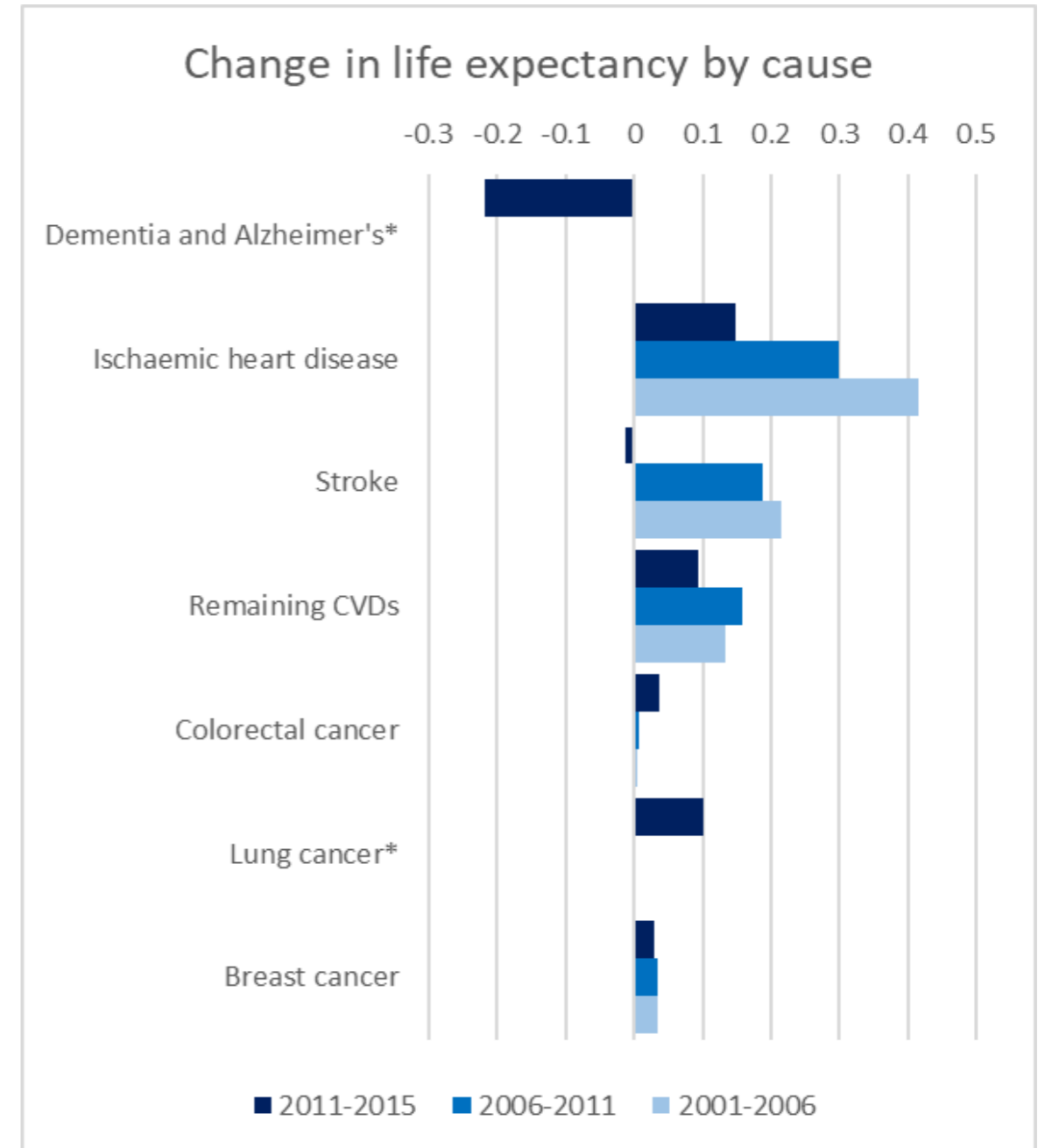
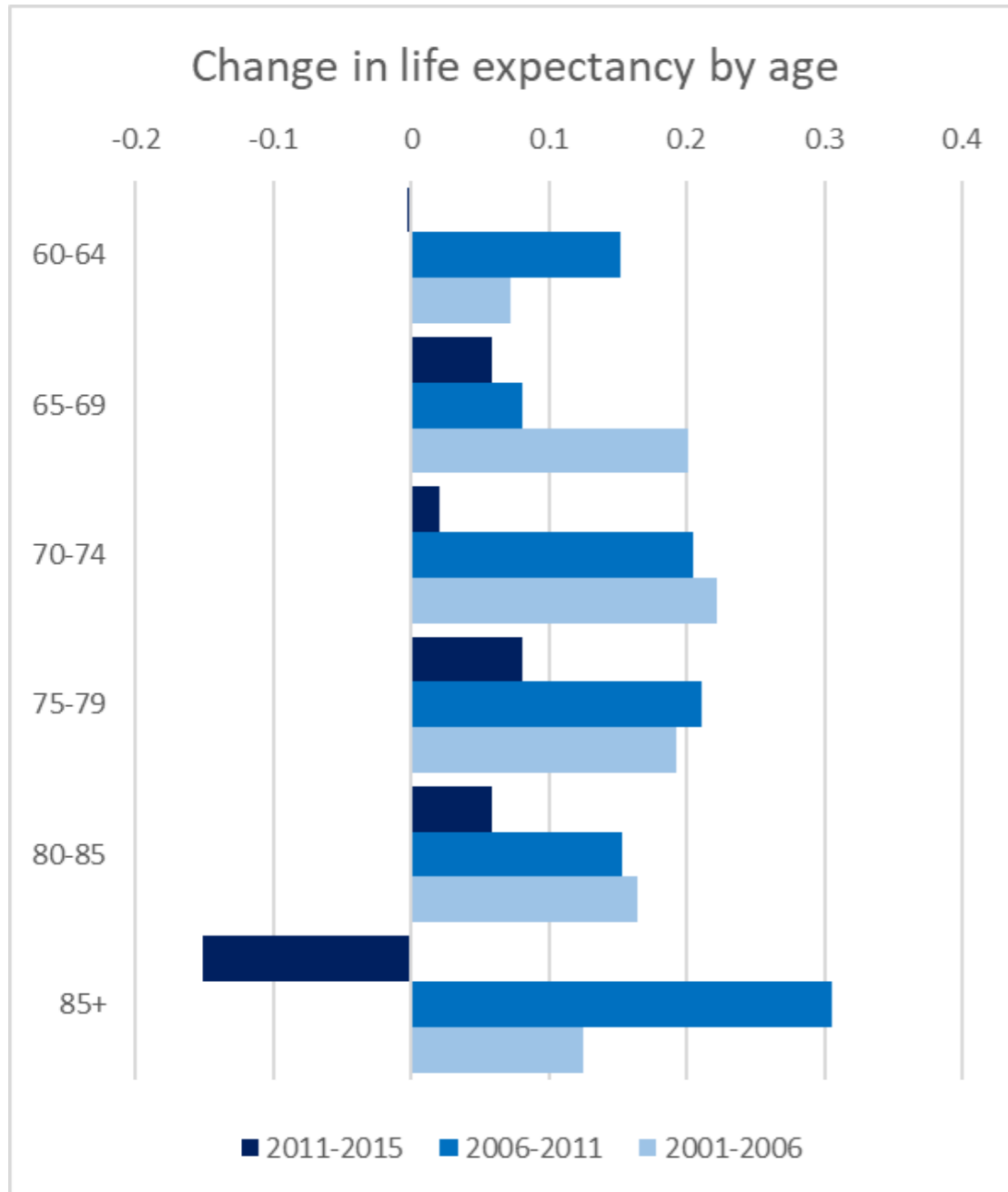


Men



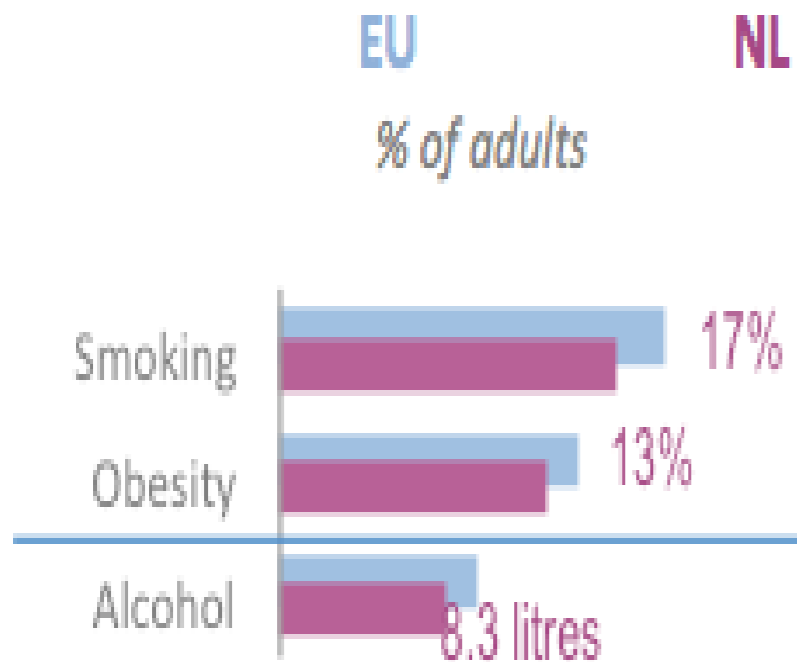
Bron: Eurostat database

# Enkele oorzaken veranderingen levensverwachting

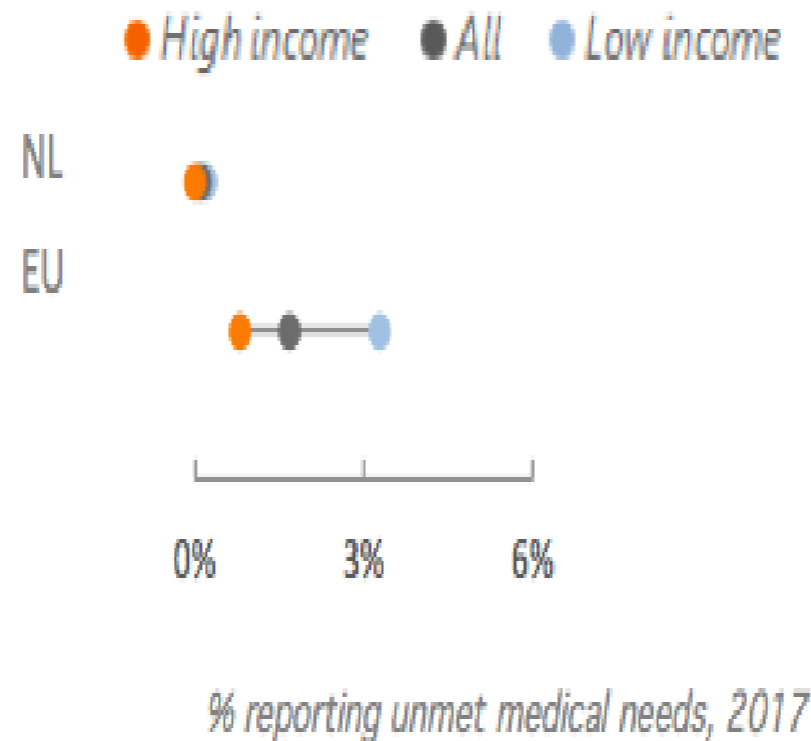


# Nederlandse zorg in international context (2017)

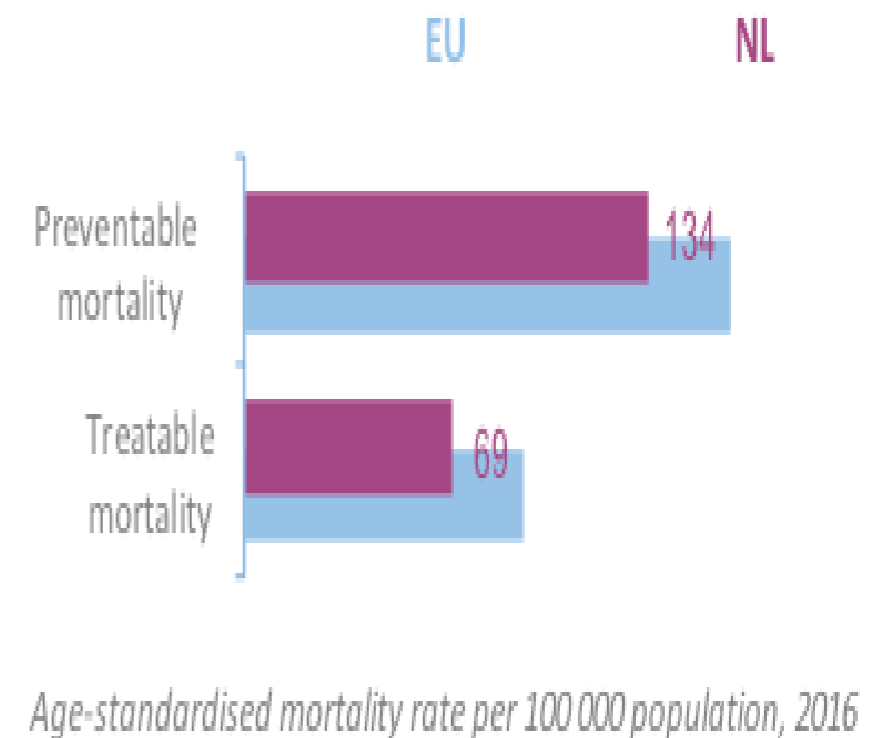
## 1. Gezond gedrag



## 2. Unmet medical need

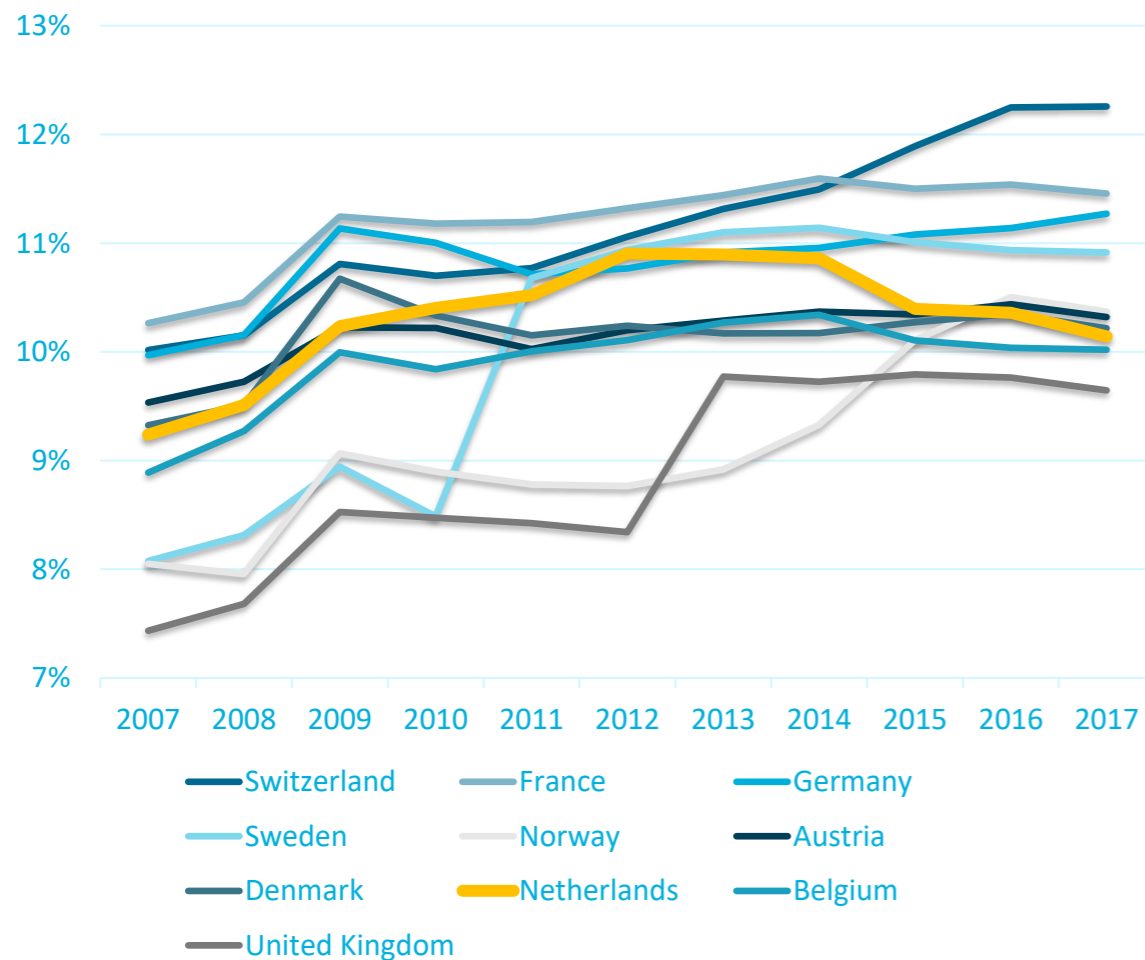


## 3. Effectiviteit

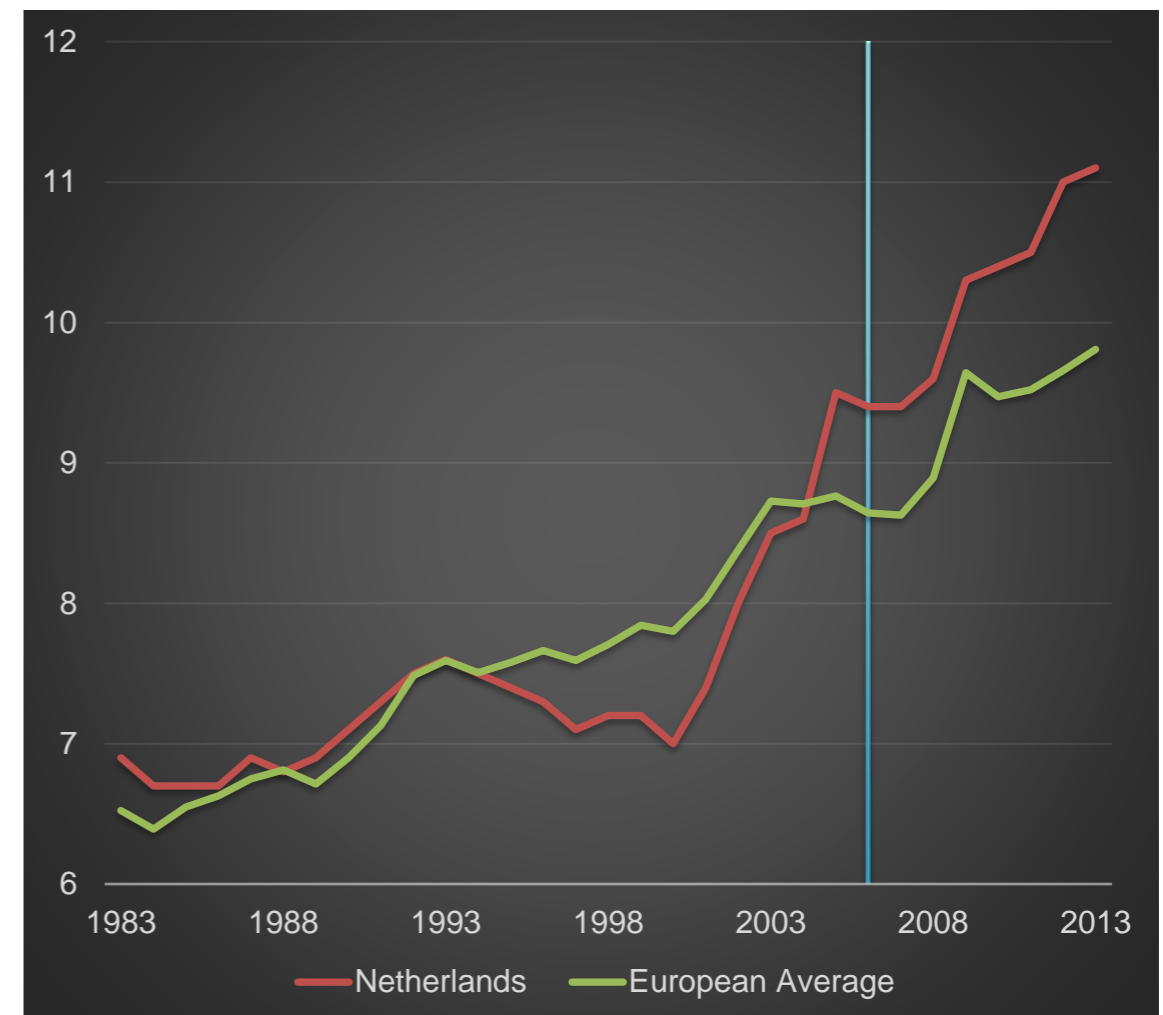


# Groei zorgkosten vlakt af

Health expenses Western Europe (%GDP)

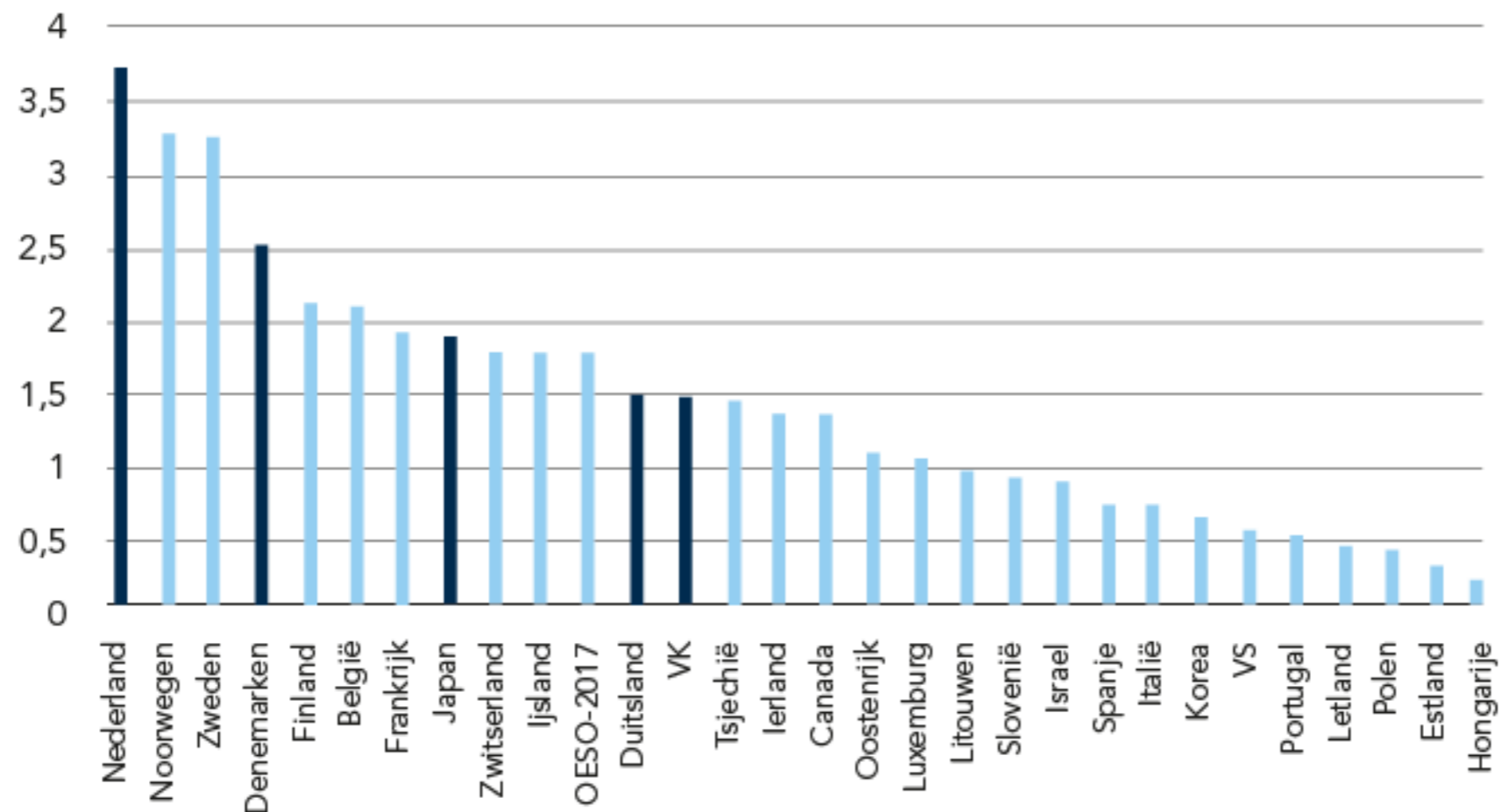


A-typical growth pattern (% GDP)



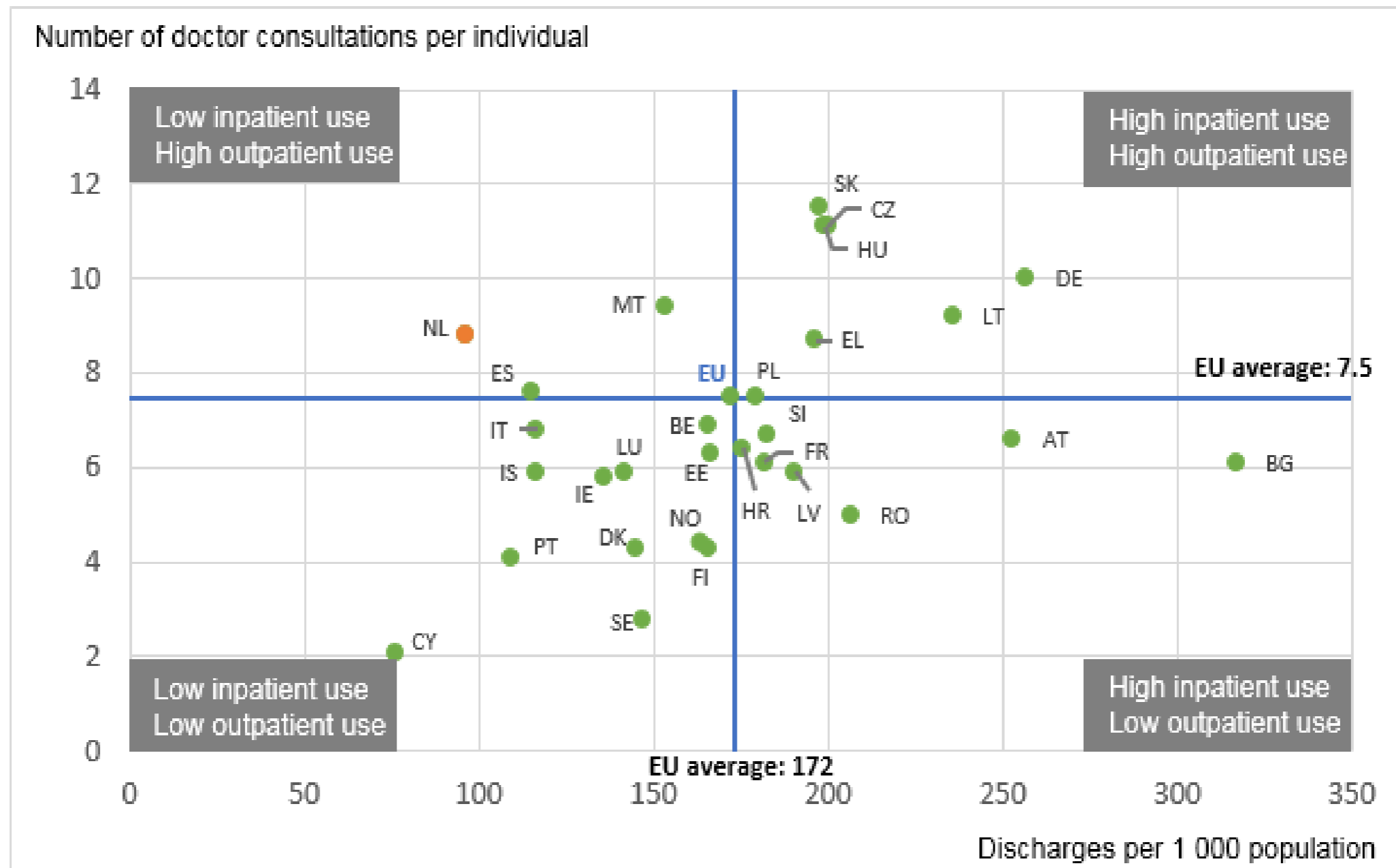
## Nederlandse langdurige zorg is zeer kostbaar

**Figuur 2.3** Aandeel publieke langdurige zorgkosten over het bbp (2017)



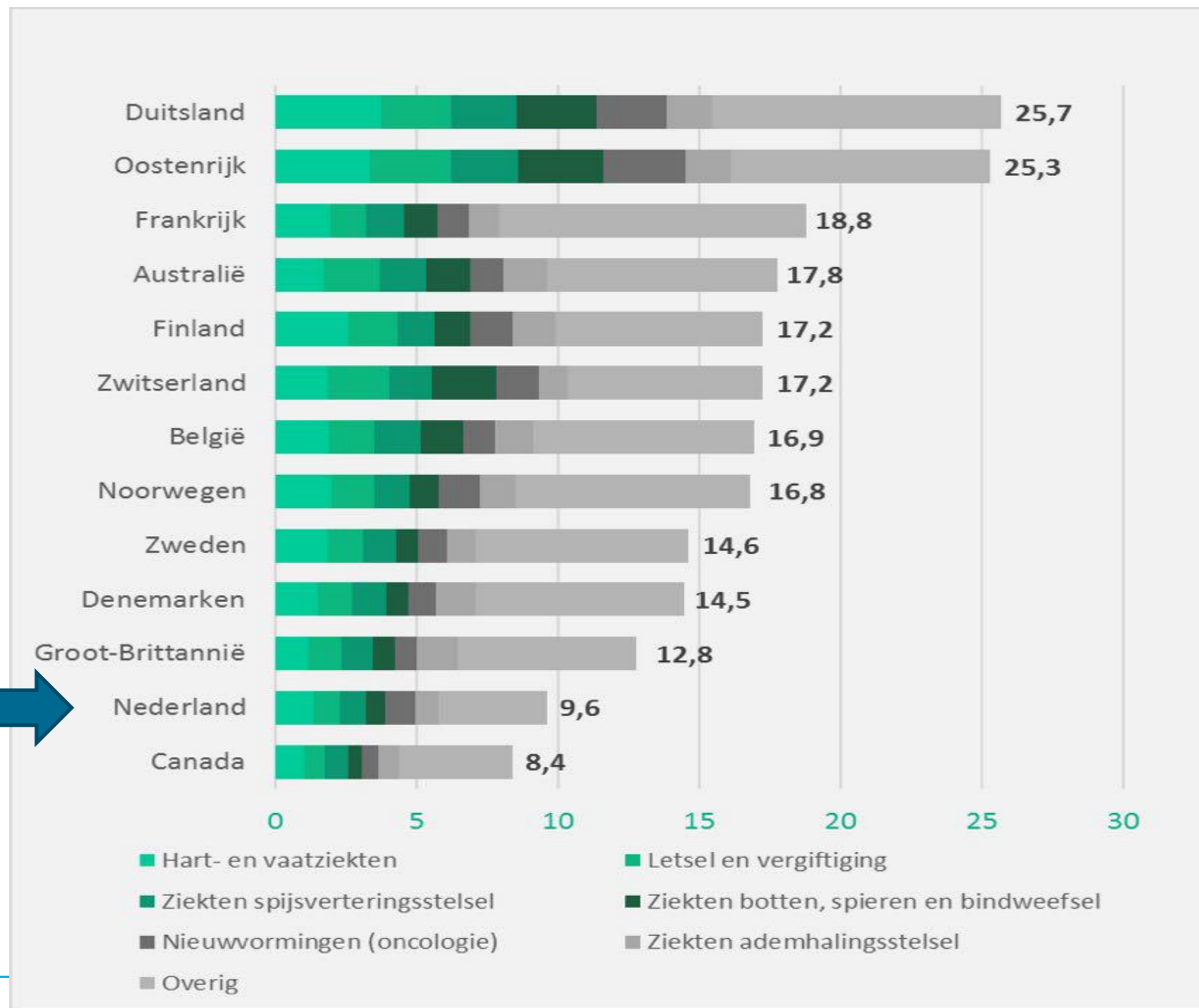
Bron: OESO (2019) <https://doi.org/10.1787/888934018773>

# Nederland: veel extramurale, weinig intramurale zorg

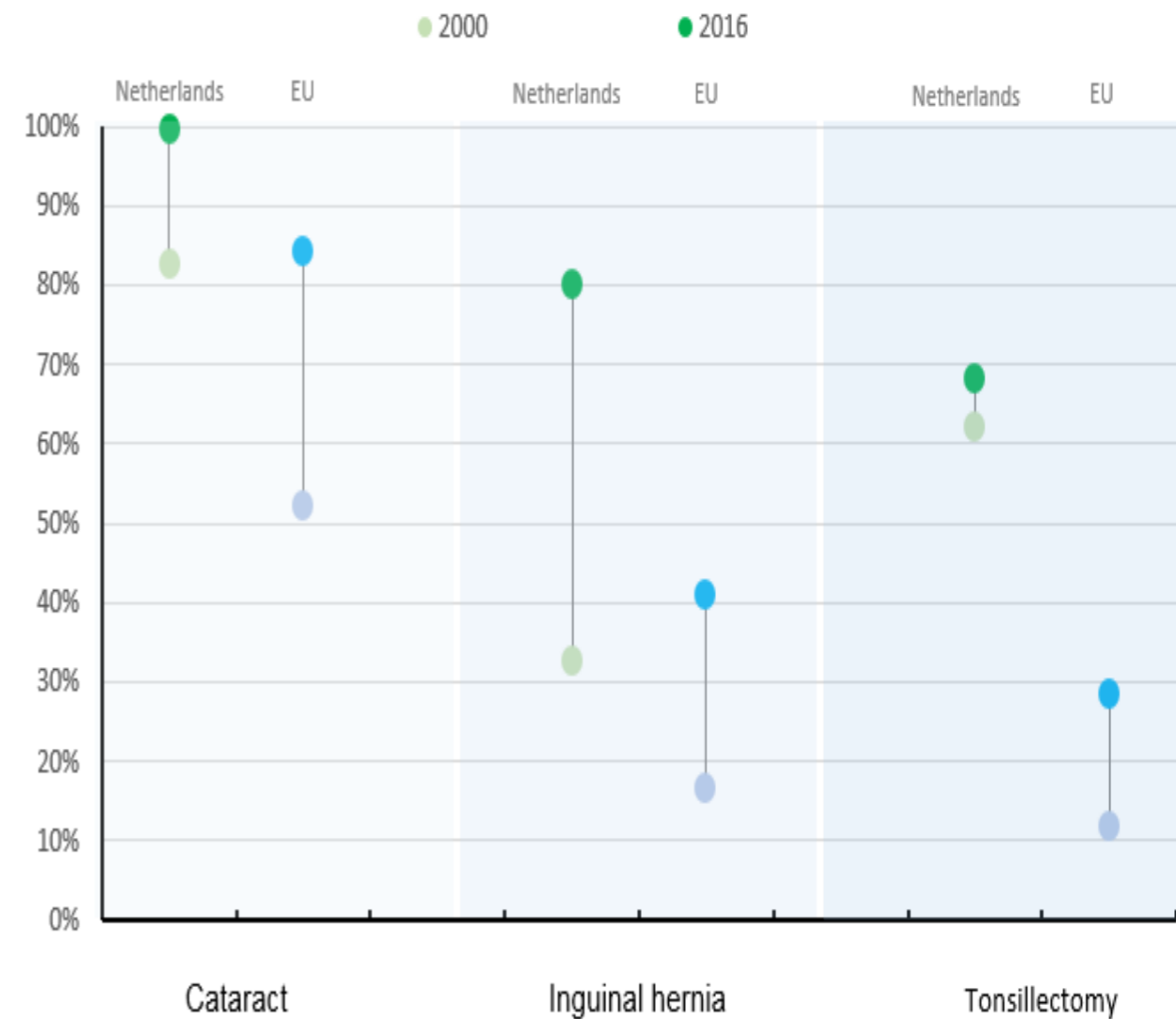
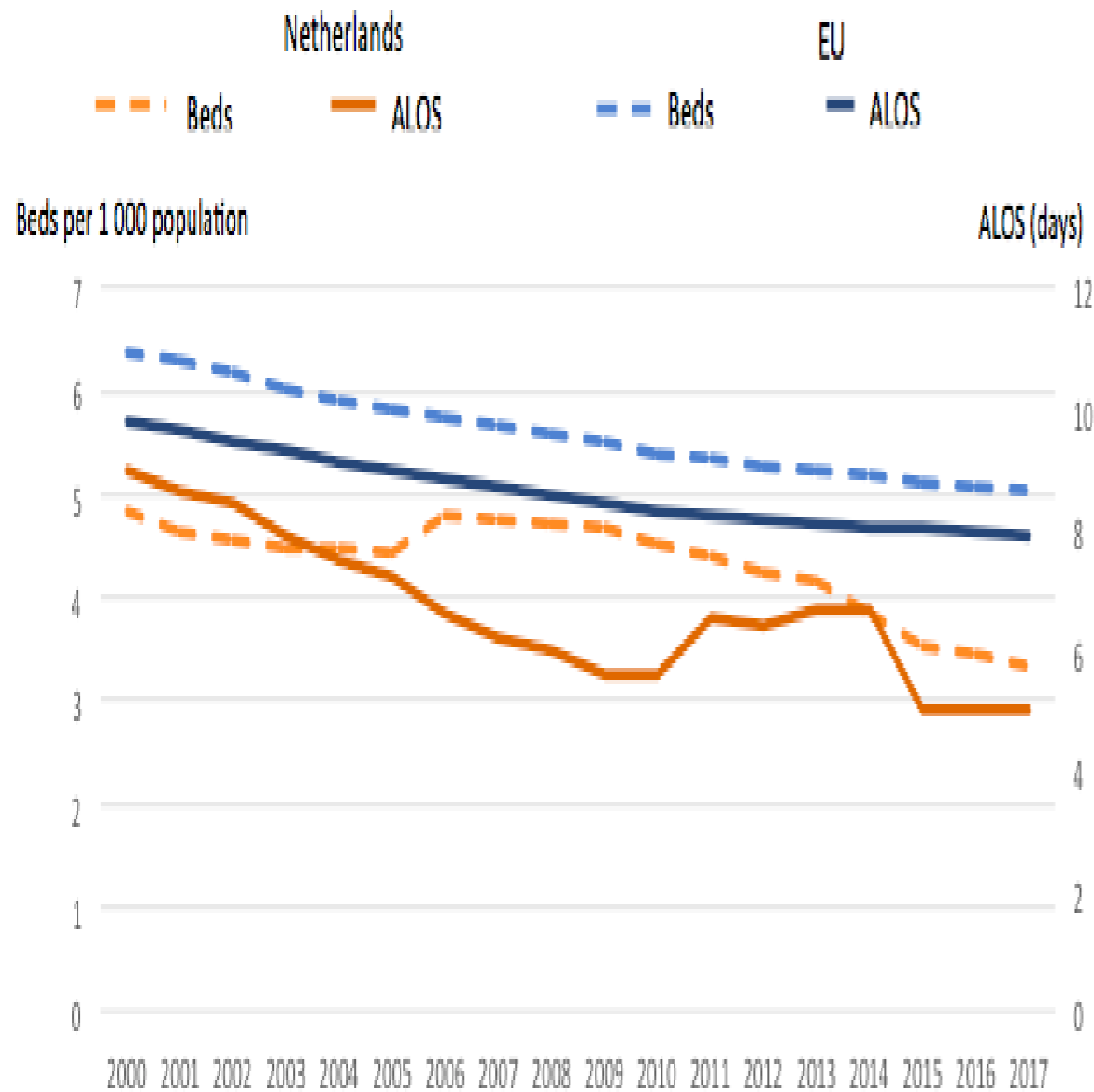




# Ziekenhuisopnamen (100.000), 2016

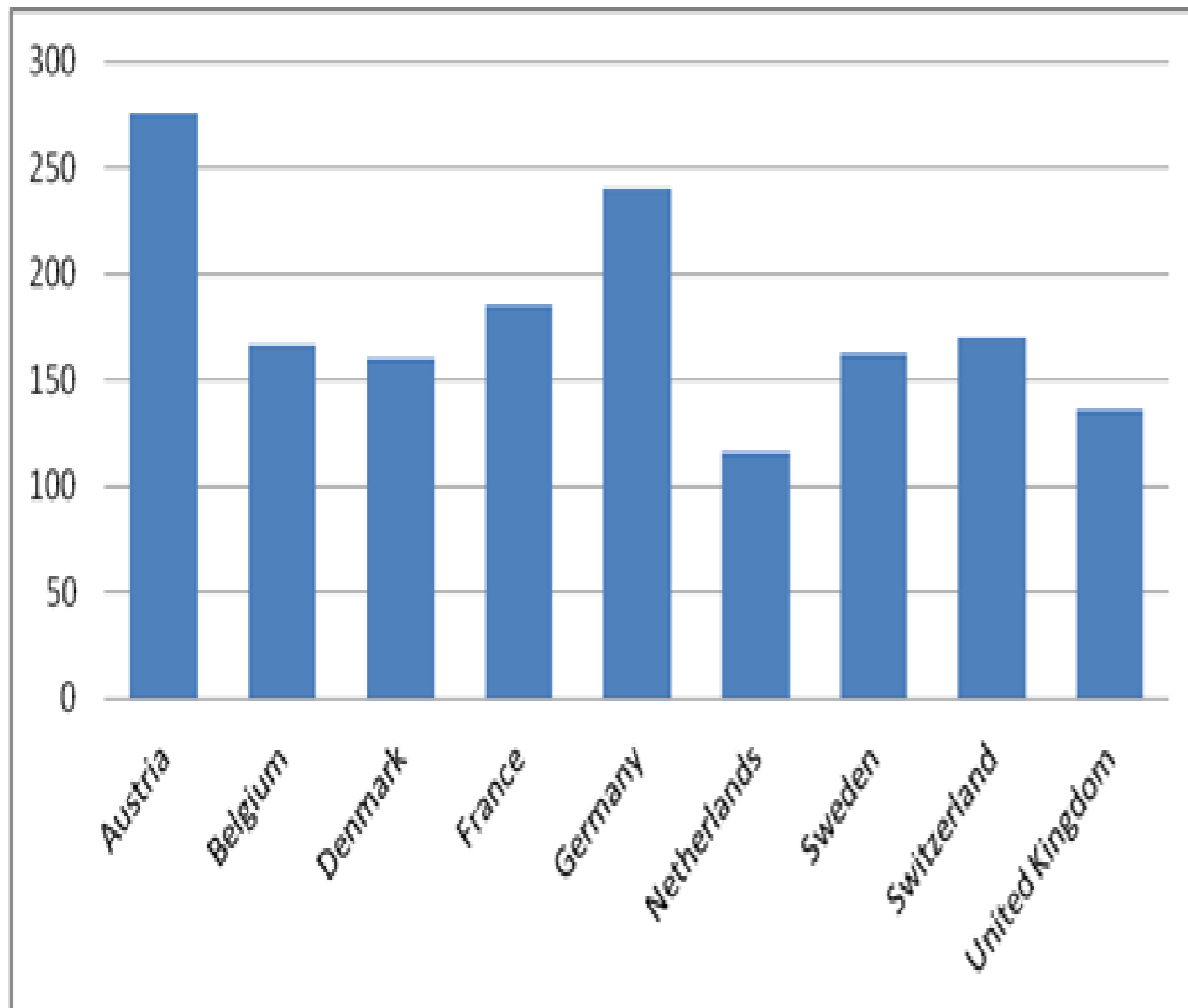


# Veel dagbehandelingen & korte opnames

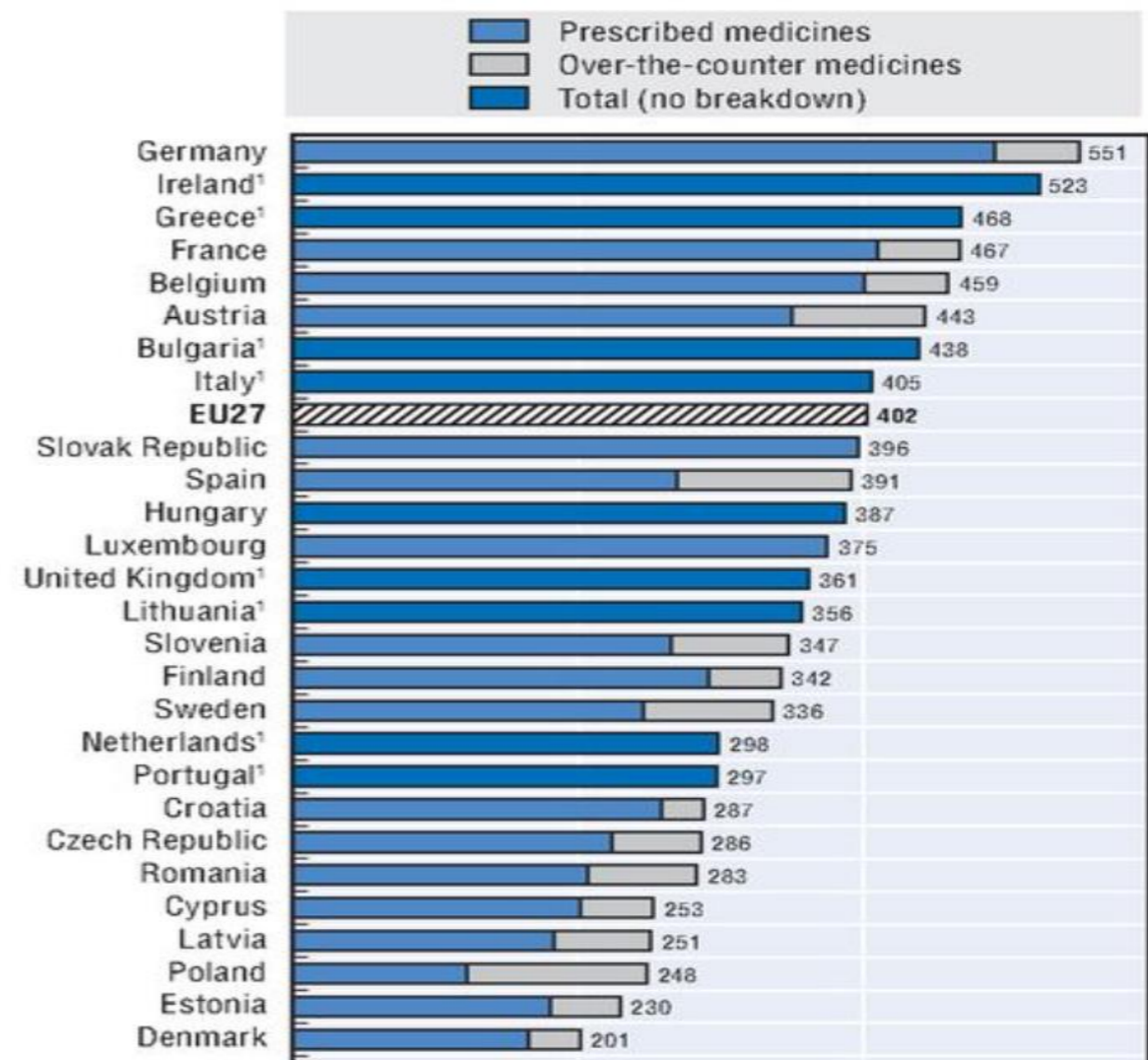


# Every increasing health expenses, an affordable solution?

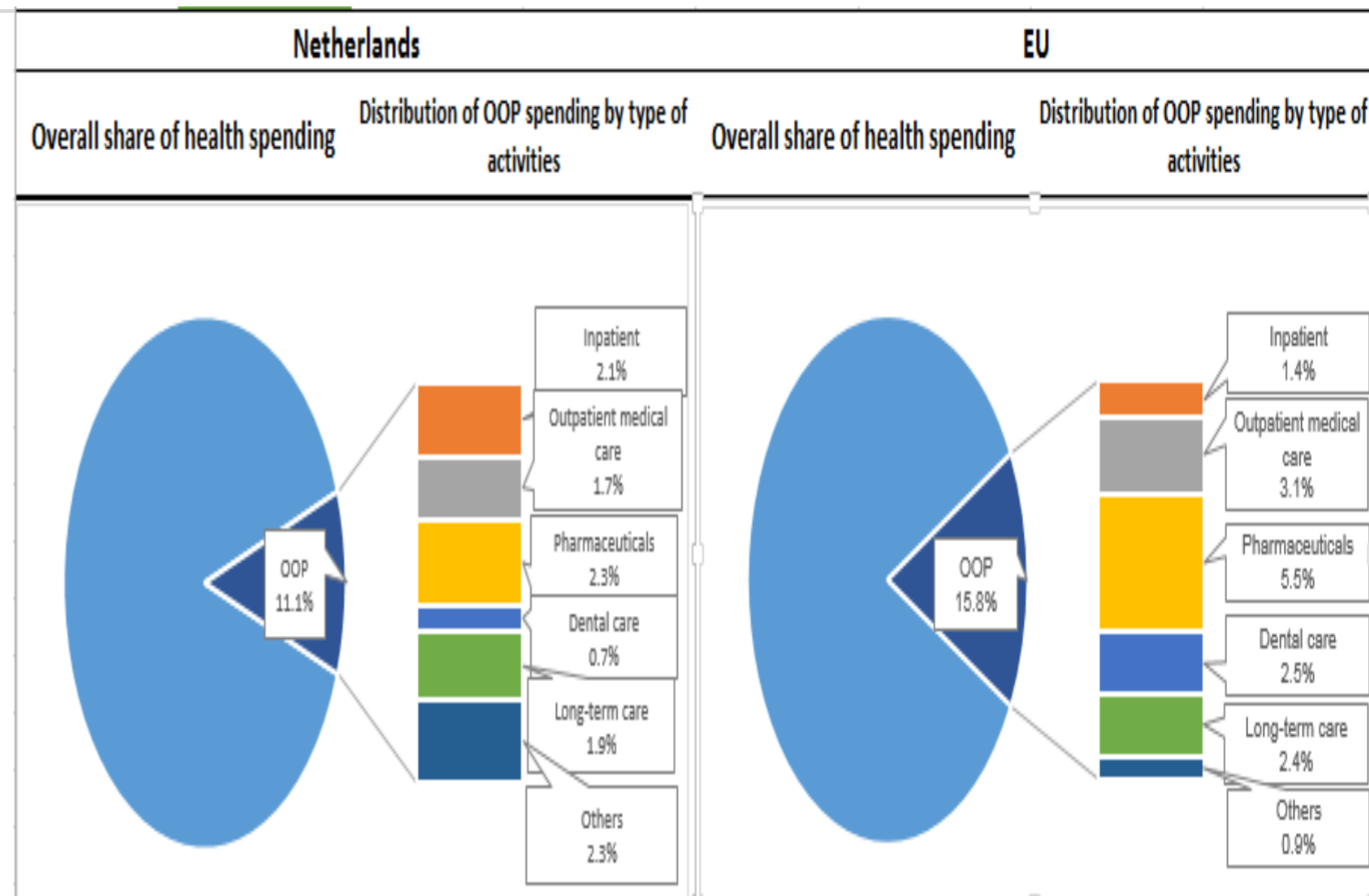
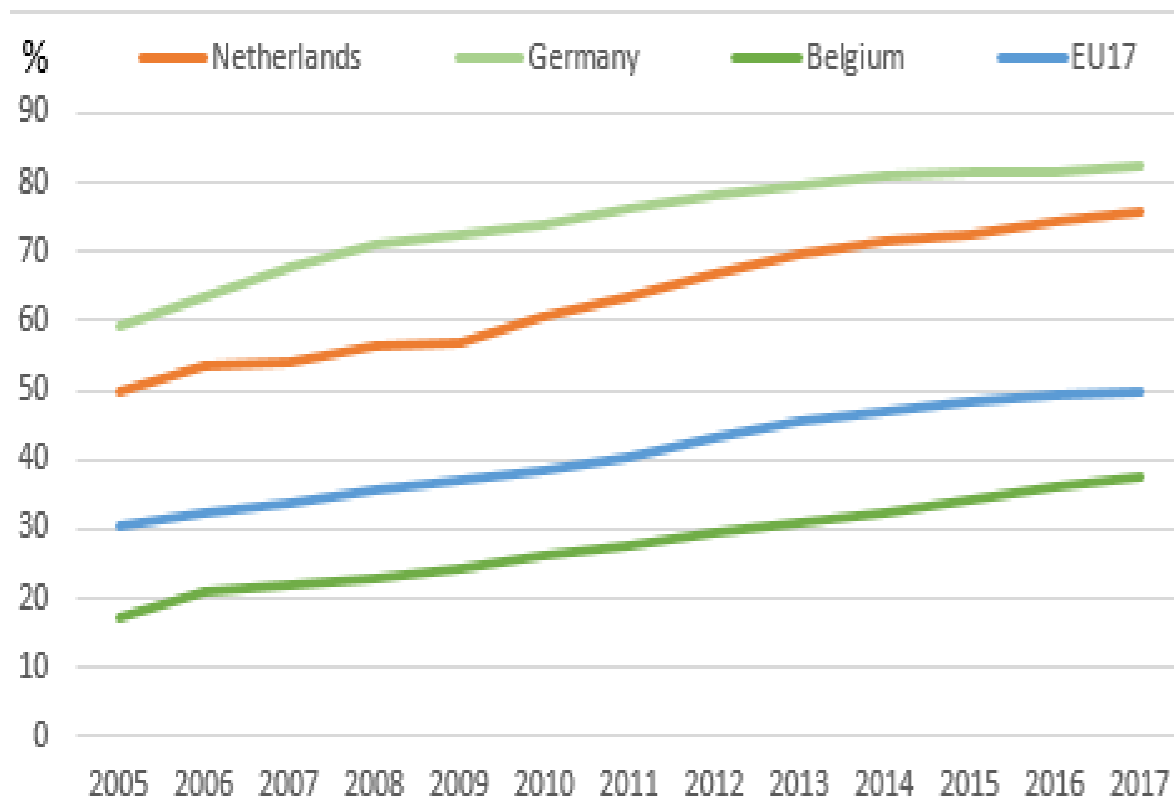
(Day) treatments per 1.000 inhabitants



Per capita expenses pharmaceuticals



# Veel generieke geneesmiddelen, lage eigen betalingen (2017)



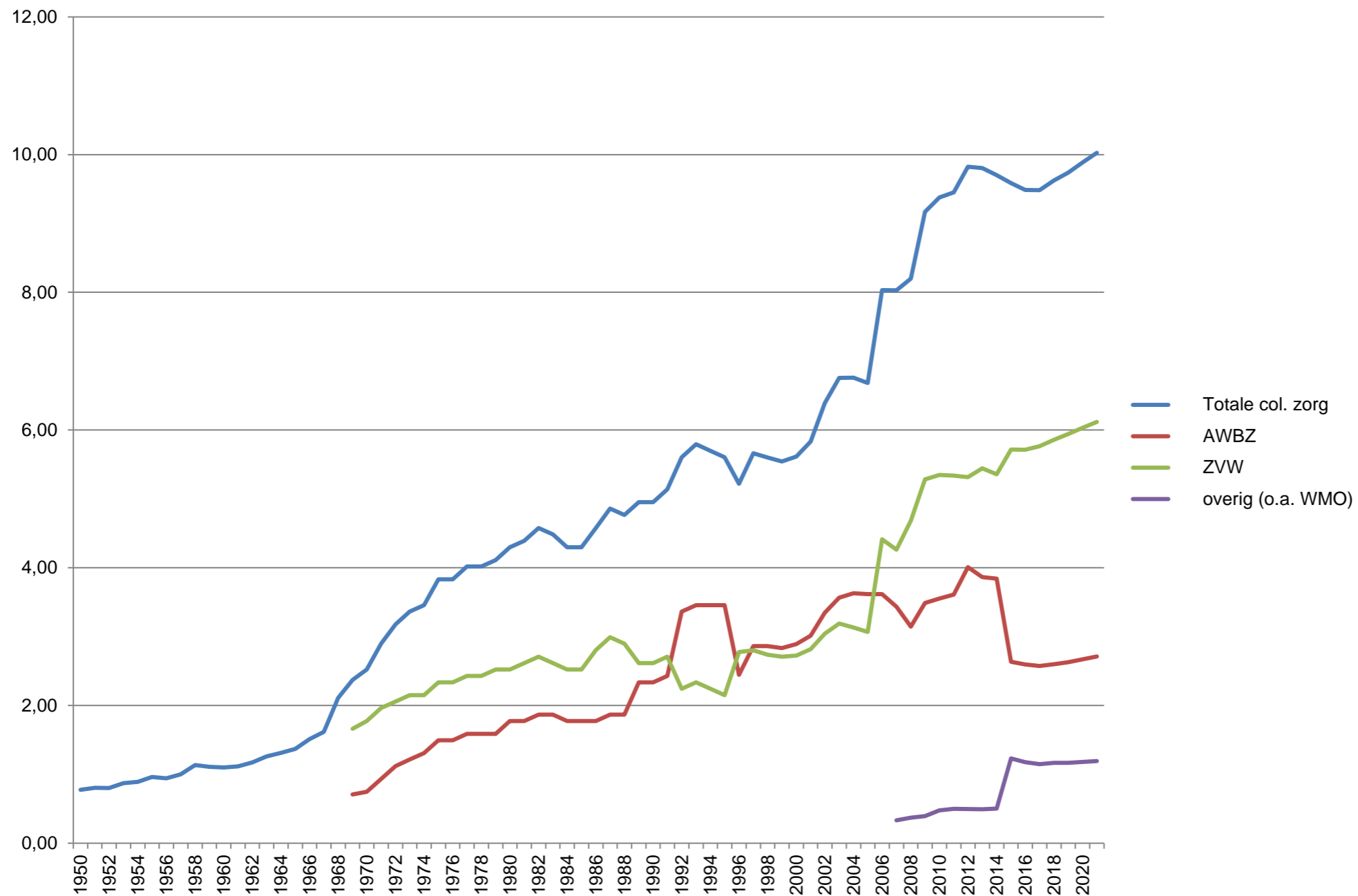
## Dutch healthcare: important institutional constraints withstood system ‘reforms’

- Maximizing risk-solidarity (OUP expenses; benefit basket; risk-adjustment; egalitarian health outcomes; community rating; open enrolment)
- Gatekeeper is the family physician (increases risk-solidarity)
- Self-employed hospital doctors (exception university clinics)
- Large general acute-care **nonprofit** hospitals; care normally ‘around-the-corner’
- High penetration tertiary care, very high research outputs
- Average hospital care sector; large long-term care sector
- Stewardship: consensus-based governance model
- Low volumes, high prices?

## 2. Betaalbare zorgstelsels



# Zorg wordt steeds duurder (%GDP)



## Why is fiscal sustainability important?

- High benefits, but largely non monetary
- Increasing costs for one unit of additional health gains (Cutler, 2006)
- Increasing levels of solidarity transfers (benefits very concentrated, costs very dispersed)
- Due to needed solidarity, healthcare acts as a tax on the economy
- Increases more rapidly than GDP and thus decreases level of *fiscal space*
- More fierce competition with other necessary public expenses
- Substantial part health expenses can be considered to be 'waste'

# Going Dutch? Reforms at work?

**Stewardship**  
 MOH: system  
 MOF: global budget

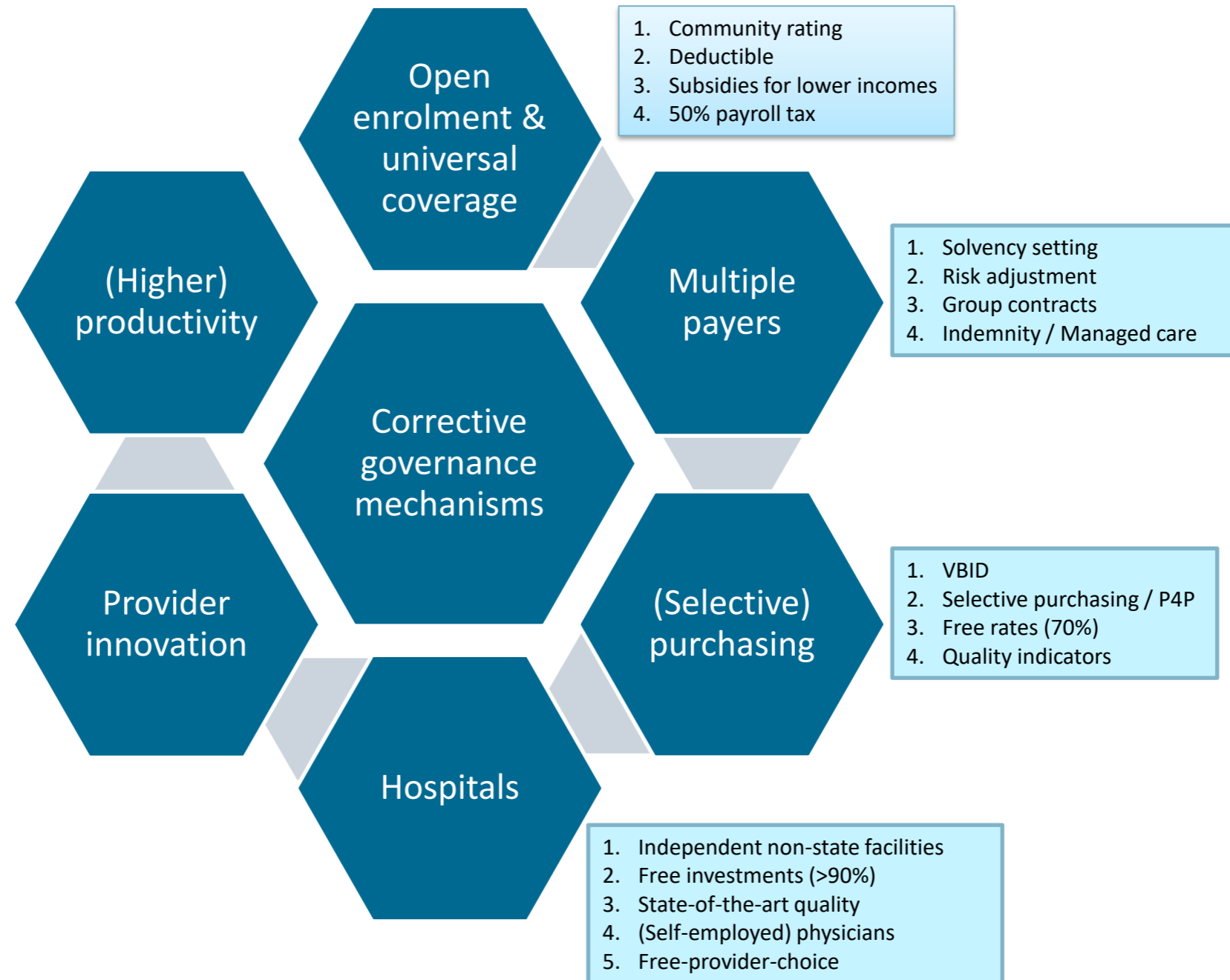
**Agencies**

**Independent**  
 Central bank  
 Competition authority  
 Central economic bureau

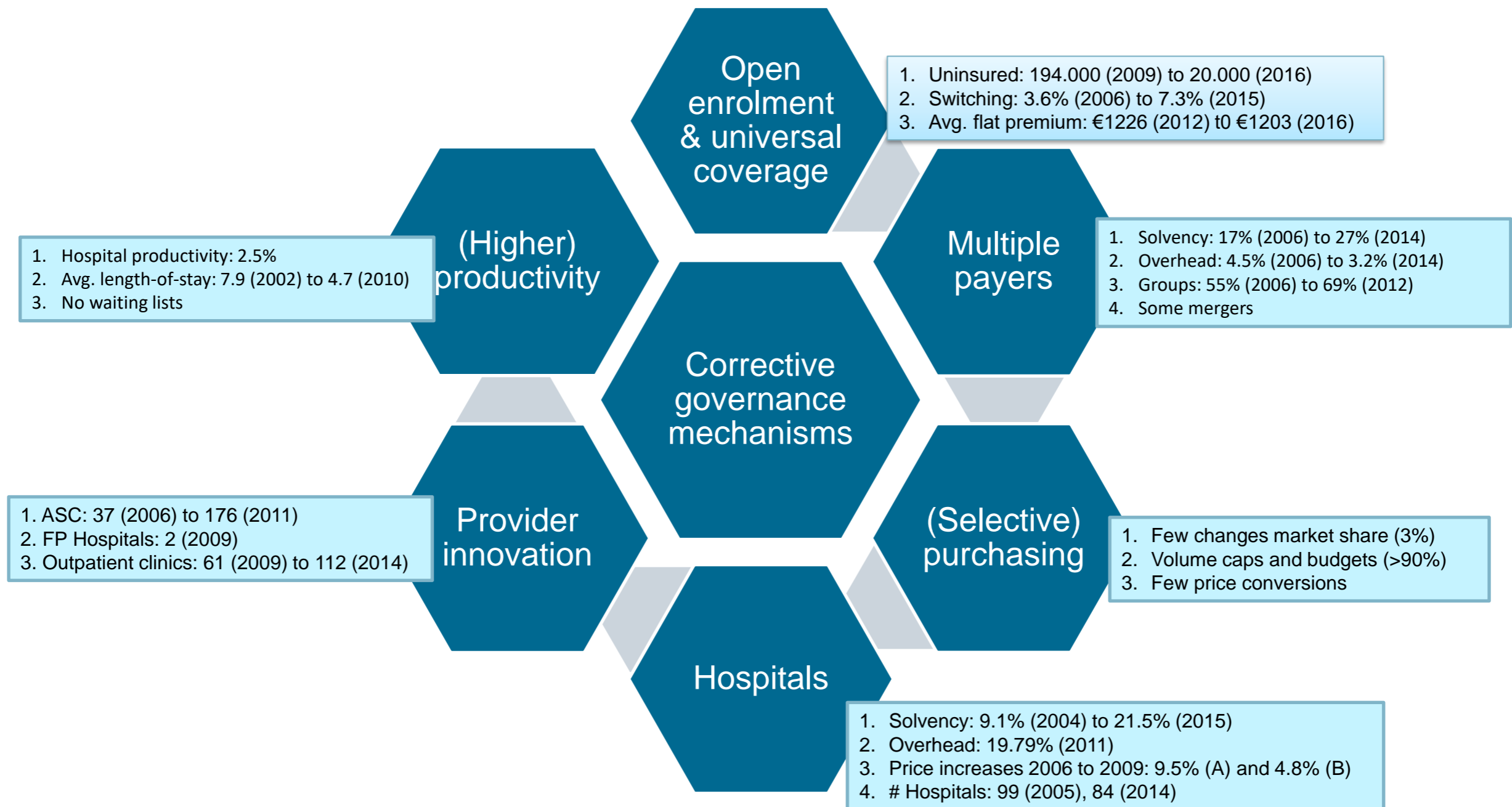
**Arms-length**  
 Health market authority  
 Healthcare Institute

**Inspectorates**  
 Patient safety  
 Fraud and abuse

**Semi-private governance**  
 Social-economic council  
 Covenants: building coalitions  
 Credit enhancement  
 Professional standards  
 Interest groups

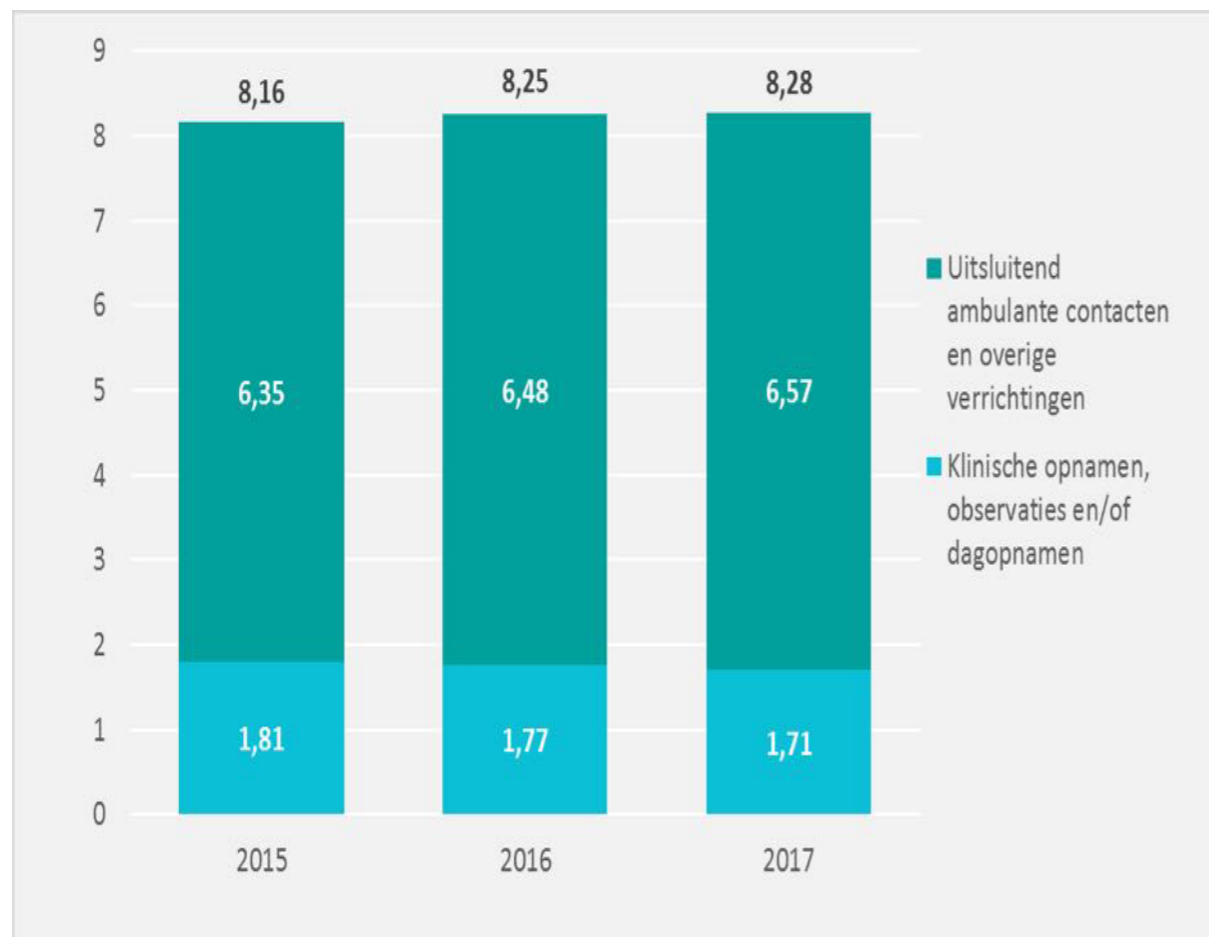


# Assessment: ten years 'market reforms'

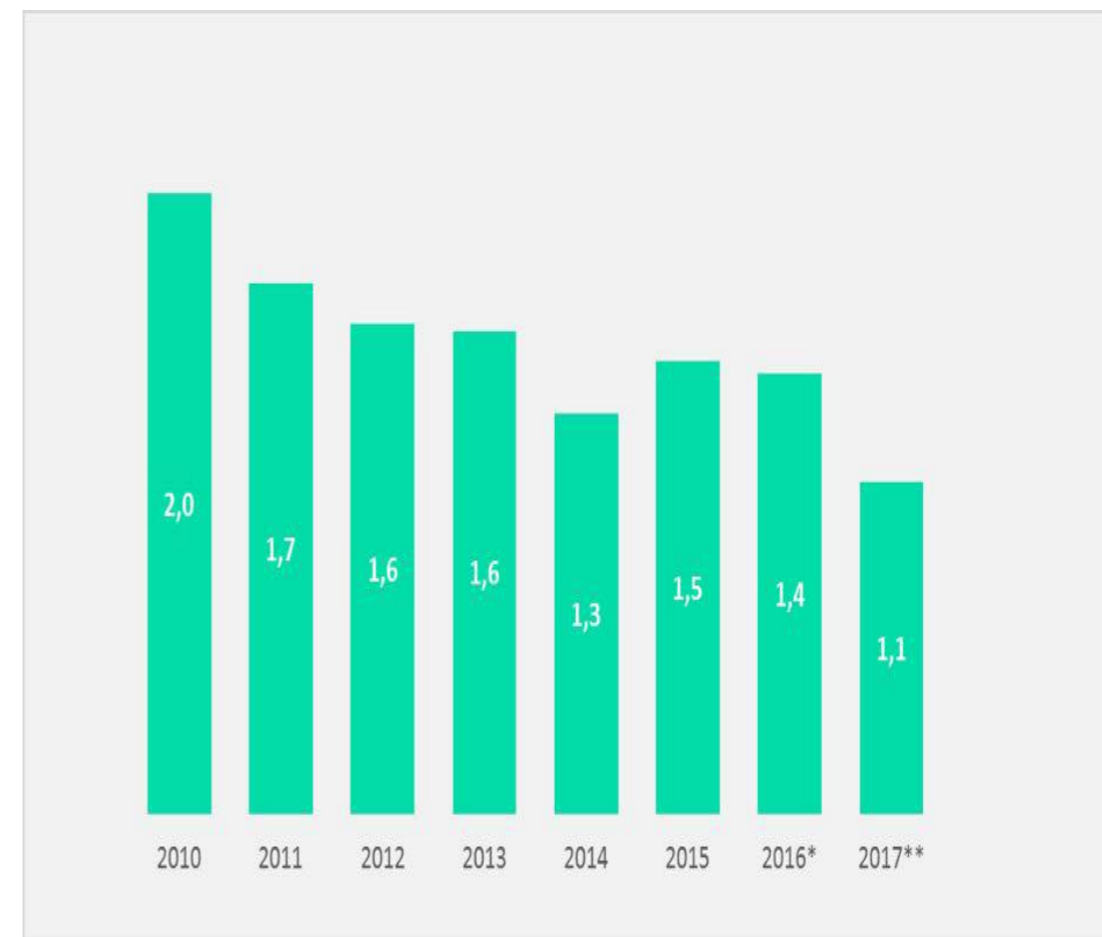


# Patiëntenvolumes stabiel, investeringen nemen af

Patiëntenbezoeken in algemene ziekenhuizen (miljoenen)



Afnemende investeringen (mrd.)



De wachttijden liepen in 2017 op. 61% van de patiënten kon in 2017 binnen vier weken terecht op de polikliniek, in 2016 was dit 69%.

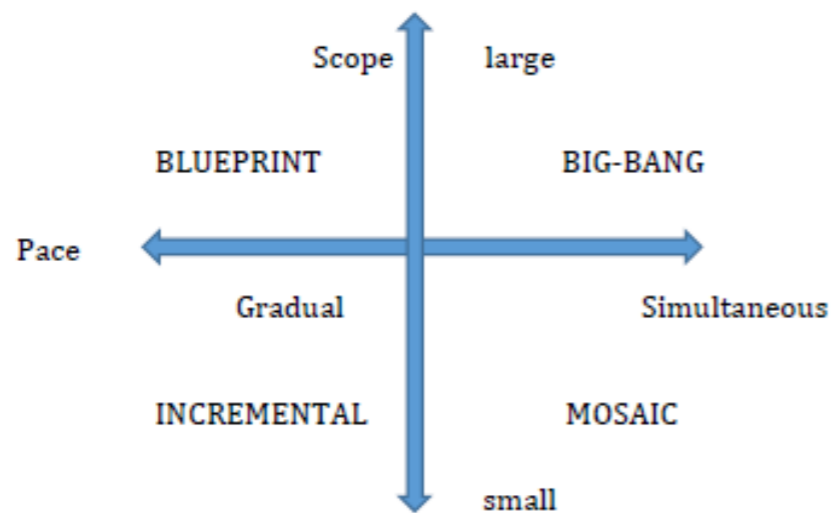
# Zeven lessen uit 15 jaar 'marktwerking' in de zorg

Patrick Jeurissen



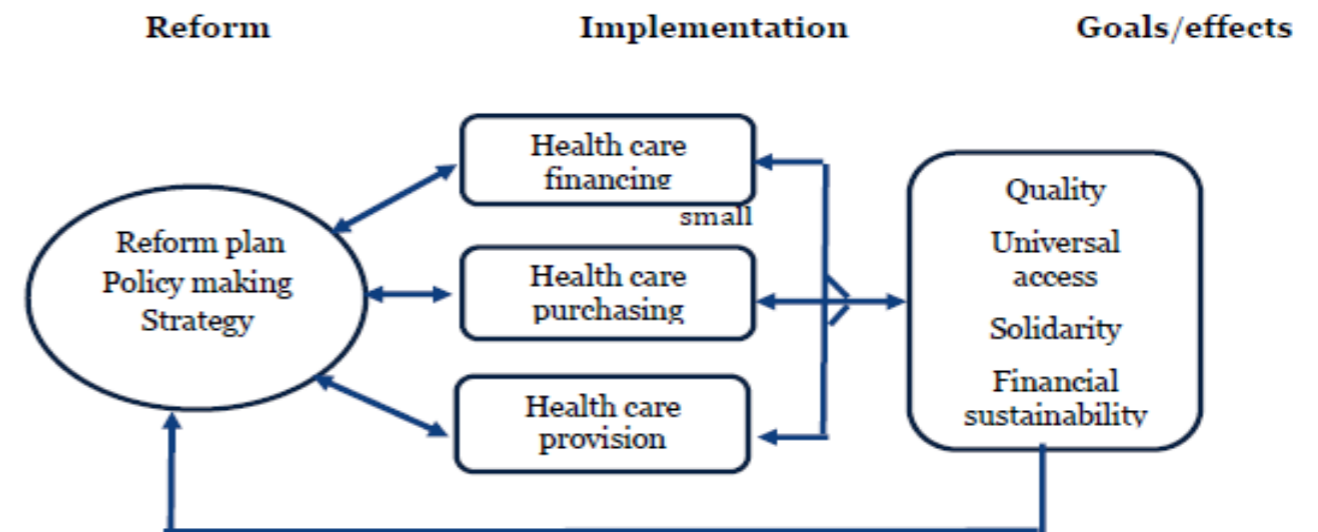
# Structuur van de studie

Figure 1.1 Scale and pace of policy change: four strategic types

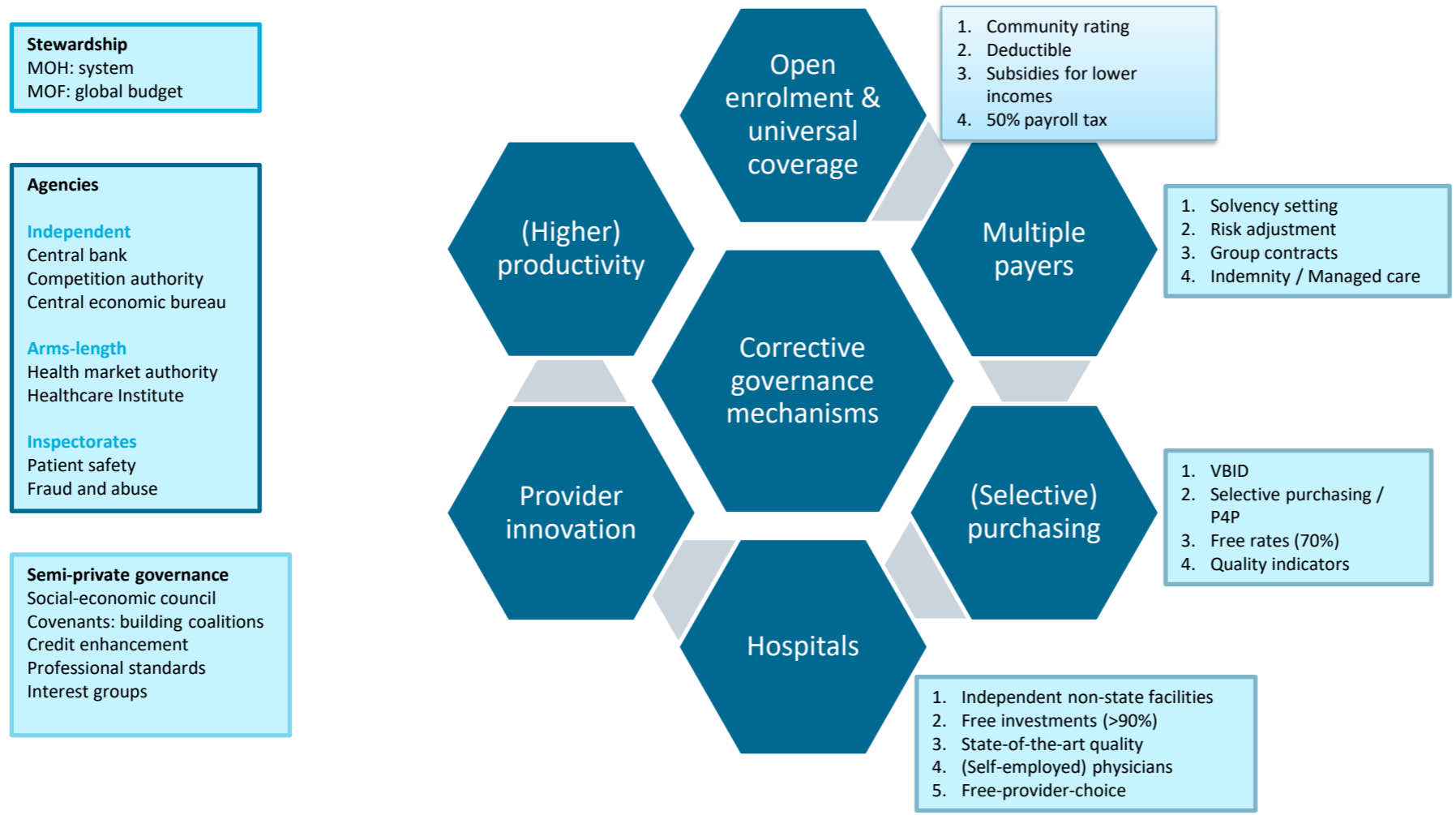


Source: Tuohy (2018: 14).

Figure 1.2 An analytical model for the investigation of health care reform



# Blueprint of managed competition in the Netherlands



# Uitgangspunten & Disputen

## Uitgangspunten

Acceptatieplicht verzekeraars

Transparantie

Risicodragendheid

Werkzame competitie

Contracteervrijheid

Effectieve risicoverevening

Effectief toezicht op kwaliteit

Basispakket

## Disputen

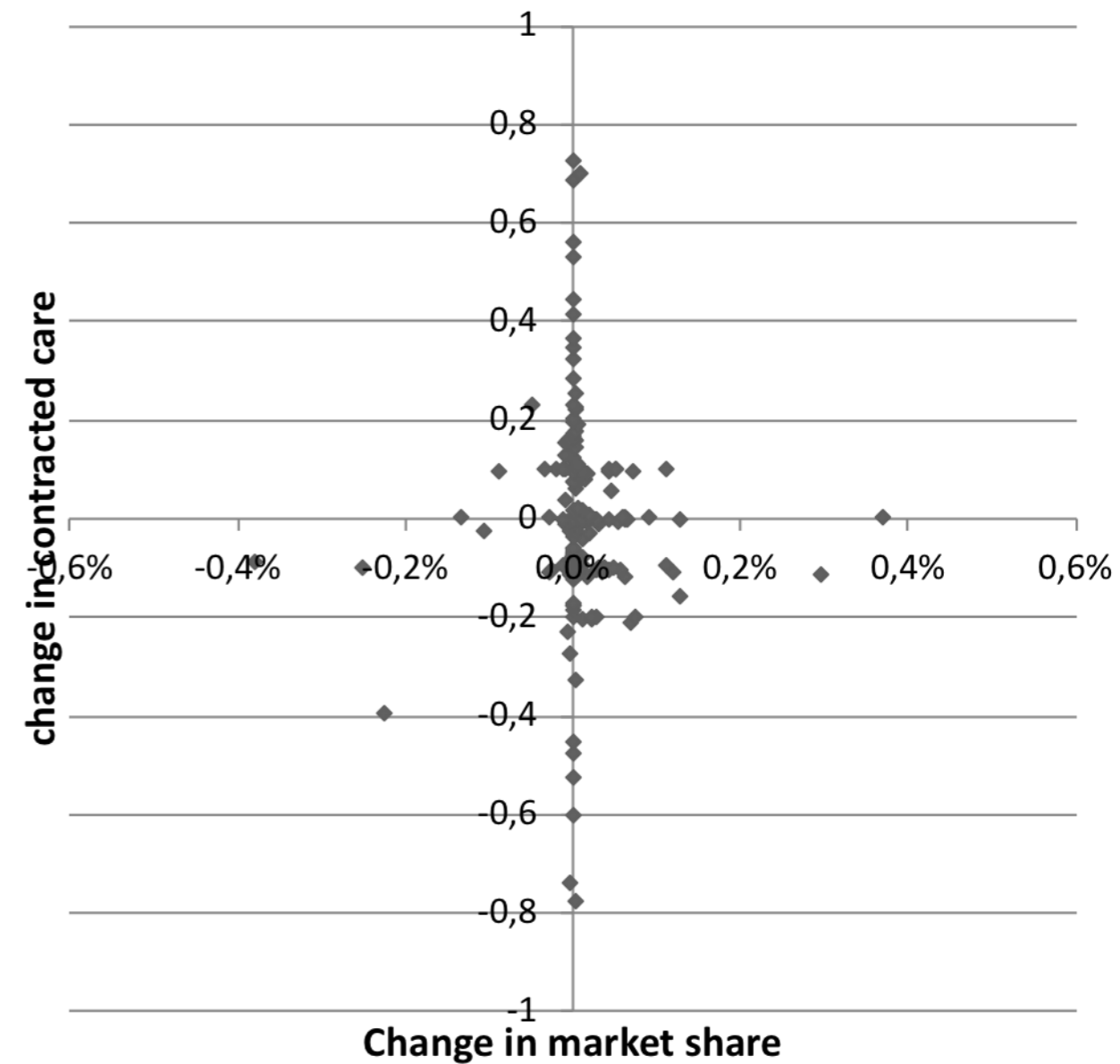
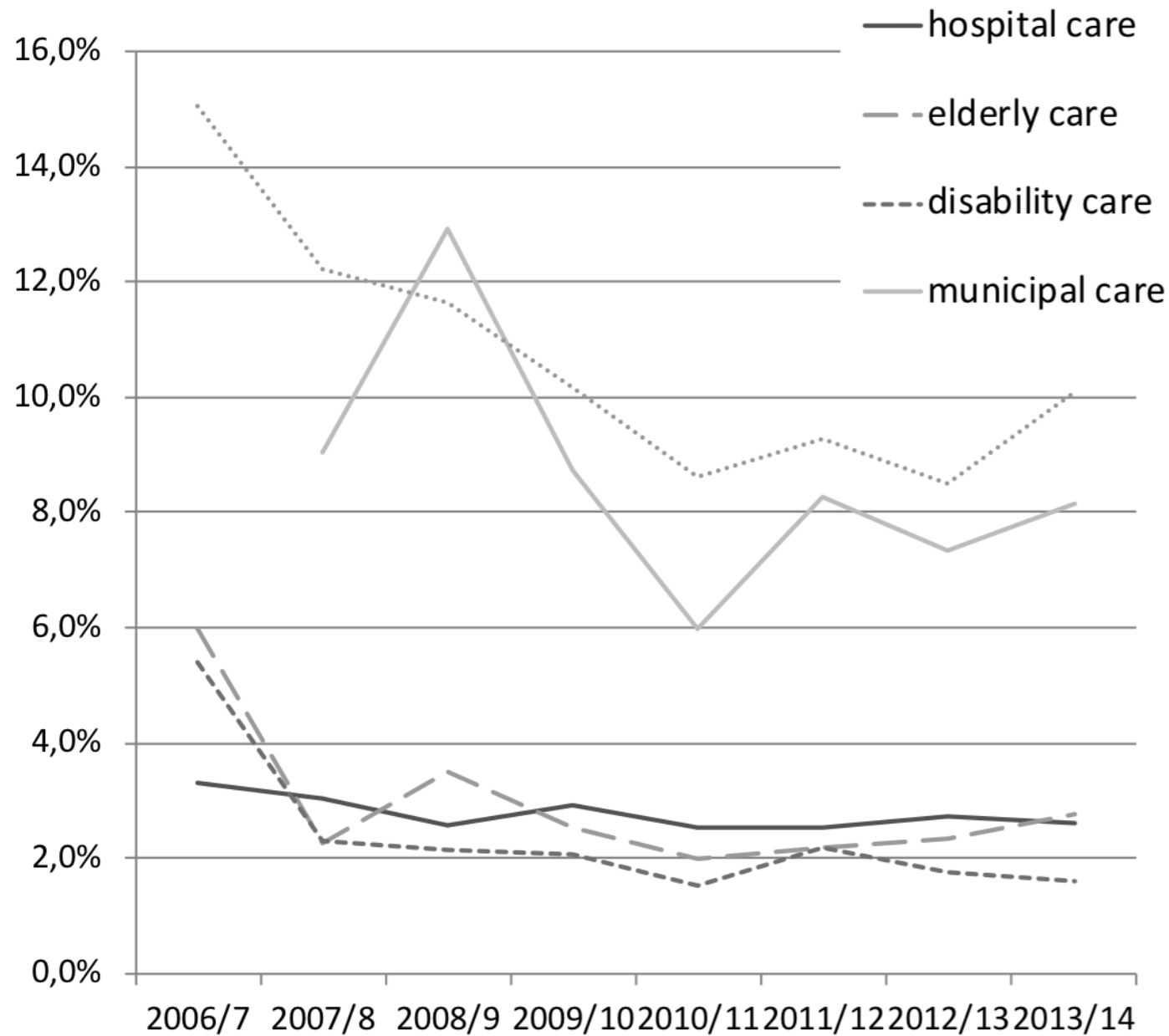
Kostenplafond (akkoorden)

Vertrouwen (in verzekeraars)

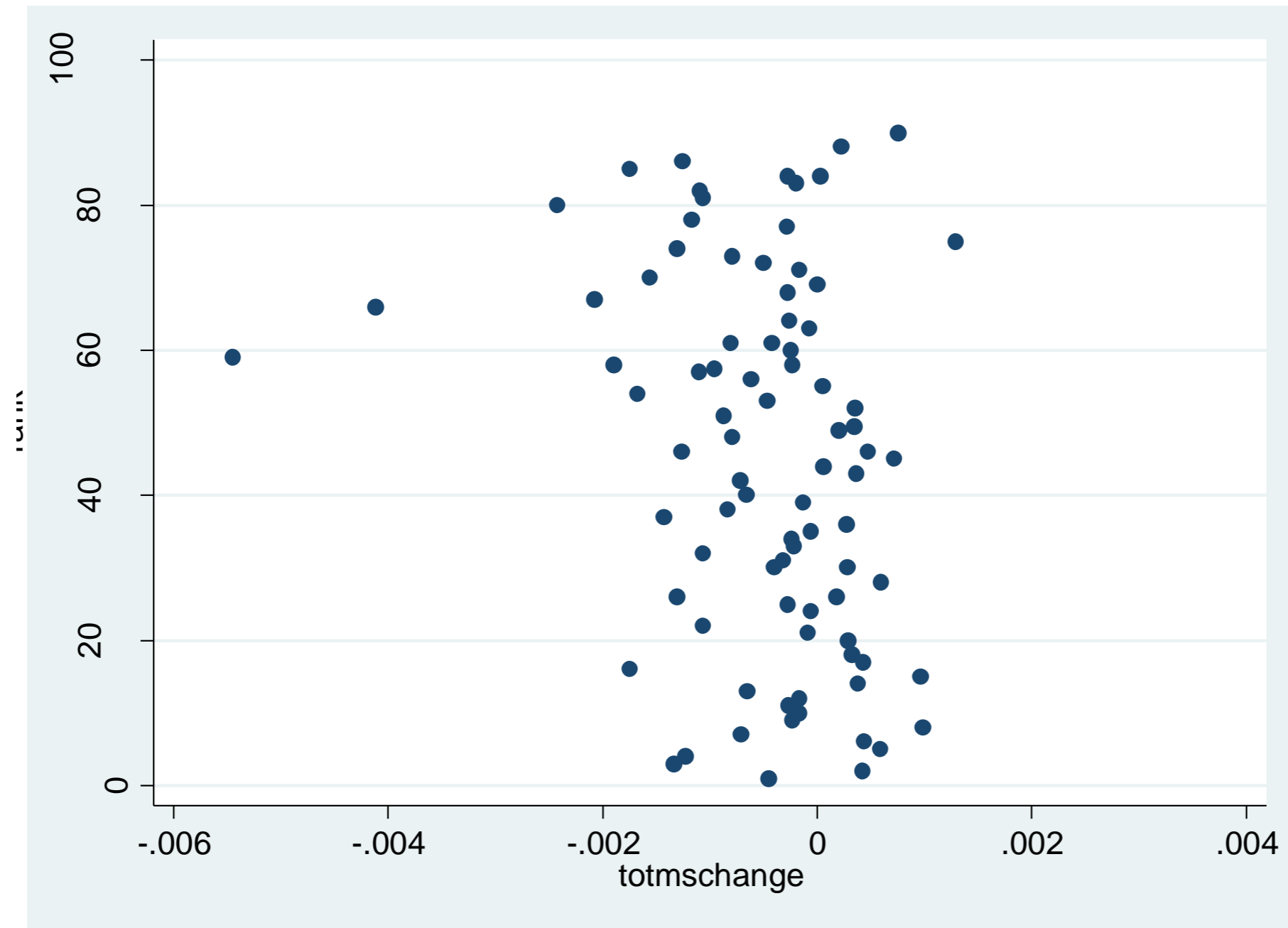
Kwaliteit (tripartiet systeem)

Kosten innovaties (open + sluis +  
risicogericht pakketbeheer)

# Zorginkoop: weinig verandering in marktaandeel

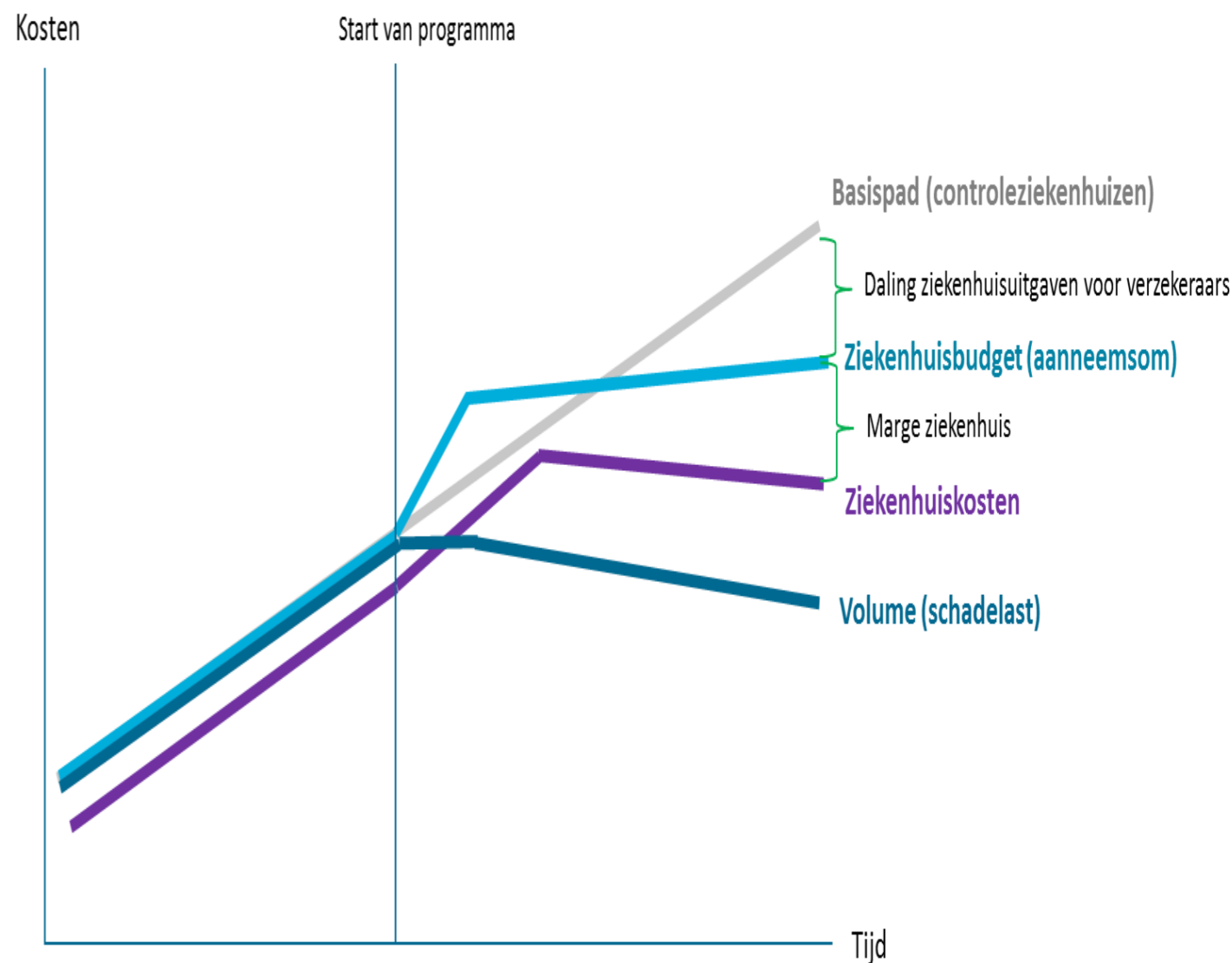


# Elsevier ranking and market share



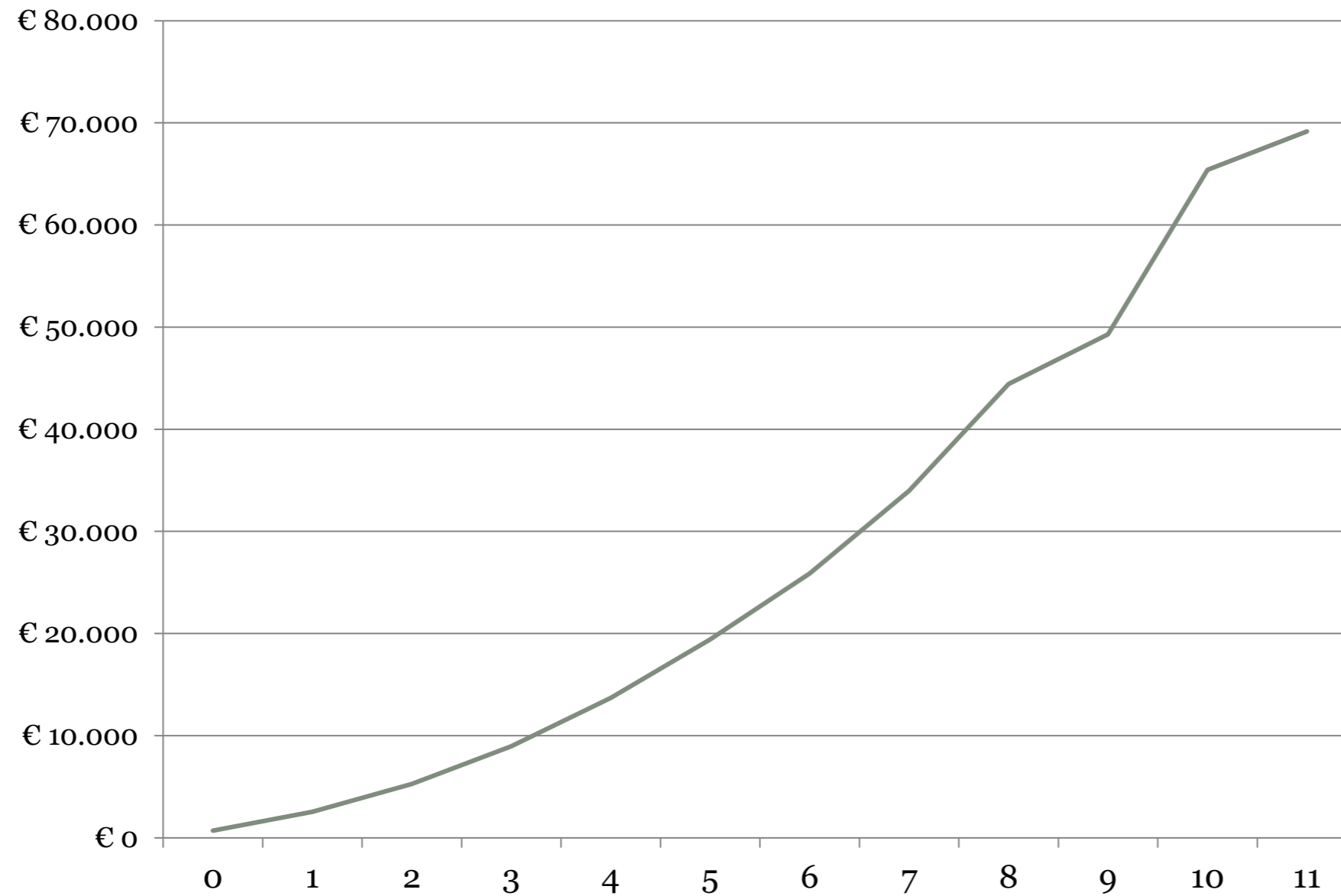
# Financiële model

Strategie Droom en KAM



# Efficiencies of scale and scope?

Average per capita costs per enrollee versus # co-morbidities



\* Respectievelijk 14 en 1 vzd met #comorb =12 of 13 geexclueerd.



# Positive elements

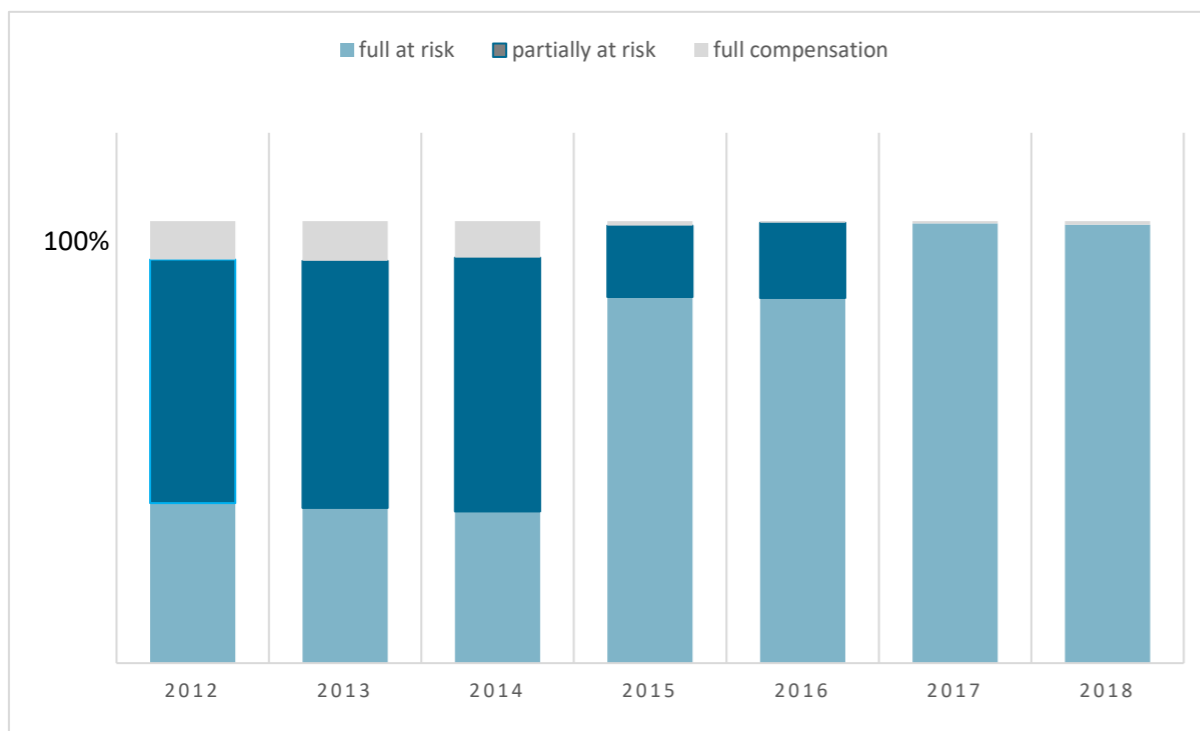
- System scores well in terms of universal access to health insurance. The percentage of uninsured is extremely low. Dutch health care also scores high on the access-dimension (OECD, 2020). Mandatory deductible is relatively low in comparison with other countries (OECD, 2020).
- The ban on risk-rating (experience rating) works well. Increased popularity of budget-plans / voluntary deductibles nevertheless signify some adverse risk selection and undermine risk solidarity.
- Premiums are affordable, but require substantial subsidies to people with lower incomes. Young and highly educated consumers have benefitted most from freedom of choice.
- Insurers have made progress on the complex task of purchasing. However, the theoretical importance that scholars attach to purchasing lacks realism in health care where market imperfections are so dominant.
- As of 2012 expenditure growth has been very moderate (also from an international perspective). Largely due to the collective framework agreements on expenditure growth and the abolishment of the safety nets in risk equalization and the preference policy of insurers in purchasing outpatient prescription medicines.

# Critical elements

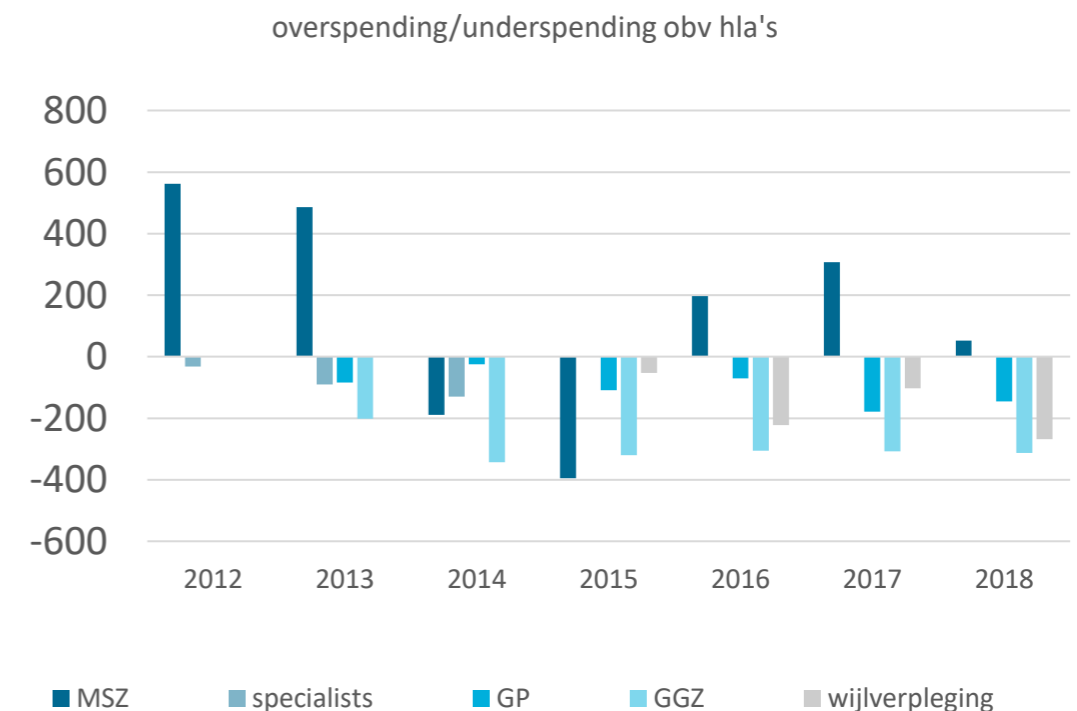
- Institutional trust in health insurers low. Idea that 'markets' should steer healthcare disputed. Low institutional trust is a systemic and political risk.
- Market reform has not resolved the waiting times in some specialties. Proliferation of independent treatment centers (a direct effect of the reform).
- The risk equalization system to correct for differences in the insurers' risk profile is sophisticated but imperfect. A perfect system is illusory.
- There is little evidence that the market reform has given a boost to quality of care.
- Insurers required to build up substantial reserves and have been able to do so. Their buffers are higher than requested. Hospitals, too, have built up financial buffers, although there is much spread between hospitals.
- High administrative costs are a serious problem; a great deal of the burden relates to other processes, in particular quality registries.
- Risk of the framework agreements is that low growth will be followed by a new cost explosion (as happened after the turn of the century).
- No evidence of substantial rent-seeking behavior by payer and provider organizations. Revision of legislation is under way to resolve this problem.
- Main lesson of the covid-19 pandemic is that regulated competition only works under normal conditions. Due to its strong emphasis on efficiency, competition also fails to build up and maintain a reserve capacity that can be quickly

# Les 1: Lage uitgavengroei (sinds 2012)

## Meer financieel risico zorgverzekeraars

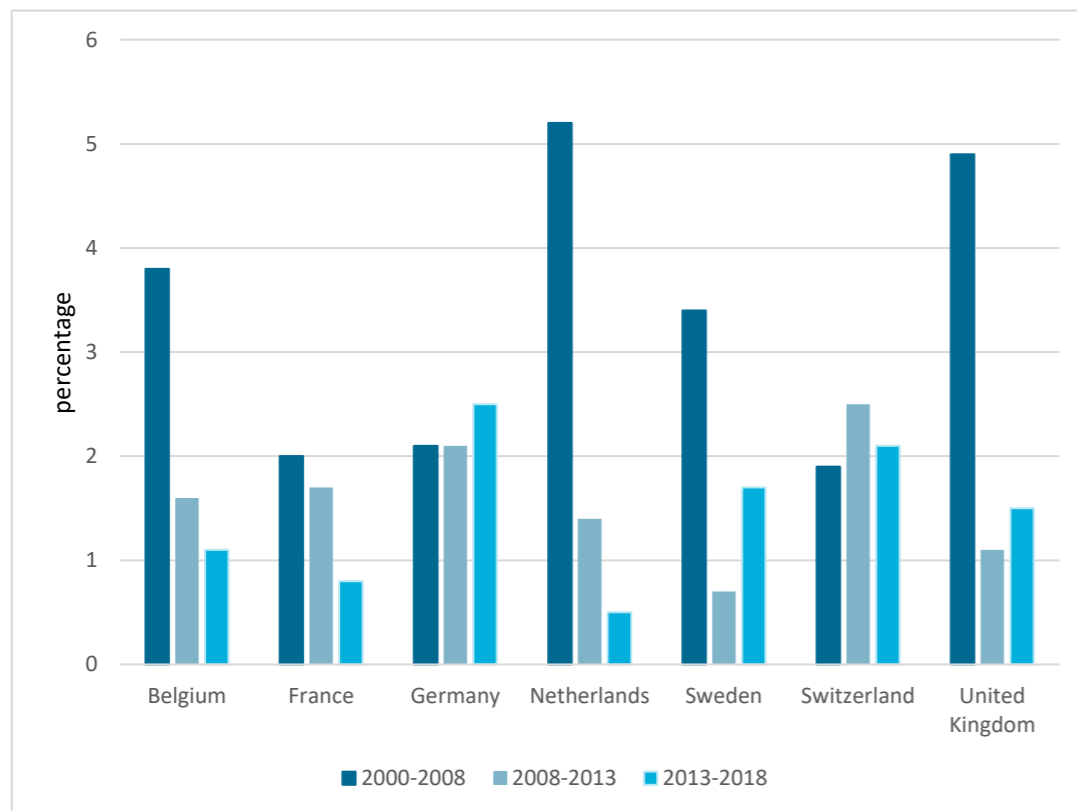


## Uitgavenplafonds Akkoorden



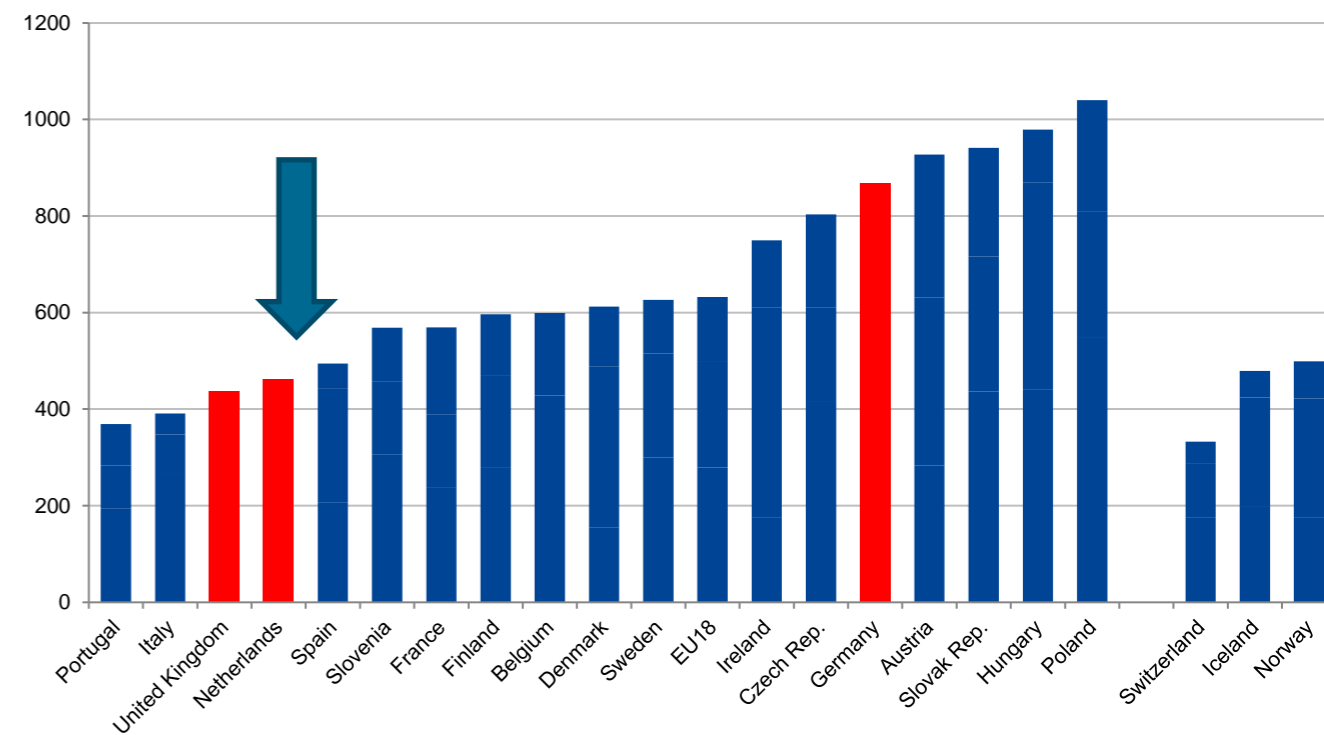
# Les 1: Lage groei uitgaven (sinds 2012)

Laagste groei in Europa (per capita)

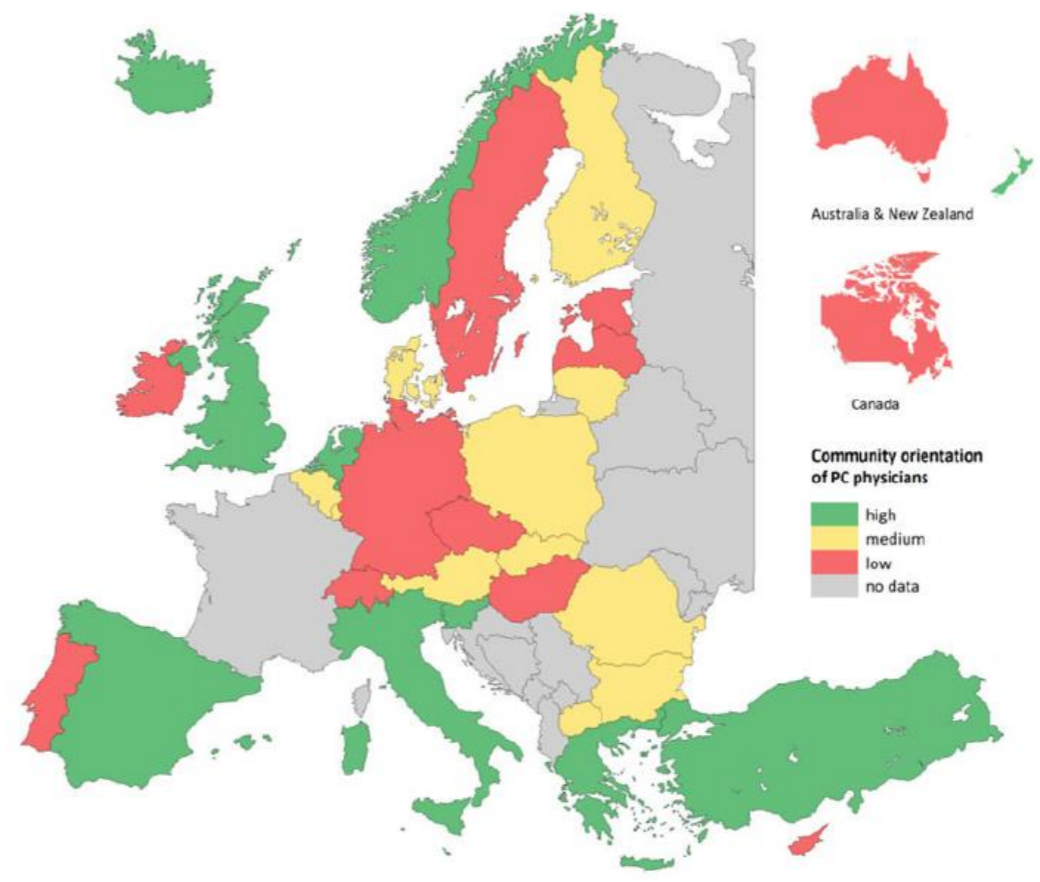
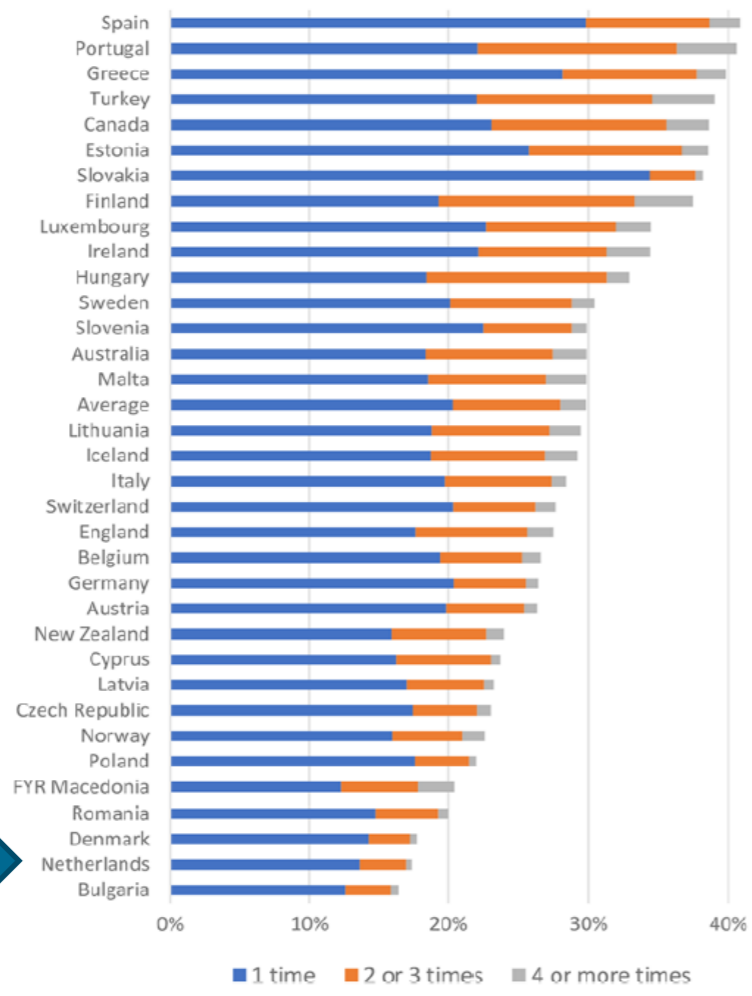


Avoidable admissions for chronic ambulatory care sensitive conditions, 2013

Age-sex standardised rates per 100 000 population



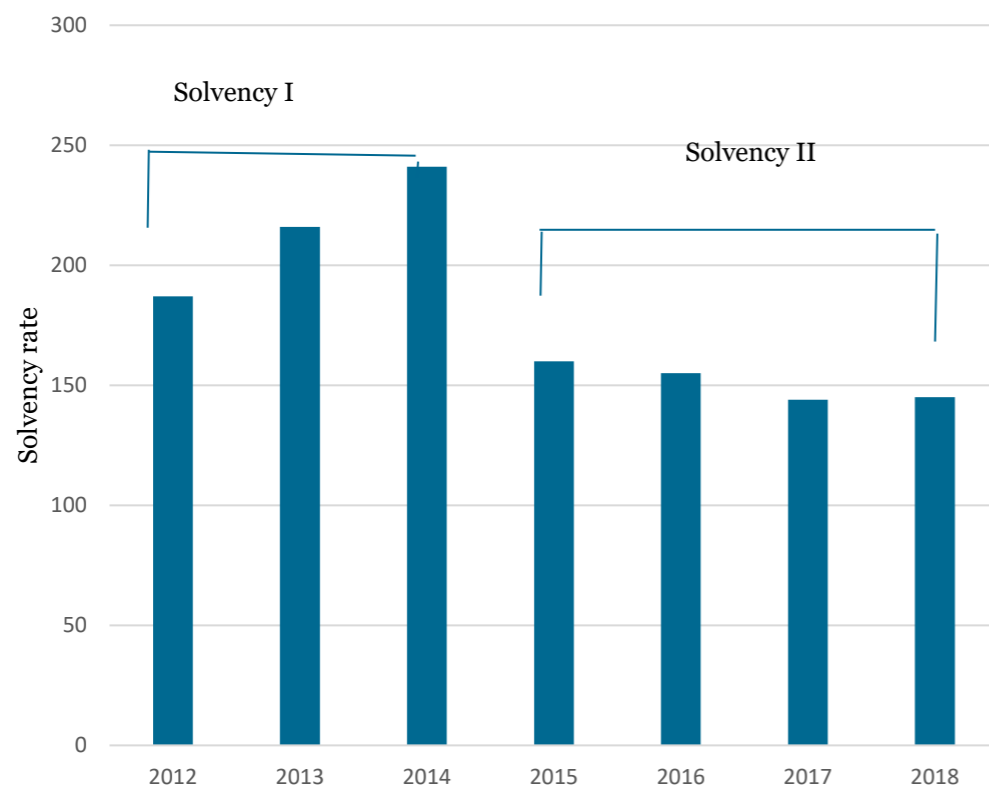
# Les 1: Sterke eerste lijn en doelmatige acute zorg



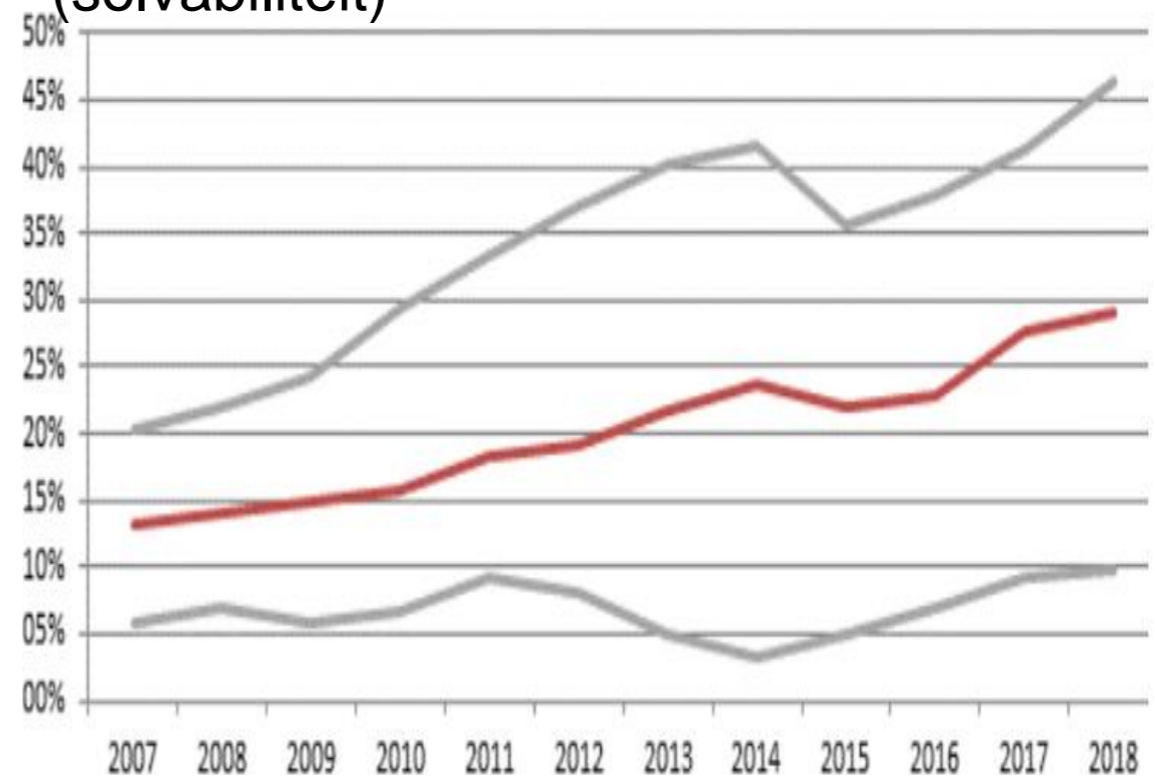
Schäfer at al, 2019

# Les 2: Uitstekende kapitalisering

## Zorgverzekeraars

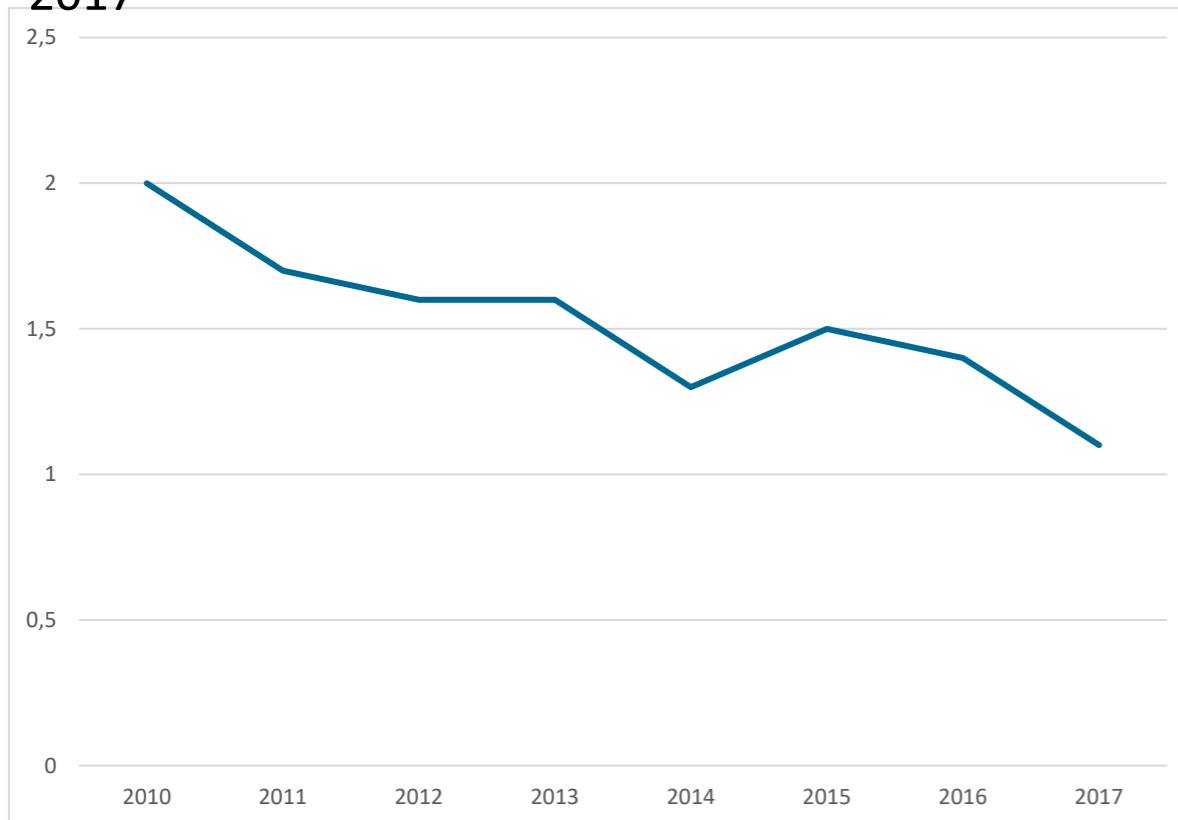


## Ziekenhuizen (solvabiliteit)



# Les 2: Uitstekende kapitalisering

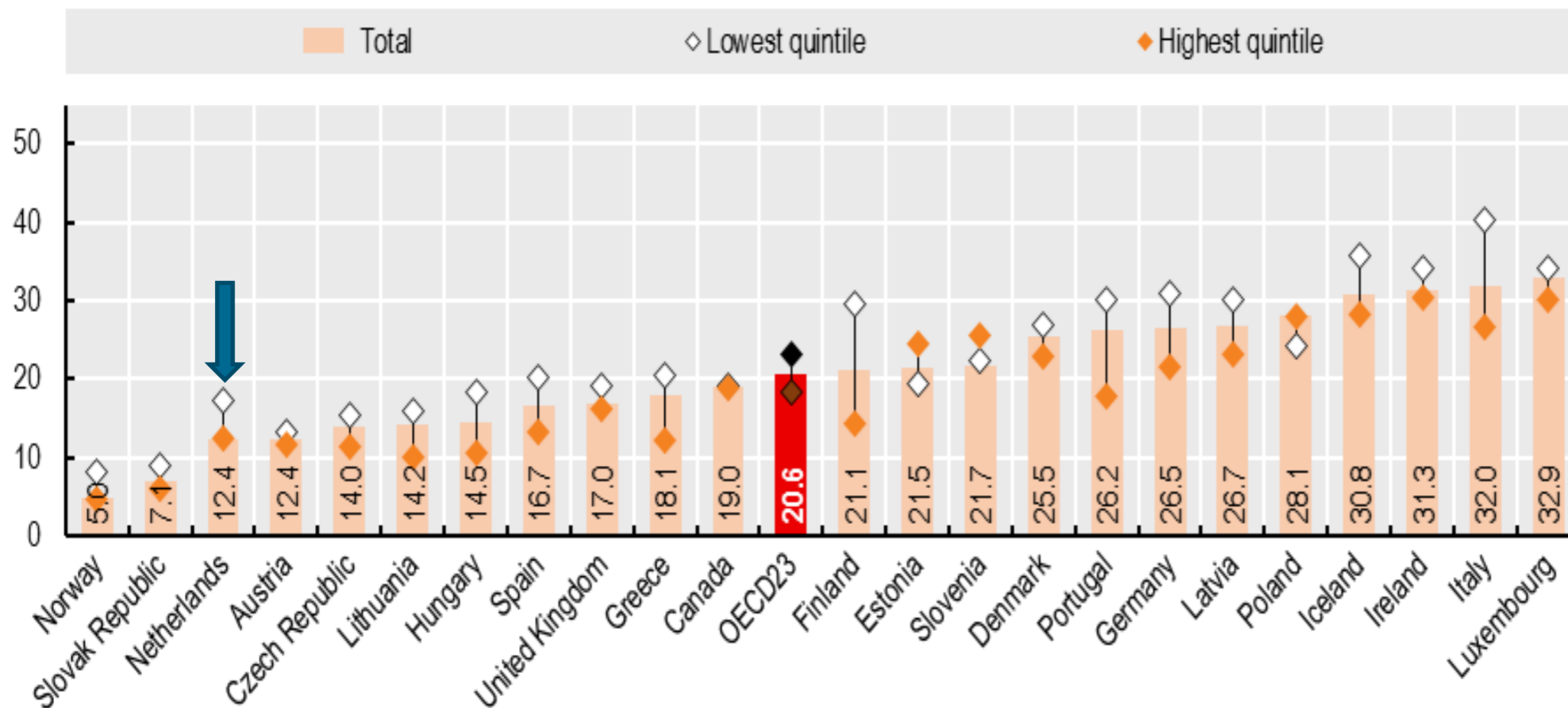
Grootschalige investeringen ziekenhuizen, 2010-2017



Rente-opslagen stijgen

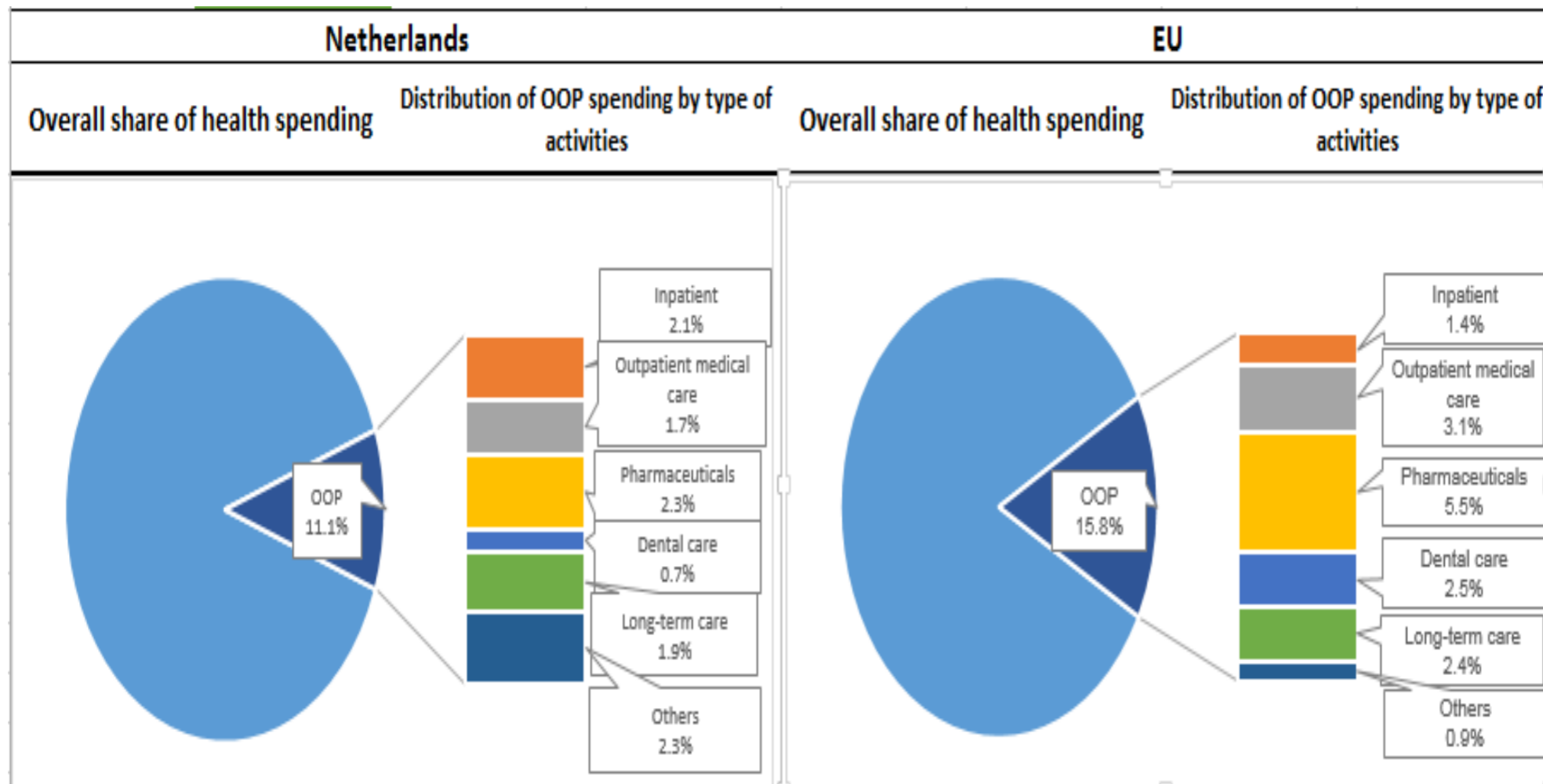


# Les 3: Goede financiële toegang



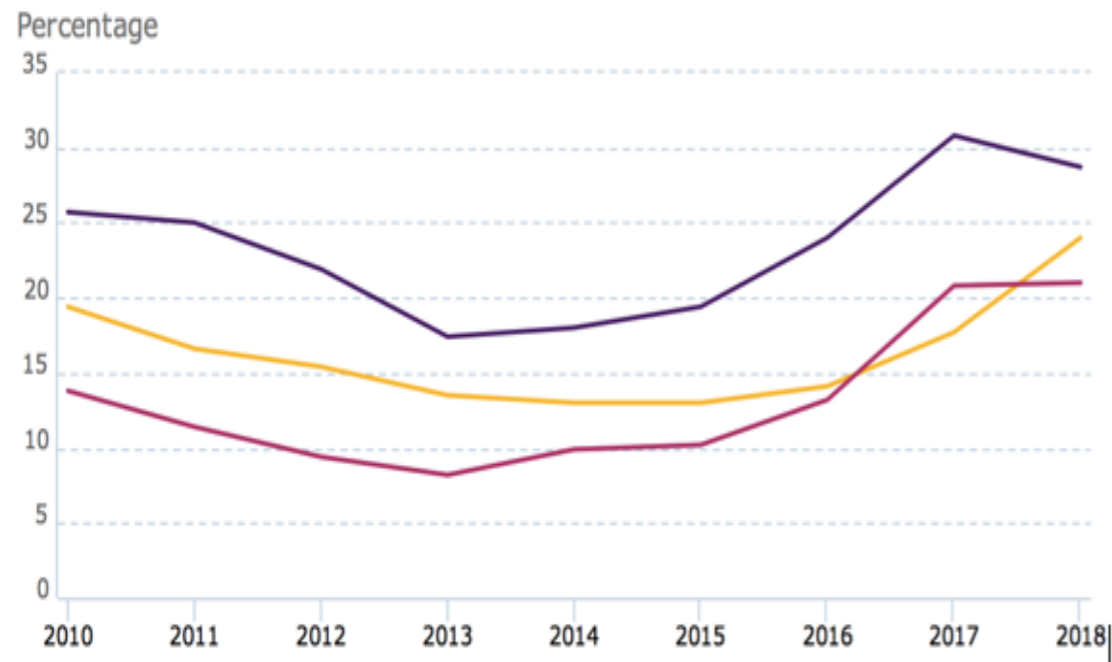


# Les 3: Goede toegang door eigen risico



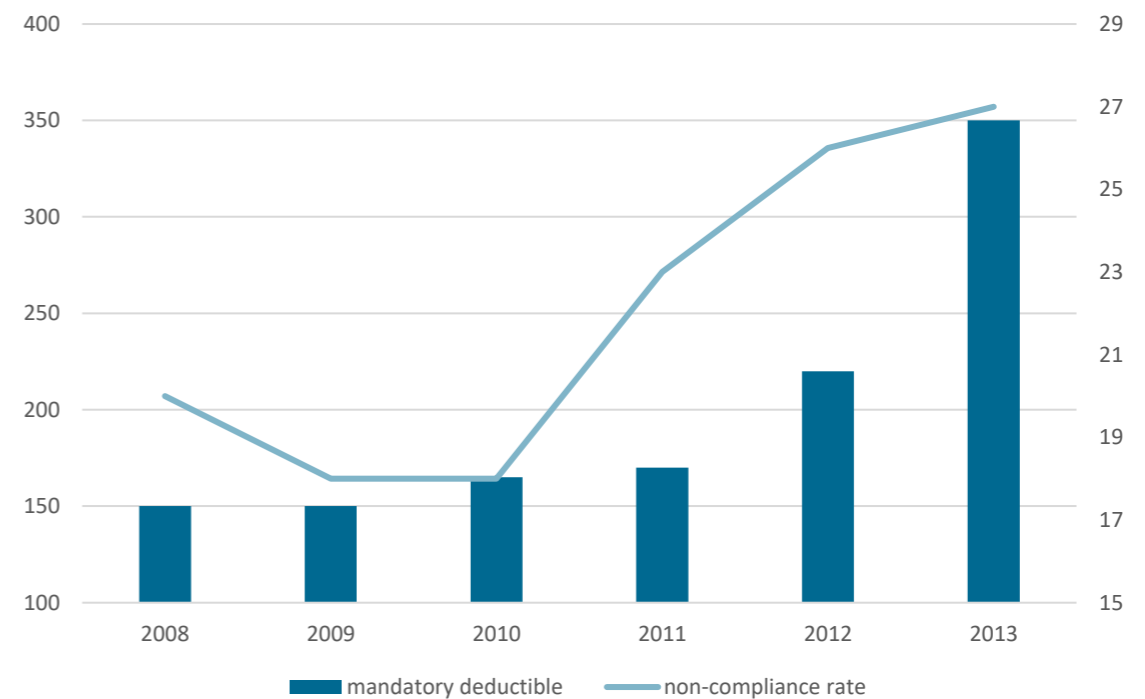
# Les 3: Goede toegang, maar ...

Afdelingen boven Treeknorm



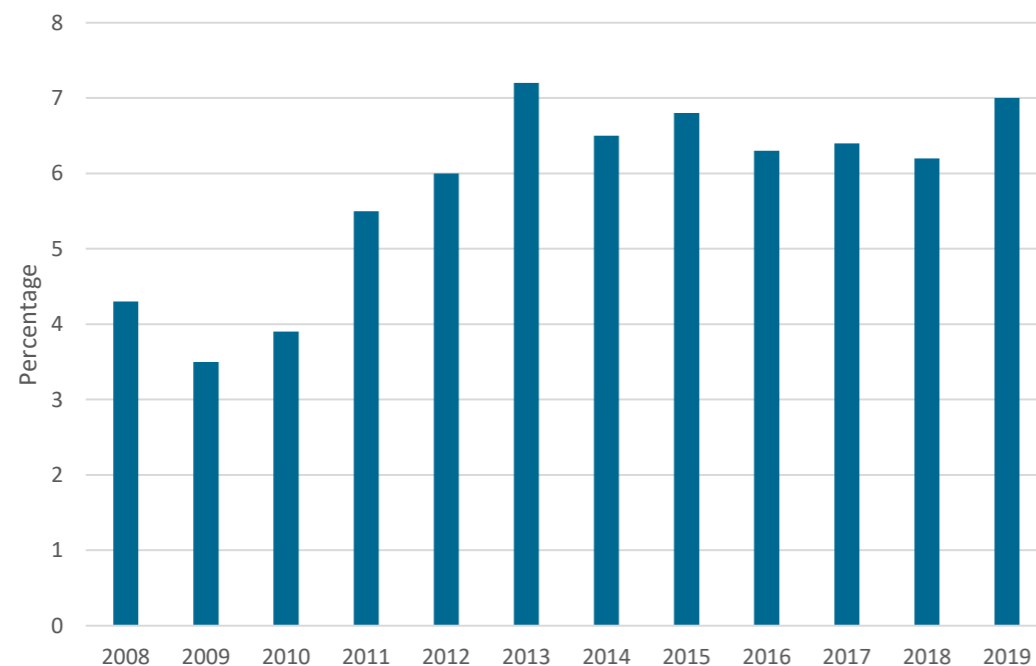
Aantal afdelingen boven treeknorm: diagnostiek (rood), polikliniek (paars) en behandeling (geel)

Correlatie eigen risico & non compliance verwijzingen huisartsen



# Les 4: Betaalbare premies

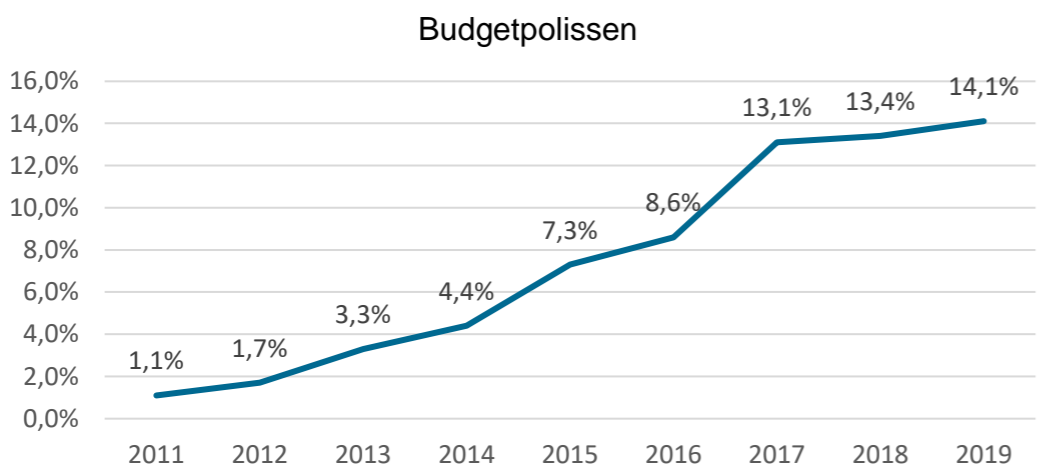
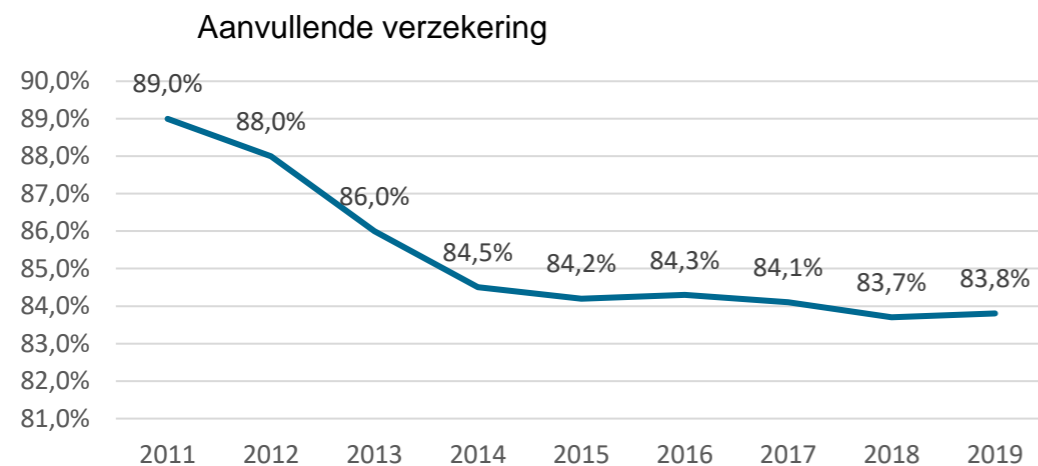
Percentage switchers



Gemiddelde gewogen premies

Soort Polis	2016	2017	2018	2019	2020
Polis met beperkende voorwaarden	1116	1206	1217	1291	1323
Natura zonder beperkende voorwaarden	1211	1302	1325	1397	1416
Combinatie zonder beperkende voorwaarden	1221	1271	1280	1334	1403
Restitutie	1203	1297	1331	1433	1484
Alle polissen	1201	1286	1308	1384	1414

# Les 4: Verzekerden kiezen voor korting



## Groei vrijwillig eigen risico

Bedrag	2015	2016	2017	2018	2019
€ 0	88	87.8	87.4	86.9	86.7
€ 100	1.3	1.3	1.3	1.3	1.2
€ 200	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2
€ 300	0.7	0.7	0.7	0.7	0.6
€ 400	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
€ 500	8.5	8.9	9.3	9.8	10

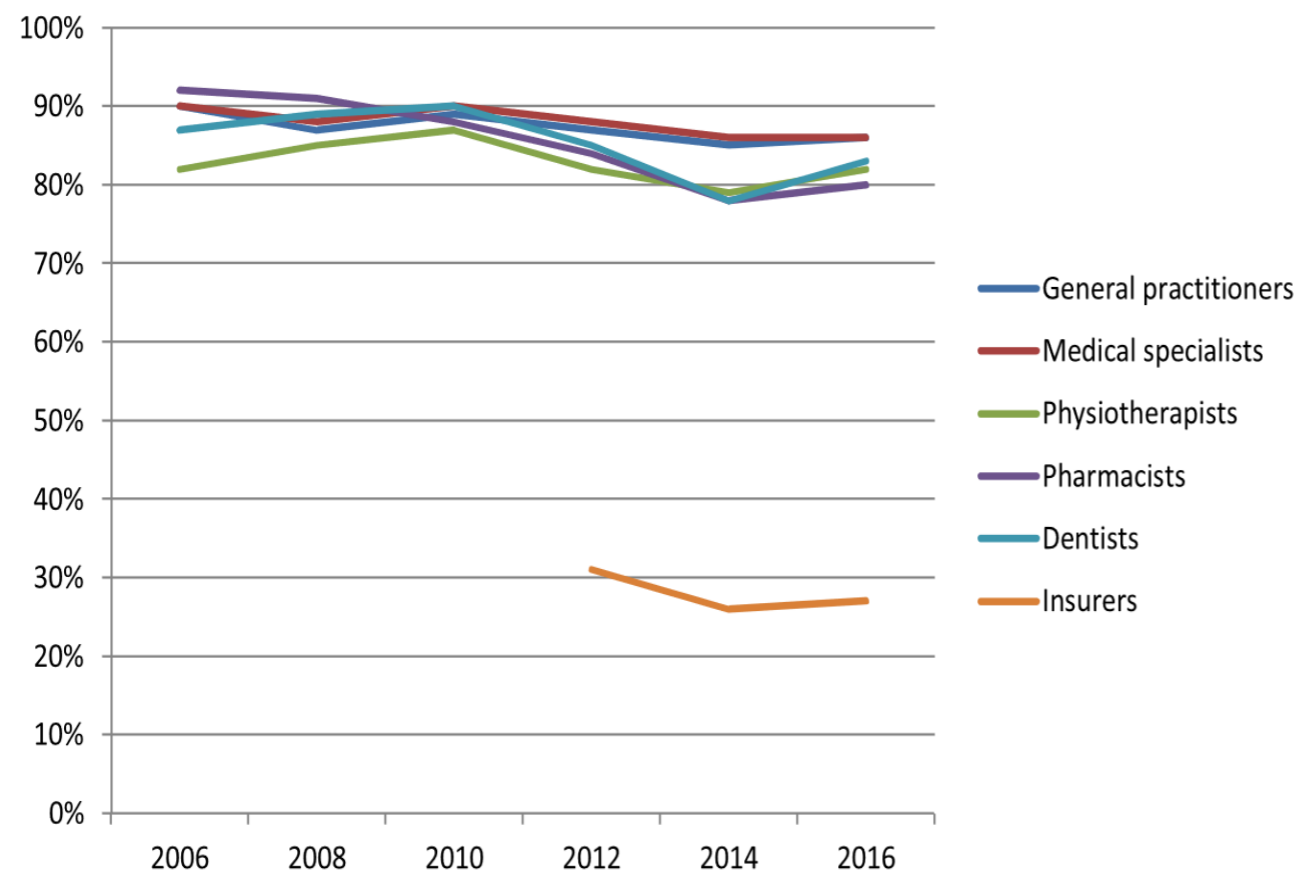
Bron: NZa Zorgverzekering monitor 2015-2020

# Les 5: Perfecte risicoverevening illusie

- Kiezende jonge gezonde hoogopgeleiden hebben meeste voordeel
- Nog behoorlijke aantallen met voorspelbaar 'verlies': chronisch zieken, ouderen etc.

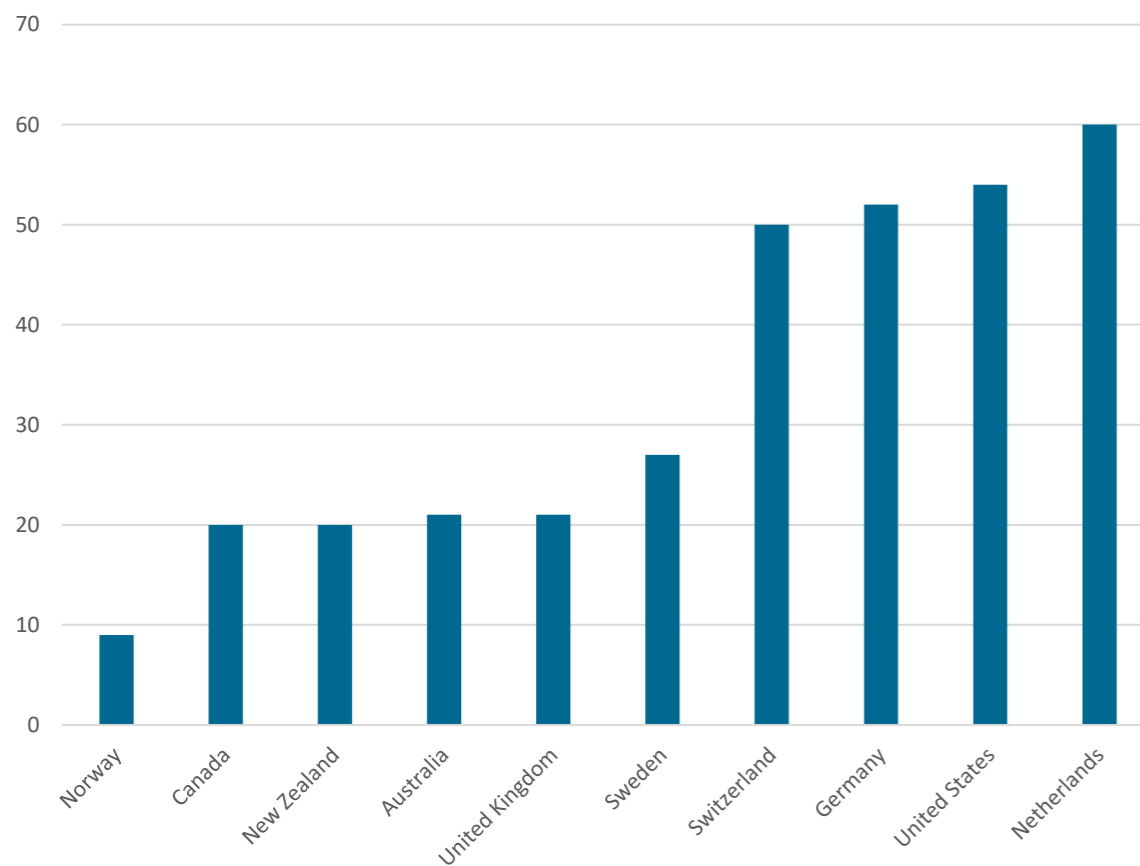
# Les 6: Beperkt institutioneel vertrouwen verzekeraars

% mensen met veel vertrouwen

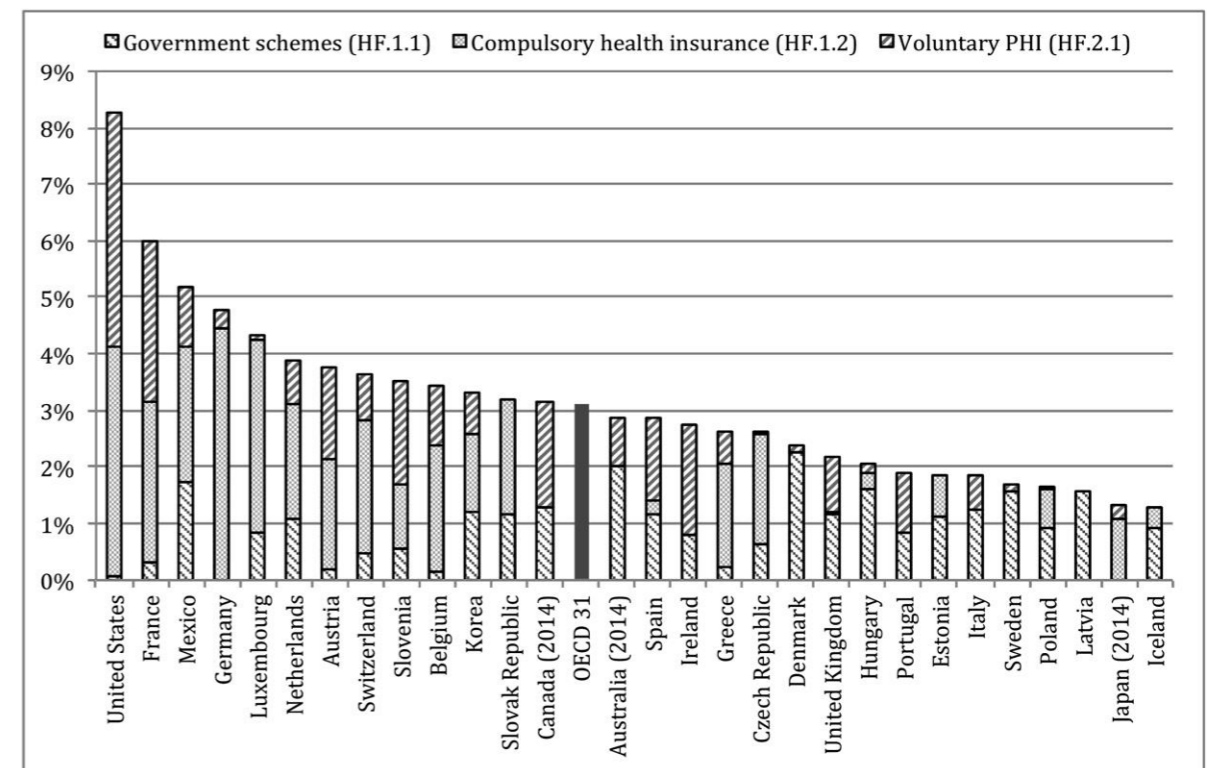


# Les 7: Hoge regeldruk

Huisartsen (2015) Teveel tijd bezig met administratieve lasten



Administratieve lasten zorgstelsels (OECD)

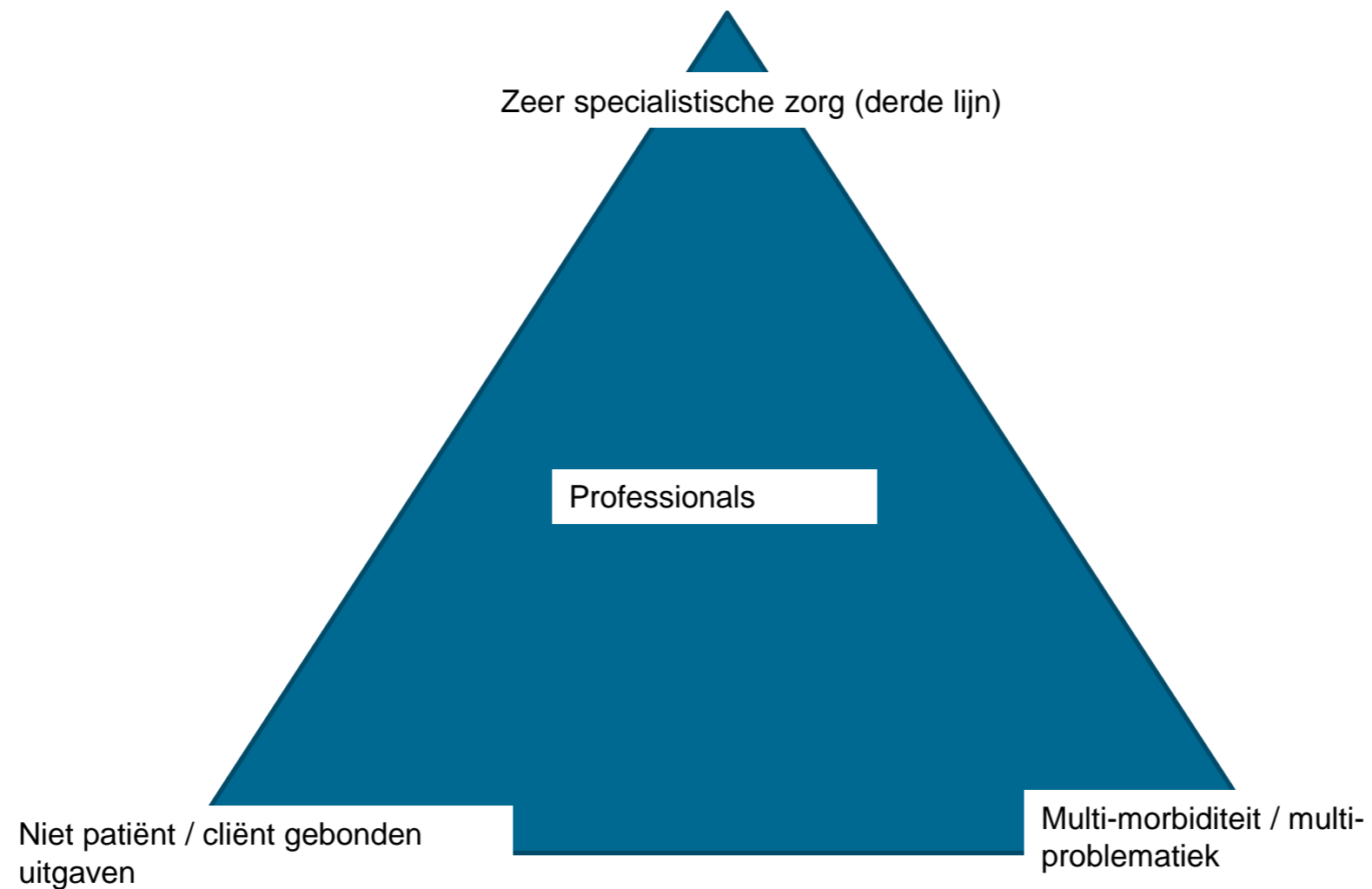


# Les 7: Hoge regeldruk

	Core	Total	% GDP
US	15.51%	25.32%	1.43
Netherlands	10.85%	19.79%	0.77
Canada	7.40%	12.42%	0.41
France	8.77%	n/a	n/a
Germany	9.00%	n/a	n/a
England	n/a	15.45%	n/a
Scotland	n/a	11.59%	0.51
Wales	n/a	14.27%	0.66



# Uitdagingen



## Some conclusions

- Regulated competition and fiscal sustainability may align (2012 -2020)
- Bending the curve due to lower volumes: sustainable?
- Active purchasing on quality of care? Low-value services?

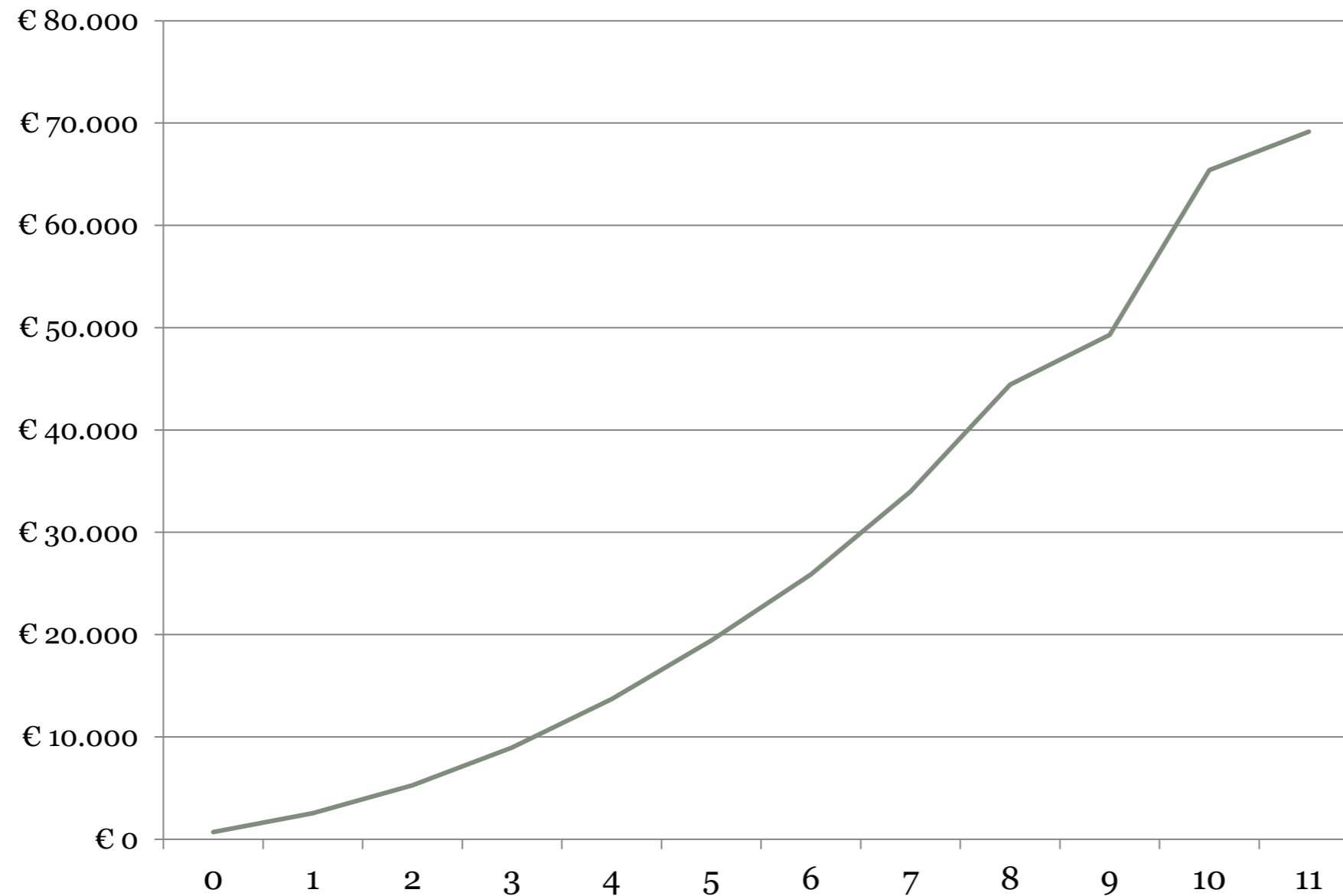
# 3. Uitdaging: multi-morbiditeit

## Example

- Mrs X is living independent, follows a MBA, is spastic and has bad hearing
  - GP, KNO (1x per 5 weeks), KNO (university clinic), audiologist (2x), psychologist (3x), rehab doctor (4x), rehab doctor (university clinic), lung specialist, orthopaedic, gynaecologist, dentist, dermatologist, orthodontist
  - Ergotherapist, fysiotherapist, logopedic, manual therapist, (medical) pedicure, swimming coach, haptonomist, writing interpreter (2x), dietarian.
  - Hearing aids, special shoes, corset, electric bed, remote control facilities, alarming system, anti-decubitus matrass, wheelchair, transportation services, valys, parking permit disabled, public transportation card for care worker, interpreter, redevelopment residential property (10x)
  - Indication office, Care office, Social insurance bank, Co-payment agency, Insurance company, Income benefit agency, municipality, Welzorg, AVG, Valys, Schoonenberg, Tolcontact.nl, Fenestra, Care2all.
-

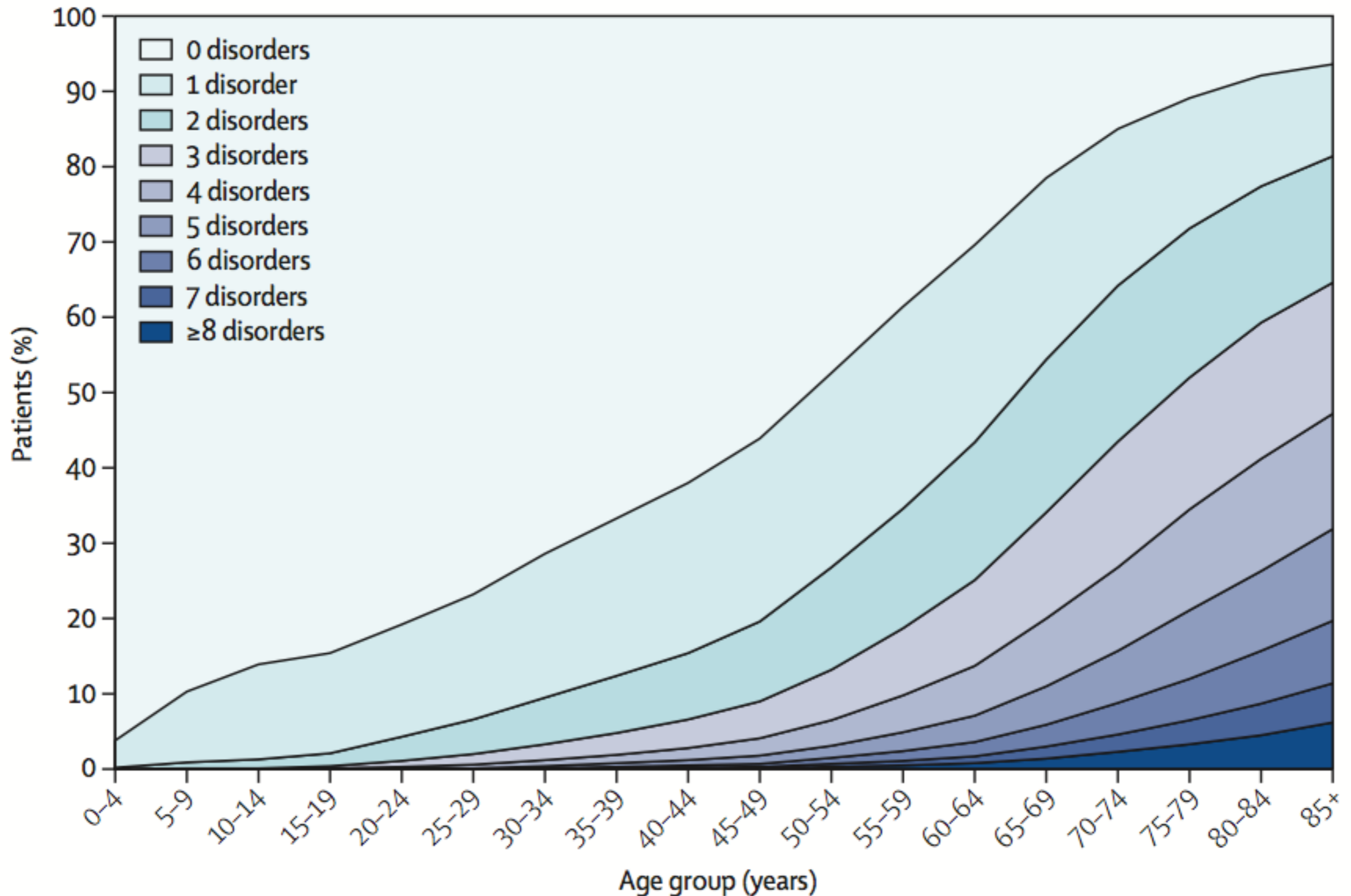
# Efficiencies of scale and scope?

Average per capita costs per enrollee versus # co-morbidities



\* Respectievelijk 14 en 1 vzd met #comorb =12 of 13 geexclueerd.

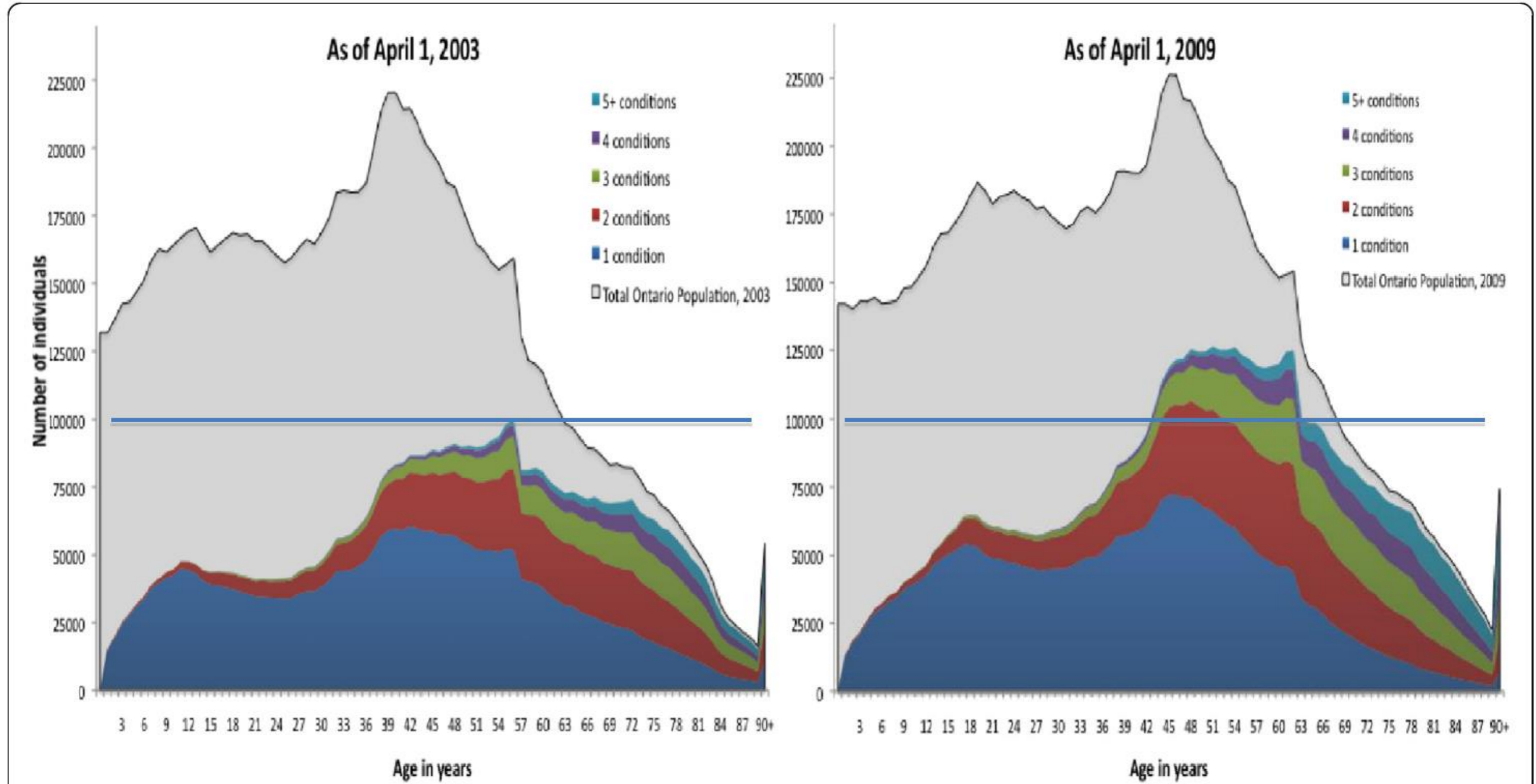
# Number of chronic disorders by age group Masterclass NieuweZorg



Source: Barnett et al. 2012. Lancet 370: 37-43.

... but the actual number of people with multi-morbidity is higher at

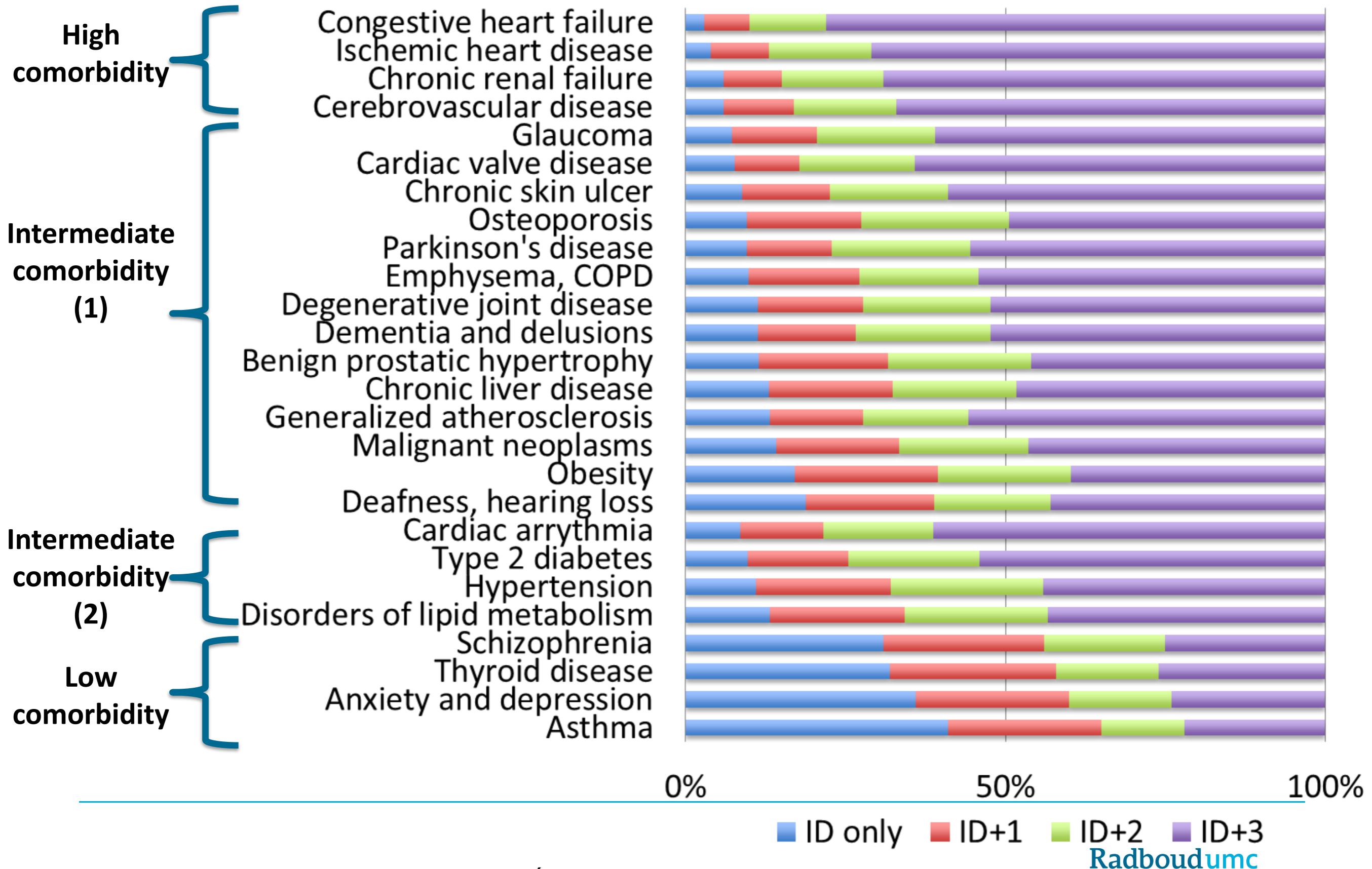
younger ages



**Figure 1** Distribution of the number of individuals with multimorbidity in Ontario across ages, by number of common chronic conditions and year.



## number of comorbidities

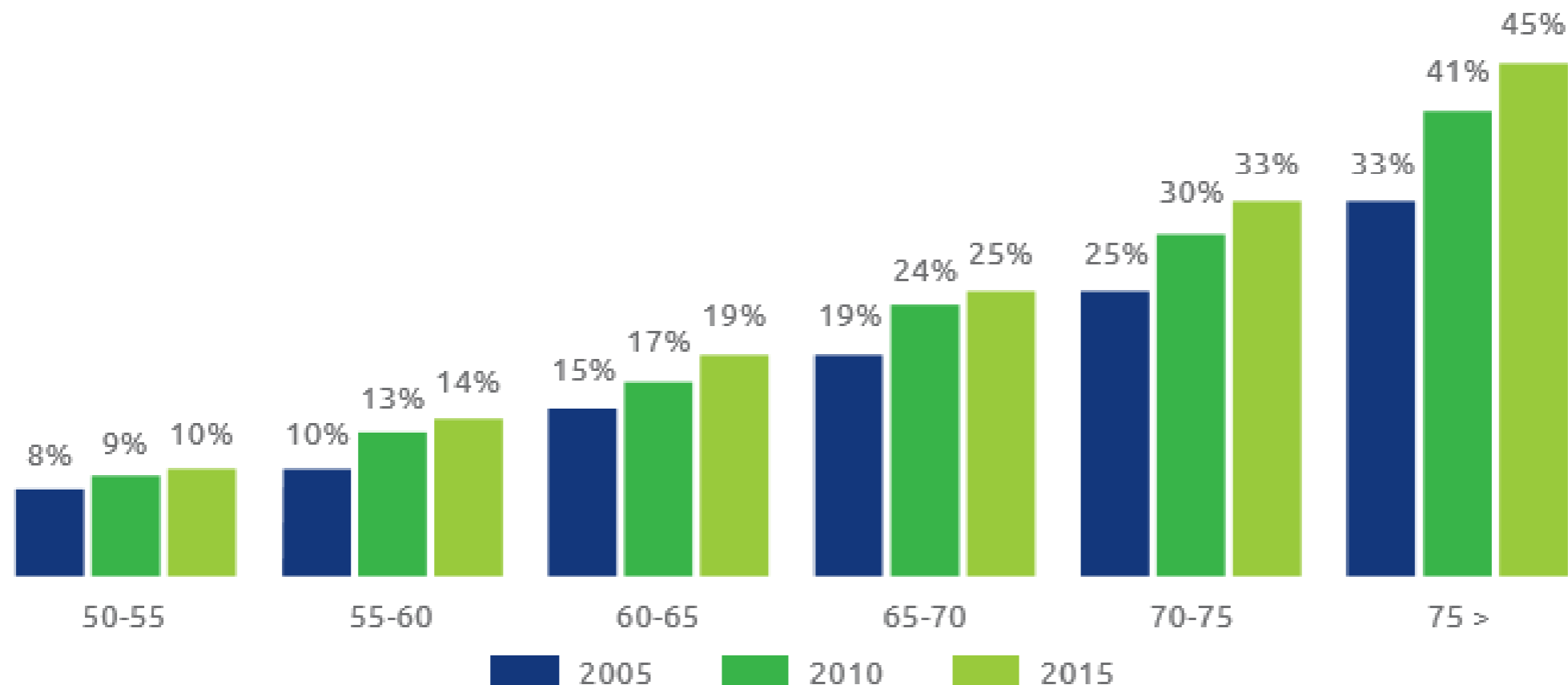




# Steeds meer polyfarmacie in apotheek

## Aandeel polyfarmaciepatiënten | leeftijd | jaar (2015) (%)

% polyfarmaciepatiënten van totaal aantal patiënten in 2005; 2010; 2015, per leeftijdsgroep



## Crude and multivariable-adjusted\* 30-day and 1-year mortality by number of previously diagnosed cardiovascular comorbidities in patients with AMI

Comorbidities (n)	30-day mortality		1-year mortality	
	Dead (n, %)	Hazard ratio (95% CI)	Dead (n, %)	Hazard ratio (95% CI)
0	198 (9.01)	1.00	330 (15.02)	1.00
1	439 (13.03)	1.19 (0.93–1.35)	760 (22.56)	1.16 (1.01–1.34)
2	422 (17.76)	1.49 (1.23–1.80)	816 (34.34)	1.62 (1.41–1.87)
3	252 (21.32)	1.64 (1.32–2.03)	532 (45.01)	1.94 (1.66–2.26)
4+	97 (22.30)	1.68 (1.28–2.21)	233 (53.56)	2.31 (1.91–2.78)

Comorbidities examined included atrial fibrillation, diabetes, heart failure, hypertension, and stroke.

\*Cox proportional hazards regression model adjusted for age, sex, race, marital status, study year, MI type and acute hospital complications.

# Kernboodschappen

- Zonder betaalbaarheid komen toegankelijkheid, kwaliteit en keuzevrijheid in het gedrang. Een budgettaire norm is nodig voor richting
- Impliciete rantsoenering volume staat nu centraal. Dit werkt goed zolang de context stabiel is
- Maar zorg zal sterk van karakter veranderen; daarom doorschakelen naar meer expliciete strategieën voor het maken van keuzes
- Huidige besturingsmodellen in beginsel geschikt, maar dan moet de potentie ten volle wordt benut.
- ‘Verspilling’ expliciet aanpakken. Innovatie moet dan hand in hand gaan met ‘exnovatie’, het uitfaseren van minder zinnige zorg
- Groot arsenaal specifieke strategieën. Werken het best als ze elkaar onderling versterken. Ook daarvoor zijn expliciete keuzes nodig
- Arbeidsproductiviteit moet omhoog: taakherschikking, digitalisering en meer e-health. De prijs van zorg kan dan dalen

# 4. Politieke context en Regeerakkoord

# Agenda

**SBR 16<sup>e</sup> rapport Koers bepalen. Kiezen in tijden van budgettaire krapte**

**CPB Middellange termijnverkenning zorgkosten**

**CPB-VWS-FIN: Zorgkeuzes in Kaart**

**Verkiezingsprogramma's**

**Verkiezingen en Nieuw regeerakkoord**

**Ziekenhuizen & Oncologie**

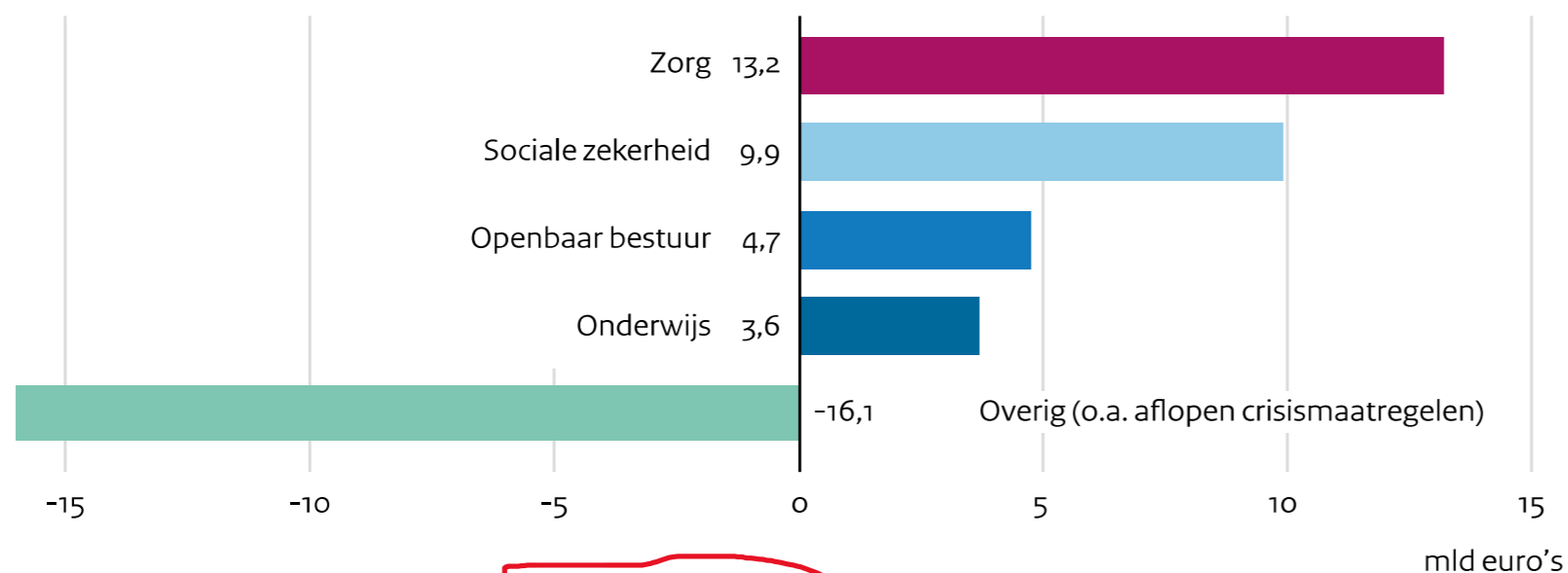
## Financiële voorspellingen CPB

	Demografie	Inkomen	Reële lonen en prijzen	Overige groei	Beleid	Reëel	Nominaal
Zvw	1,1	0,7	0,6	1,1	0,0	3,5	5,0
Wlz	1,7	0,7	0,7	0,5	-0,5	3,1	4,7
Wmo/jeugdzorg (BKZ)	0,7	0,7	0,8	0,8	0,3	3,3	4,9
Totaal (Zvw, Wlz, Wmo, jeugdzorg)	1,2	0,7	0,7	0,9	-0,1	3,4	4,9

	Demo	Inkomem	Reele lonen en prijzen	Overig e groei	Beleid	Reeel	Nom inaal
Zvw	1,1	0,7	0.5	0.1	-0.1	2.3	3.8
Wlz	1,7	0,6	0.5	0.6	0.2	3.6	5.1
Wmo/jeugd	0,8	0,7	0.6	0.4	0.0	2.5	4.1
Totaal	1,2	0,7	0.5	0.3	0.0	2.7	4.2

**Box 2: Uitleg bij communicatie over uitgaven aan zorg**

Als het kabinet het zorgbeleid ongewijzigd laat dan investeert het kabinet de komende kabinetsperiode ruim 13 miljard euro extra in de zorg (zie figuur 3). Het kabinet brengt tijdens de formatie wijzigingen aan op deze uitgavenontwikkeling (het basispad). De uitgaven stijgen voor een belangrijk deel door vergrijzing, maar de uitgaven stijgen ook doordat de kwaliteit van de zorg toeneemt. Dit komt doordat in de zorgwetten is vastgelegd dat zorg naar stand van de wetenschap en praktijk onderdeel uitmaakt van het basispakket. De uitgaven die hiermee samenhangen bedragen ongeveer 3 miljard euro per jaar. Als het kabinet zou besluiten om niet die volledige 3 miljard euro te investeren in de kwaliteit van zorg, maar een deel daarvan in bijvoorbeeld het onderwijs zou steken, dan heeft het kabinet ten opzichte van de status quo bezuinigd op de zorg en geïntensiveerd in het onderwijs. Echter, in werkelijkheid hebben het onderwijs en de zorg dan beiden extra geld gekregen voor kwaliteitsverbetering. Dit illustreert dat de manier van communiceren door het kabinet uitmaakt voor de beeldvorming. Minder investeren in de zorg vraagt wel om maatregelen of – in enige vorm – om een wijziging van het zorgstelsel, omdat in de wet de mogelijkheden voor de zorgsector om zelf de kwaliteit vast te stellen dan ingeperkt moeten worden.

**Figuur 3: Uitgavenontwikkeling 2021-2025**

Bron: Centraal Planbureau, Actualisatie Middellangetermijnverkenning.

# Zorgkeuzes in kaart

	Structureel (t+4)
Nieuwe HLA	-460
Verbod vrije vestiging medisch specialisten	-340
Concentreren hoog complexe zorg UMC's	-300
Fonds onderzoek dure medicijnen in praktijk	PM
afschaffen financiële arrangementen	500
Transparantie prijzen	300
Centrale inkoop dure geneesmiddelen	-110
Registers geneesmiddelen	110



# Verkiezingsprogramma's 2020

- Groen Links: Ziekenhuis in buurt, financiering beschikbaarheid & regiobudgetten; concentratie hoog specialistische zorg, gezamenlijke inkoop geneesmiddelen in Europa, hogere lonen en minder werkdruk.
- SP: ziekenhuizen financieren naar zorgbehoefte, centrale inkoop geneesmiddelen, hogere salarissen, loondienst
- D66: selectie op gepast gebruik, minder financieren op productie transparantie geneesmiddelenprijzen, loondienst specialisten
- PvdA: hoger salaris, loondienst, centralisering hoog gespecialiseerde zorg, gepaste zorg
- CDA: minder productieprikkels, loondienst, hogere lonen verpleegkundigen, nieuwe zorgkaart, zinnige zorg
- VVD: minder productieprikkels, concentratie complexe zorg, prijswaakhond geneesmiddelprijzen

# Medisch-specialistische zorg is doelmatiser geworden



**Rivas**  
*Uw zorg goed geregeld*



bernhoven



Centraal Planbureau

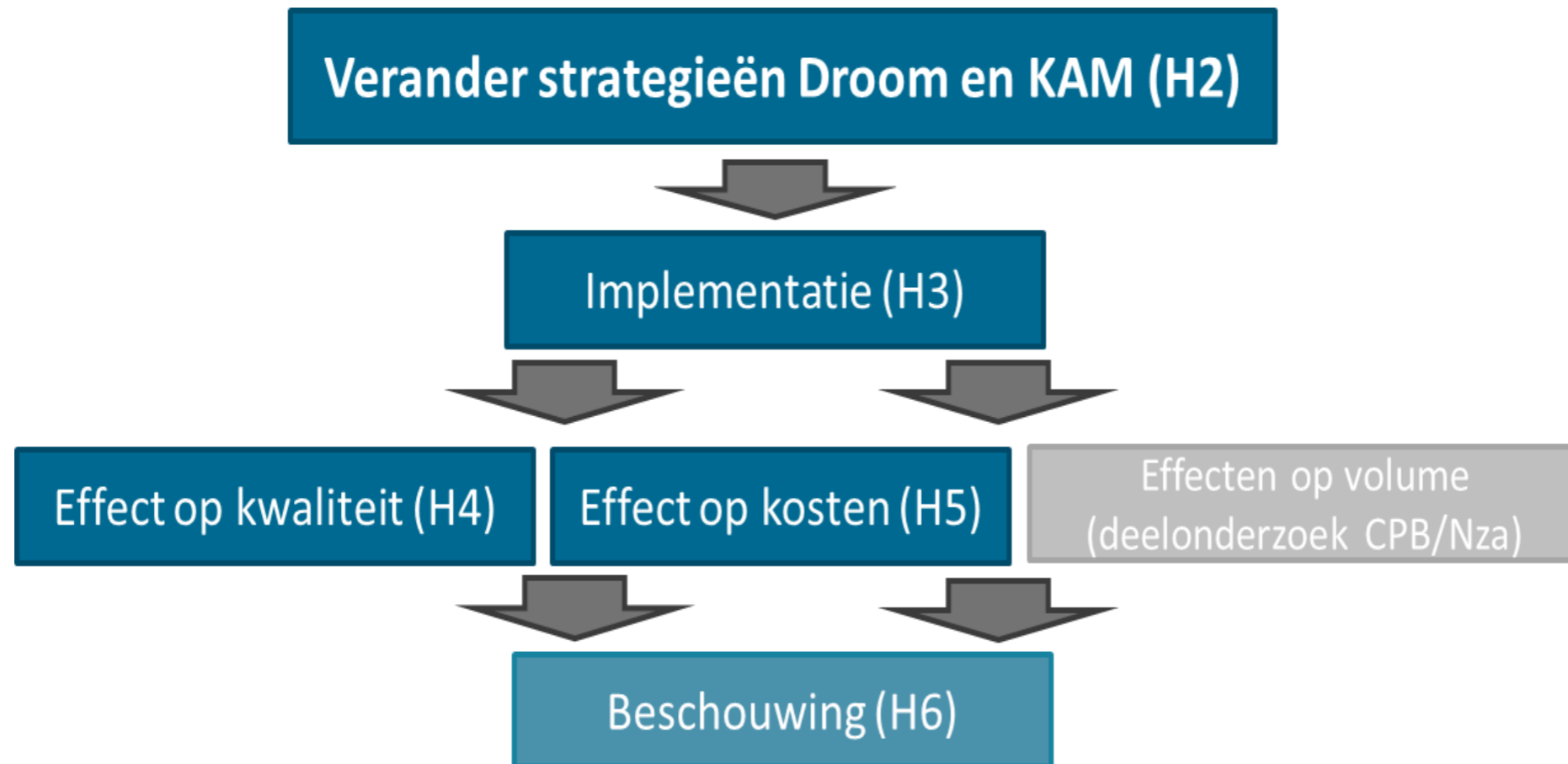


Nederlandse  
Zorgautoriteit

**Radboudumc**

# Doel evaluatie

Hebben 'Droom' en 'Kwaliteit als Medicijn' de doelmatigheid van ziekenhuis Bernhoven en Rivas Zorggroep structureel op een hoger plan gebracht?



# Deelvragen & structuur evaluatie

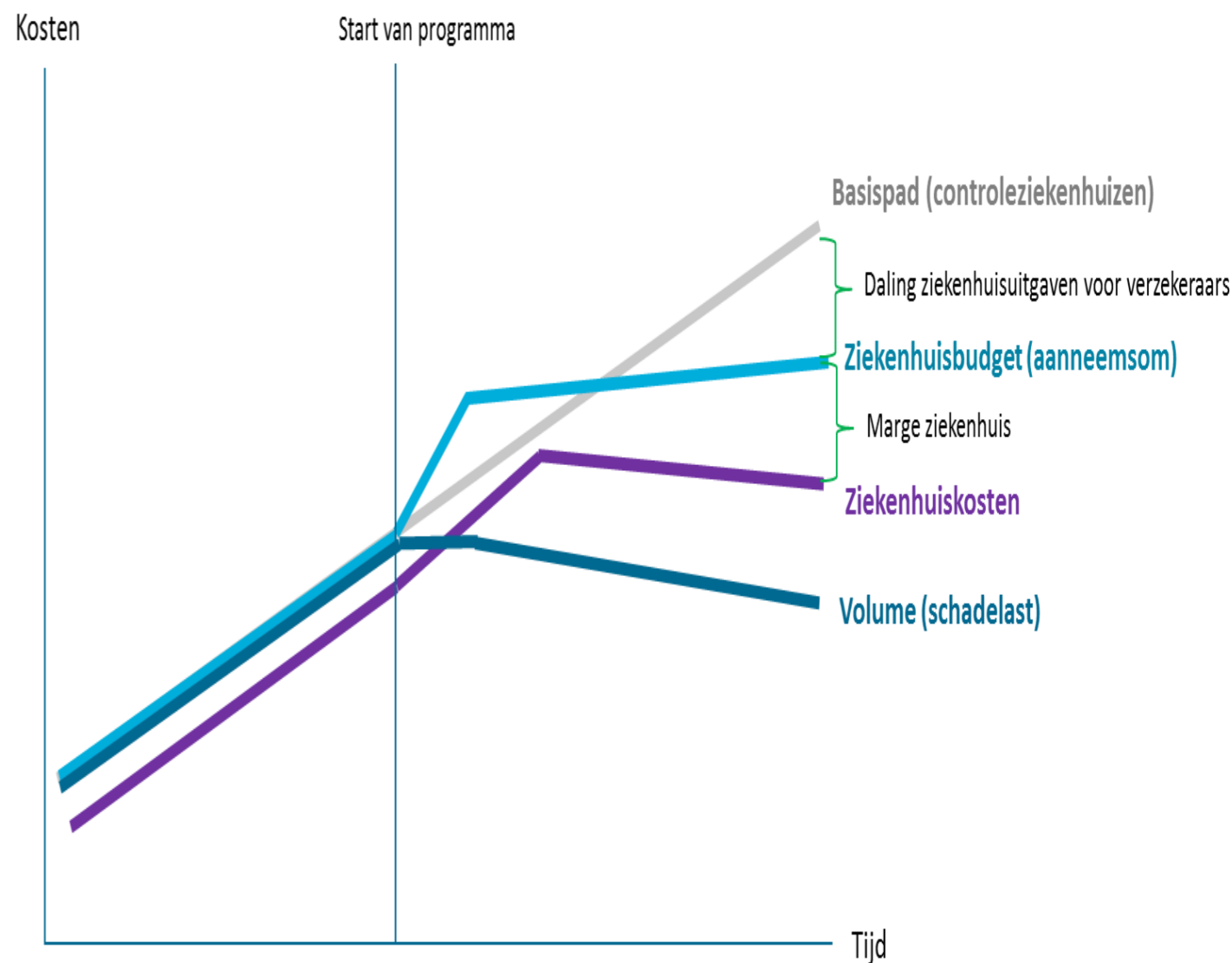
- Hoe zijn Droom en KAM vormgegeven? Wat is hun voorgeschiedenis?
- Wat leren vergelijkbare pogingen van ziekenhuizen uit de internationale wetenschappelijke literatuur om de kwaliteit te verhogen en de kosten te verlagen ons?
- Hoe ervaart men de hoofddoelstellingen van beide programma's en implementatie daarvan en wat zijn de werkingsmechanismen?
- Wat is de invloed van Droom en KAM op de kwaliteitsindicatoren in de beide organisaties? Hoe percipiëren patiënten dat? Hoe scoort een aantal individuele initiatieven?
- Zijn Droom en KAM er in geslaagd om de kosten van zorg te verlagen? Hoe was dit mogelijk (werkingsmechanisme) en wat zijn de consequenties op de eigen financiële resultaten?

# Methoden

- Kwantitatieve trendanalyses met controlegroep op 1.) Vektis declaraties (CPB / Nza); 2.) Jaarrekeningen (IQ) en 3.) Kwaliteitsindicatoren (IQ)
- Empirisch onderzoek: Shared-decision making en substitutie (IQ)
- 63 interviews (kwalitatief onderzoek)
- Documentenanalyse
- Onderzoek internationale literatuur
  
- Externe klankbordgroep

# Financiële model

Strategie Droom en KAM



# Hoofdpijnen programma KAM (Rivas)

Onderdeel	Beschrijving programma KAM
<b>Bottom-up kwaliteitsinitiatieven</b>	Groot aantal initiatieven (50+) opgezet om kwaliteit te verbeteren en volume te beperken (zie bijlage 3), met begeleiding door het projectteam KAM, ondersteund door externe consultants
<b>Versterken samenwerking eerste lijn</b>	Intensieve samenwerking huisartsenvereniging 'HenZ'
<b>Herziene financieringsstructuur</b>	Het Beatrix ziekenhuis heeft meerjaren-aanneemsommen met de zorgverzekeraars afgesproken. Bij deze afspraak gaat een daling in productie niet ten koste van een daling in inkomsten
<b>Wegnemen productieprikkel</b>	Aangepast verdeelmodel binnen het medisch specialistisch bedrijf (LOGEX)

# Hoofdlijnen Droom (Bernhoven)

Onderdeel	Beschrijving programma Droom
<b>Bottom-up kwaliteitsinitiatieven</b>	Groot aantal initiatieven (50+) opgezet om kwaliteit te verbeteren en volume te beperken (zie bijlage 3), met begeleiding door het projectteam Droom, ondersteund door externe consultants tot 2018
<b>Versterken samenwerking 1ste lijn</b>	Intensieve samenwerking huisartsenvereniging 'Synchroon'
<b>Herziene financieringsstructuur</b>	Bernhoven heeft meerjaren-aanneemsommen met de zorgverzekeraars afgesproken. Bij deze afspraak gaat een daling in productie niet ten koste van een daling in inkomsten
<b>Wegnemen productieprikkel en bevorderen participatie</b>	Medisch specialisten in loondienst (2015) Participatiemodel: Bij de overgang naar loondienst is de goodwill van medisch specialisten omgezet naar een goodwillfonds, dat deels is herinvesteerd in het ziekenhuis. Bernhoven geeft obligatieleningen uit, waardoor medisch specialisten, medewerkers en betrokkenen in de regio mede-eigenaar van Bernhoven kunnen worden.
<b>Organisatorische verandering</b>	Reorganisatie in vier zorgmodellen die beter aansluiten bij patiëntpad: Acute zorg (inclusief AOA), Chronische zorg, Interventie zorgstraten en diagnose en indicatiestelling (D&I) Medisch specialisten als manager: Medisch specialisten managen de vakgroepen en zorgmodellen, ondersteund door een manager. Ook zijn twee medisch specialisten onderdeel van het ziekenhuisbestuur
<b>Cultuurverandering</b>	Cultuurprogramma: een Silk-training om relaties en dialogen binnen de organisatie te verbeteren



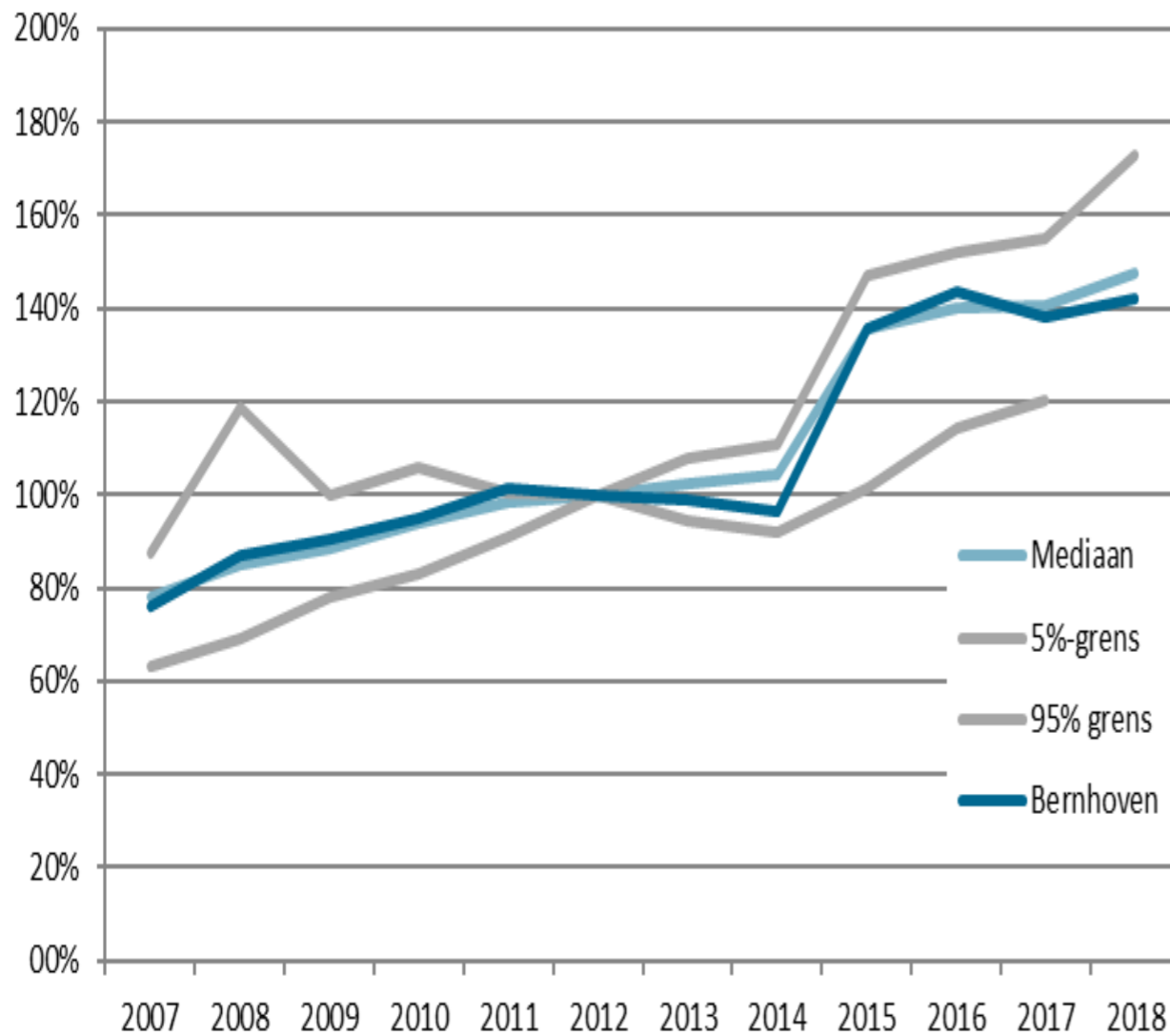
# Volume verzorgingsgebied (CPB, Nza)

	Beatrixziekenhuis	Ziekenhuis Bernhoven
Gemiddeld effecten zorggebruik <b>verzorgingsgebied</b> , t.o.v. vergelijkbare ziekenhuizen		
Waarde behandelvolume (mediane prijzen)	-4.7%	-7.4%
Aantal patiënten	+0.3%	-5.0%
Aantal dagbehandelingen	+2.0%	0.0%
Aantal klinische behandelingen	-1.5%	-8.2%
Huisarts (unieke patiënten met lange consulten)	0.0%	+3.7%
Huisarts (unieke patiënten met lange visites)	+6.2%	+10.4%
Overige Zvw-uitgaven (excl. ziekenhuisuitgaven)	+2.1%	+3.1%

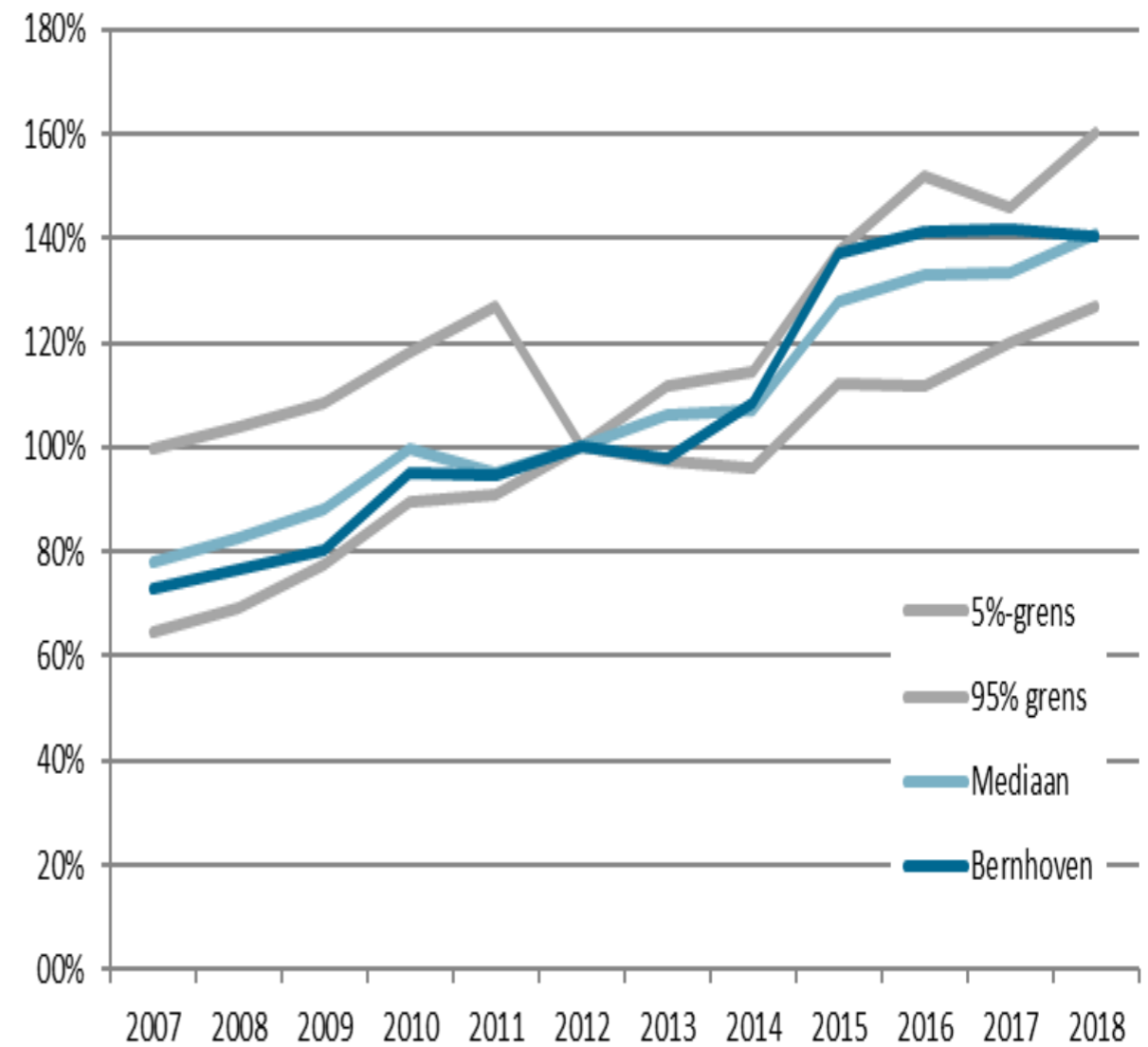
Noot: Effecten zijn berekend over alle inwoners in een verzorgingsgebied waarbij gecorrigeerd is voor leeftijd en geslacht. Merk op dat in een verzorgingsgebied ongeveer 20-25% van de patiënten een ander ziekenhuis dan Bernhoven en Beatrixziekenhuis bezoeken. Dit verklaart mede waarom de effecten op verzorgingsgebied kleiner zijn dan op ziekenhuisniveau.

# Besparingen Bernhoven (jaarrekening)

Uitgaven aan personeel (Bernhoven), 2012=100%

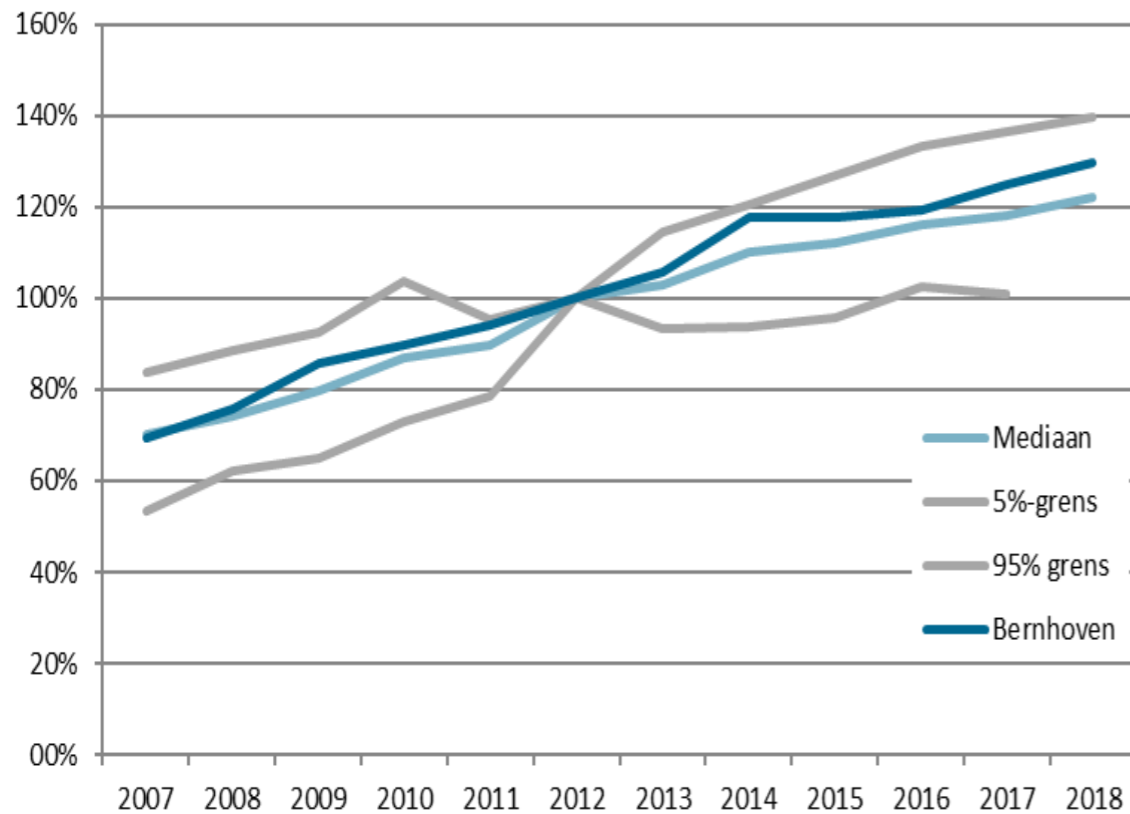


Ontwikkeling ziekenhuisbudget (Zvw) Bernhoven, 2012=100%

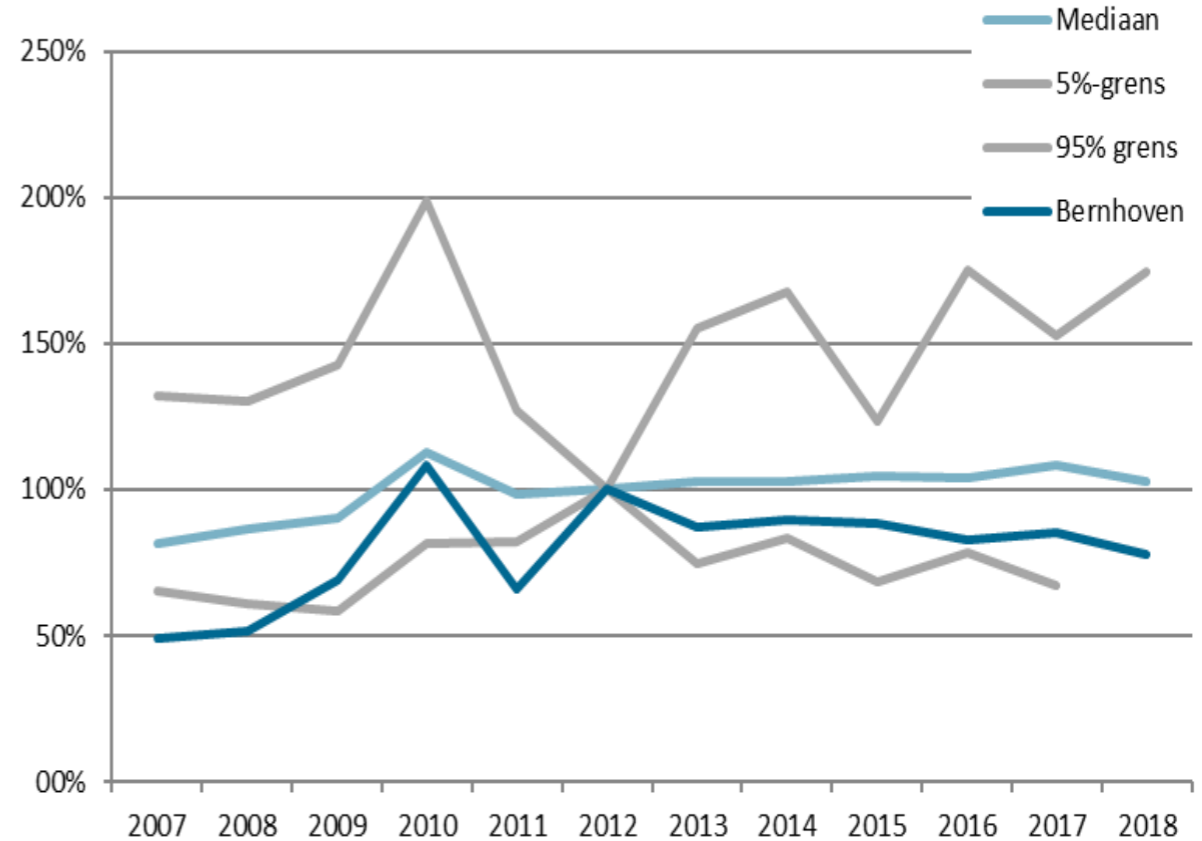


# Patiëntgebonden & gebouwgebonden kosten Bernhoven

Uitgaven aan patiënten (Bernhoven), 2012=100%

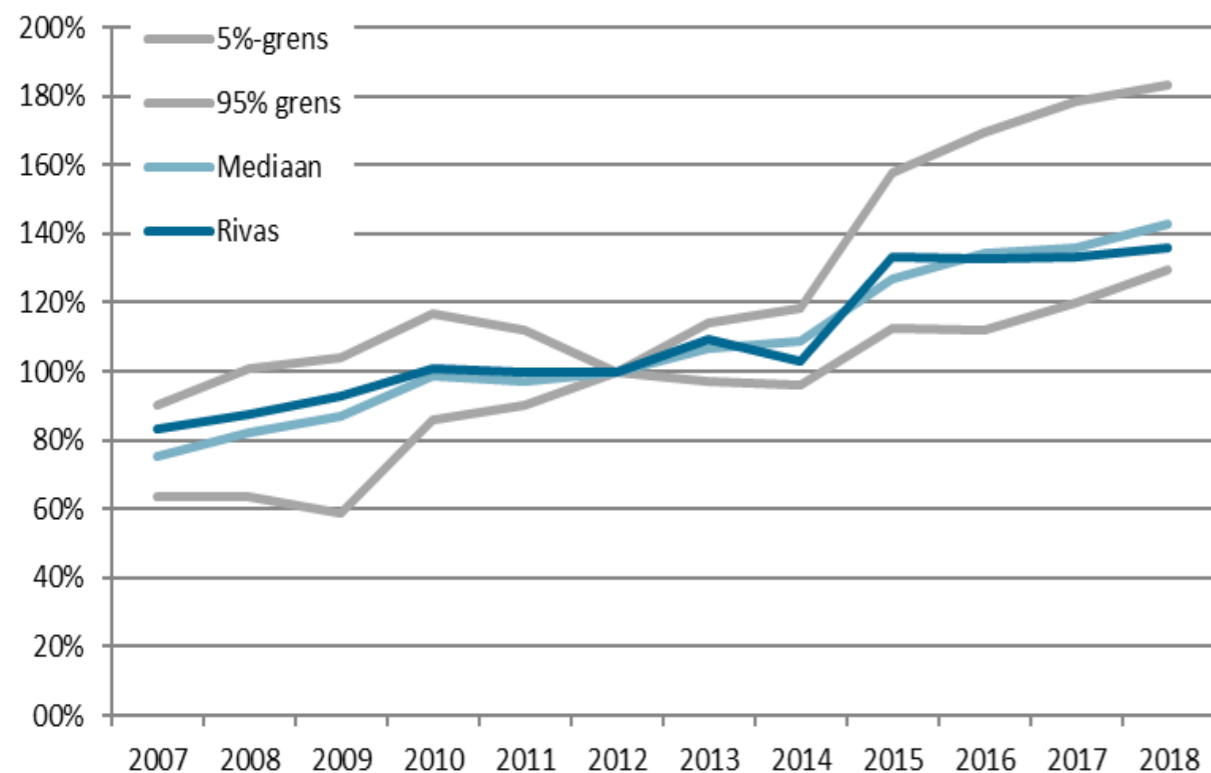


Uitgaven aan gebouwen (Bernhoven), 2012=100%

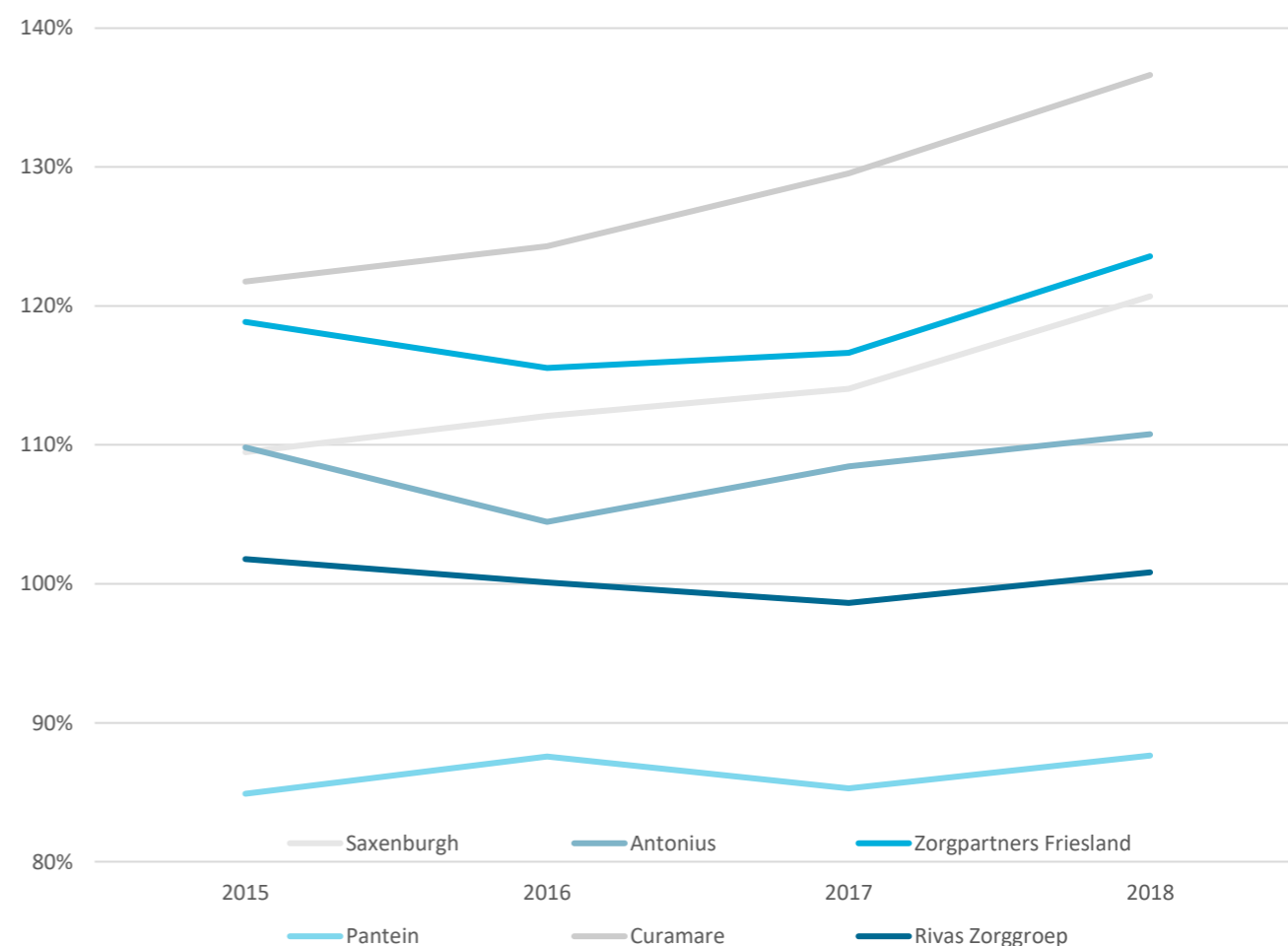


# Besparingen Rivas

Ontwikkeling ziekenhuisbudget Beatrixziekenhuis Rivas (zvw), 2012=100%

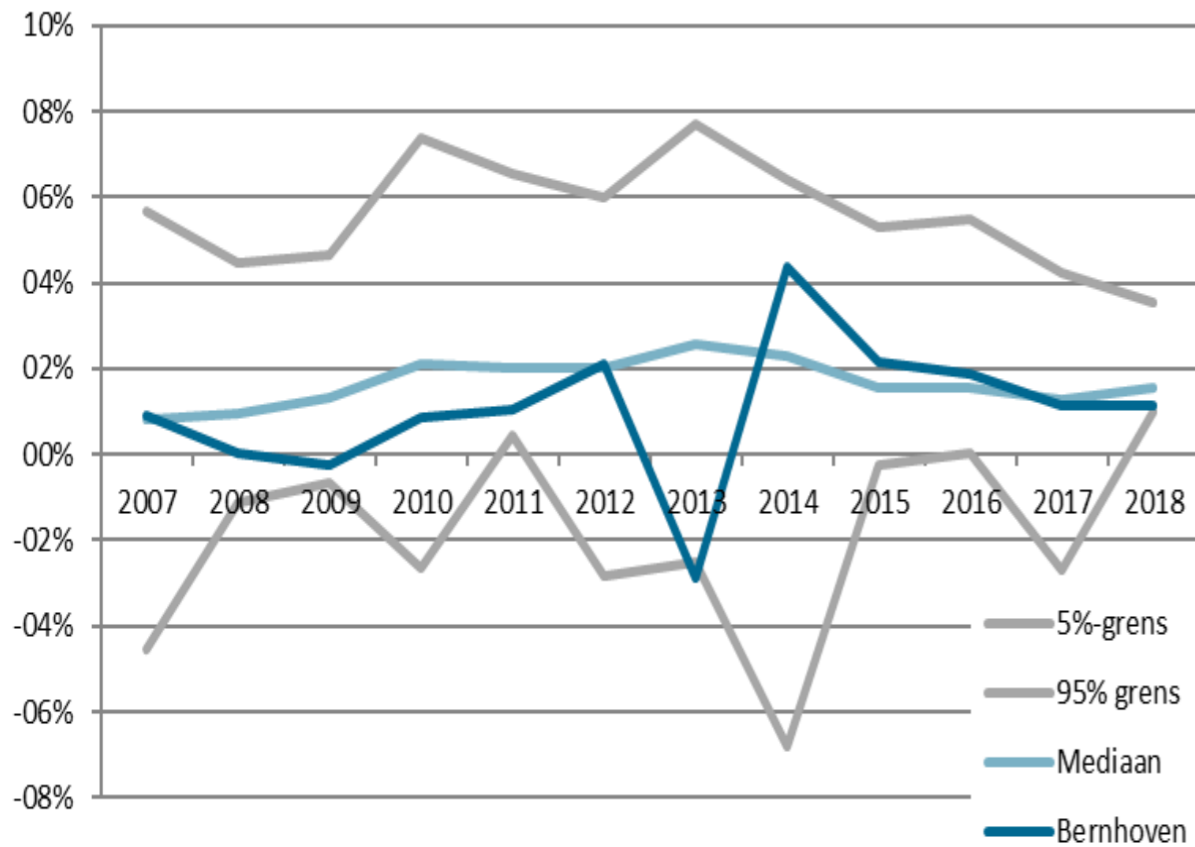


Groei omzet ziekenhuizen met groot aandeel ouderenzorg, 2013=100

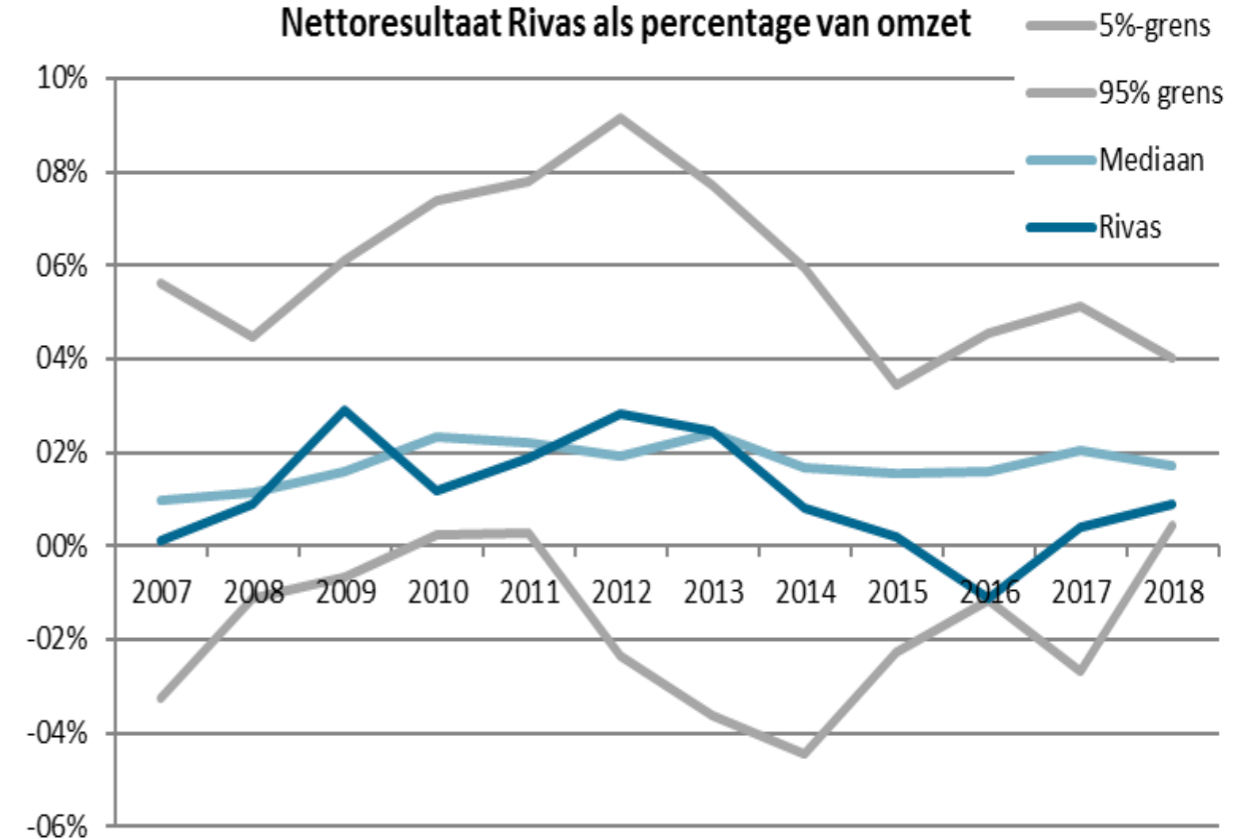


# Financiële netto resultaat stagneert

Nettoresultaat Bernhoven als percentage van omzet

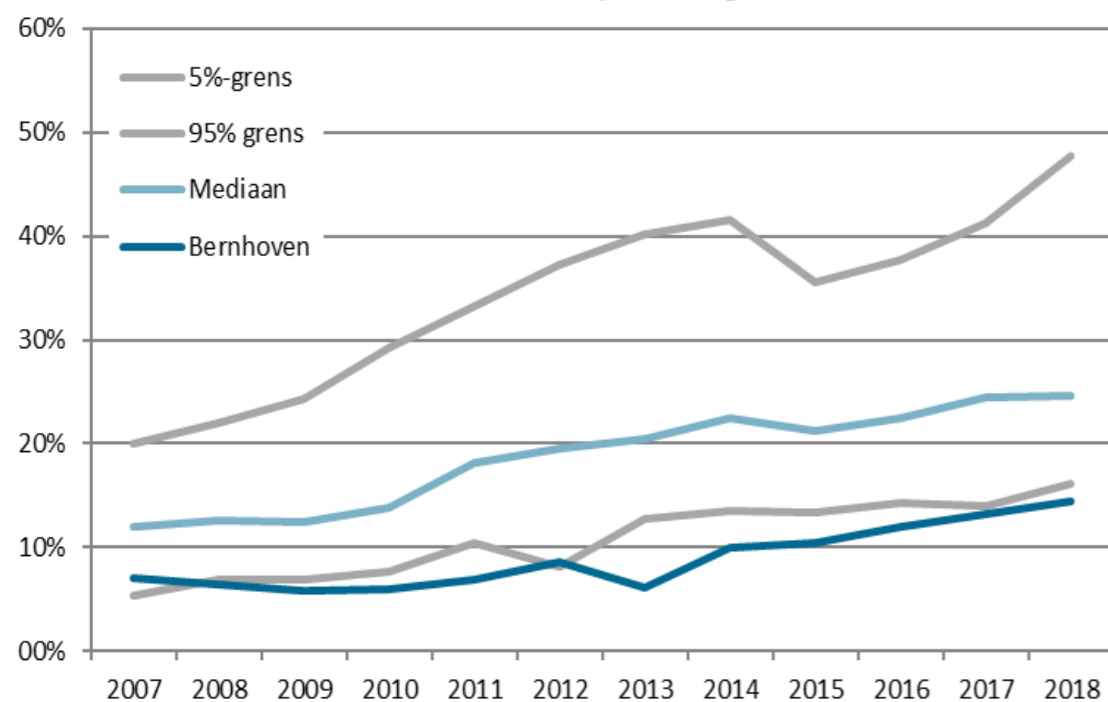


Nettoresultaat Rivas als percentage van omzet

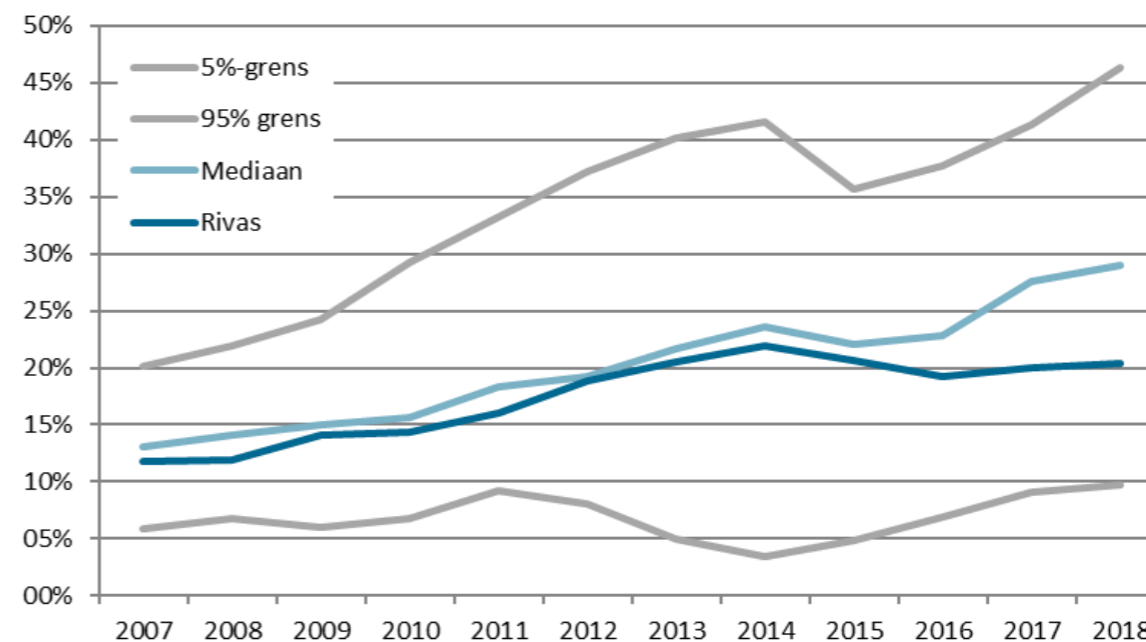


# Solvabiliteit

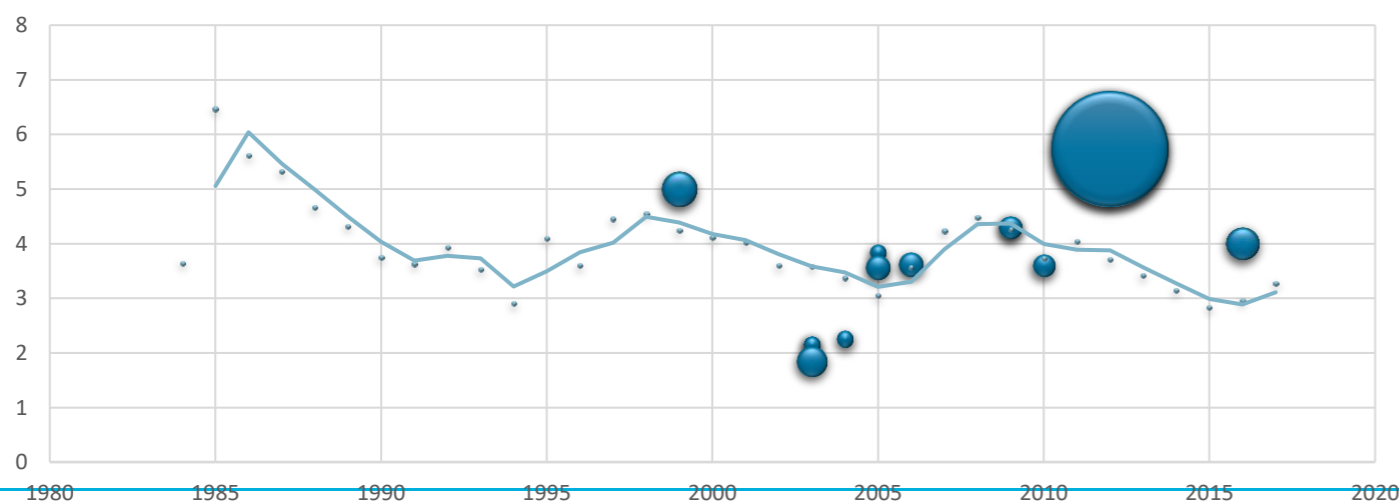
Solvabiliteit Bernhoven als percentage van omzet



Solvabiliteit Rivas als percentage van omzet

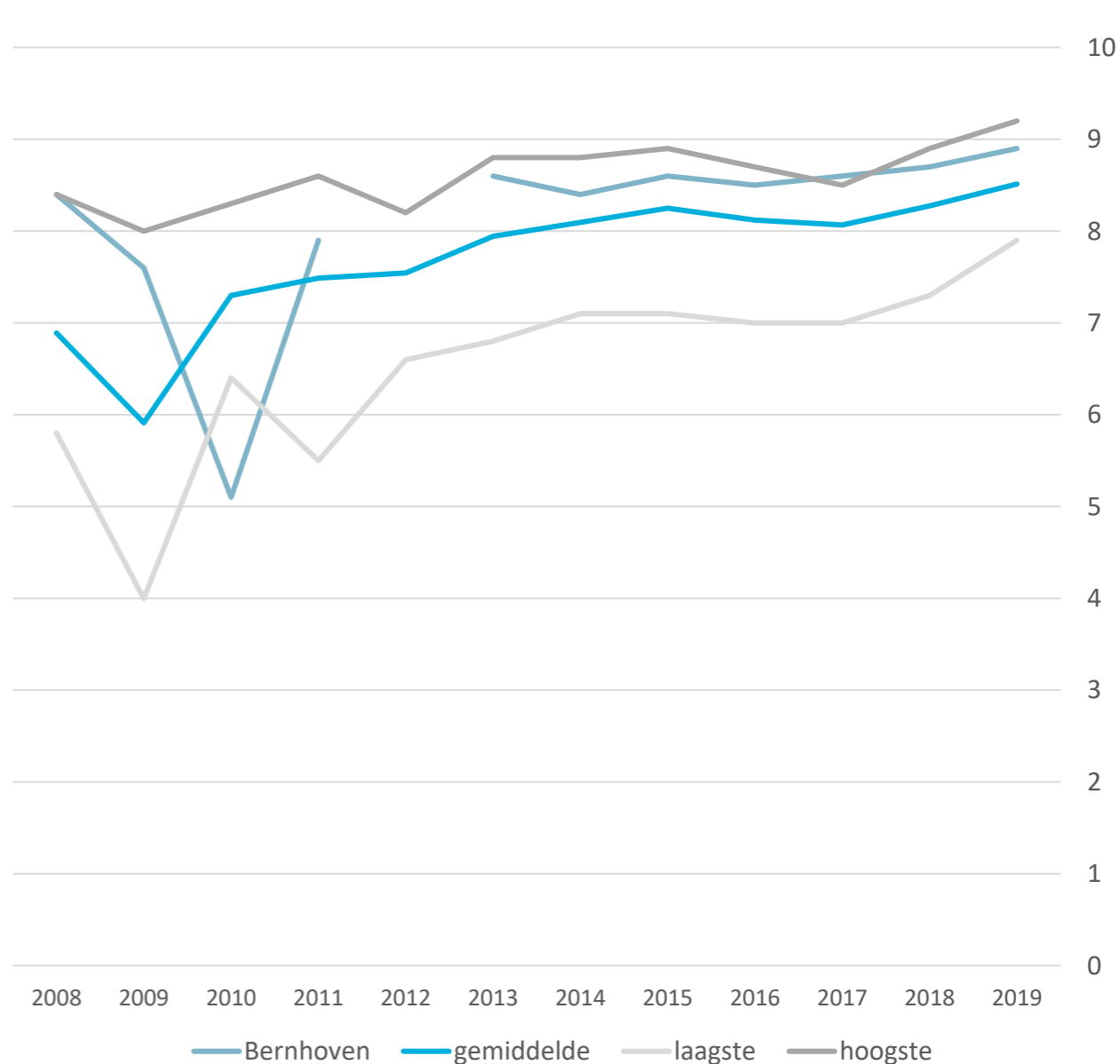
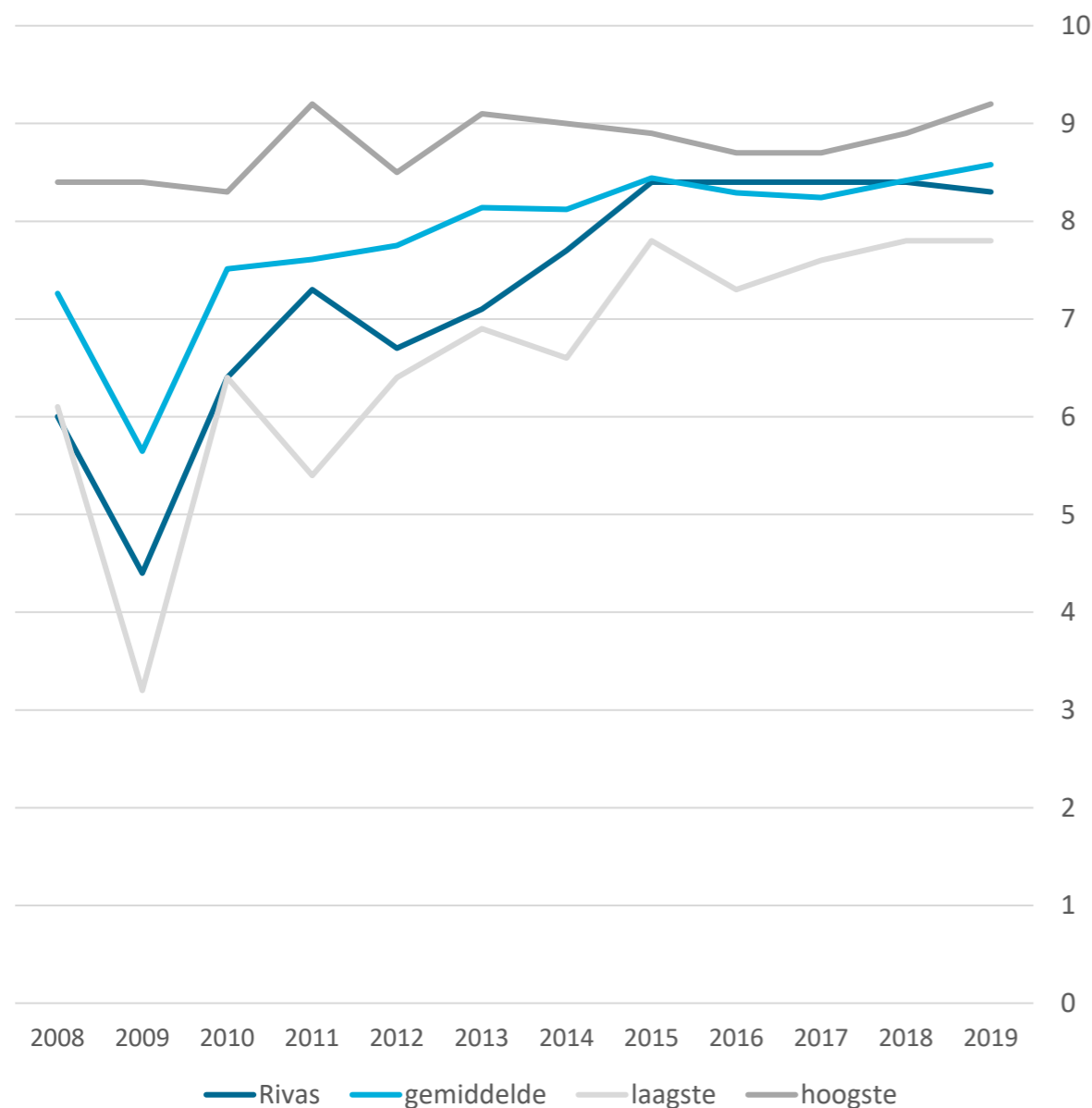


gemiddelde rente op gemiddeld bedrag lening



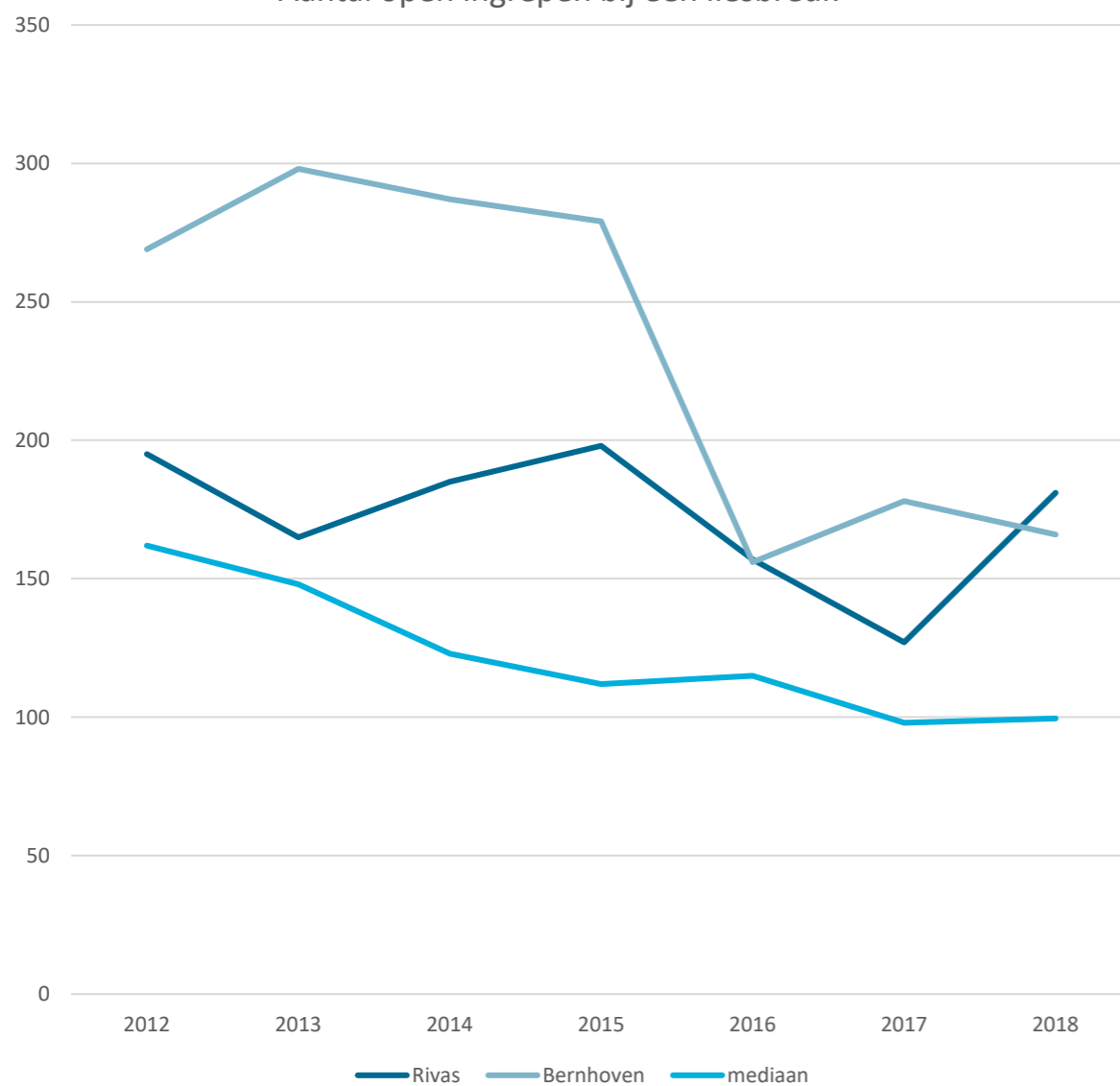
● Bernhoven (B.V.)
 ● Gemiddelde rente op gemiddelde lening
   
— 2 per. Zw. Gem. (Gemiddelde rente op gemiddelde lening)

# Patiëntscores zorgkaart Nederland

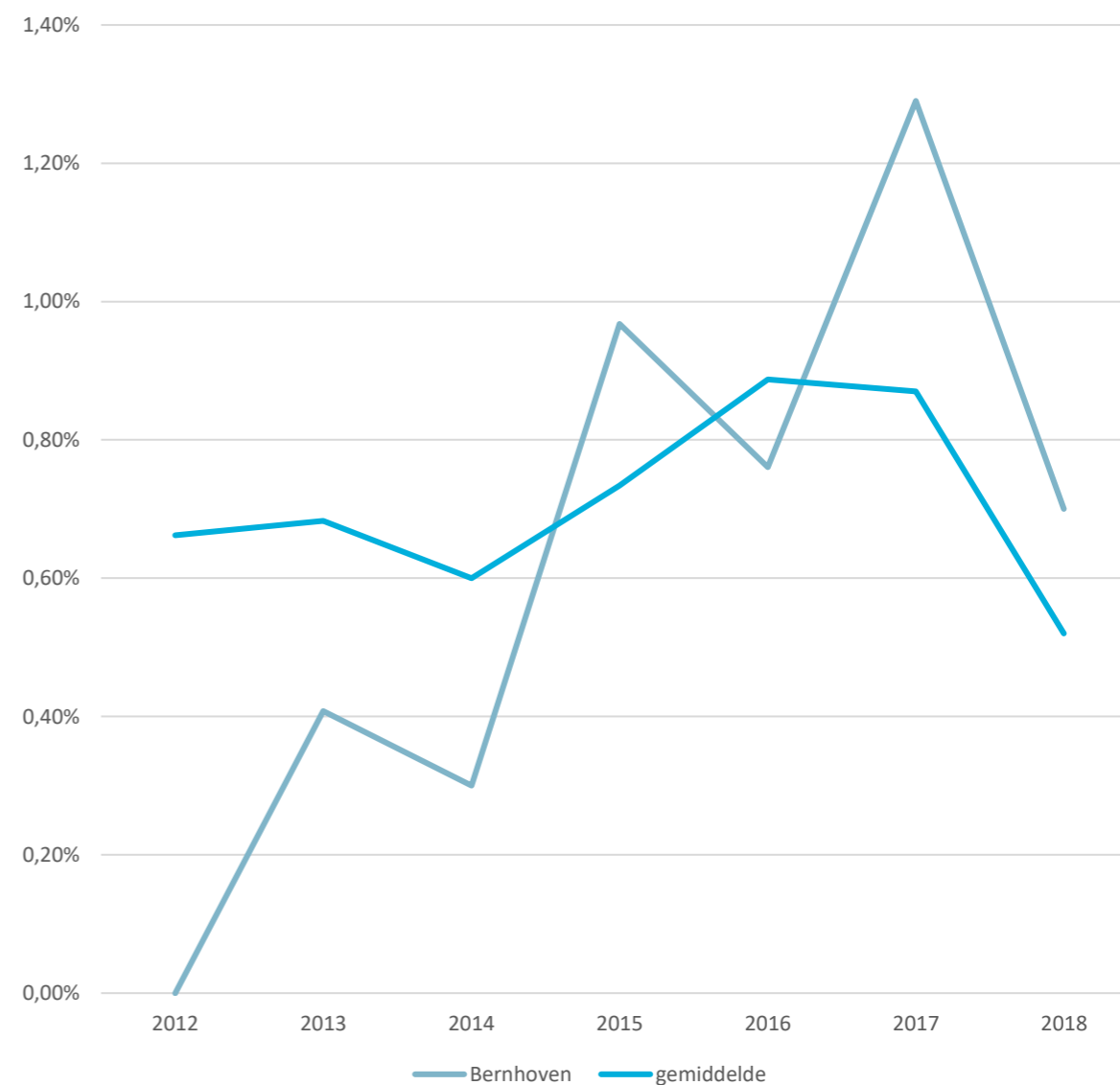


# Enkele voorbeelden 'Droom'

Aantal open ingrepen bij een liesbreuk

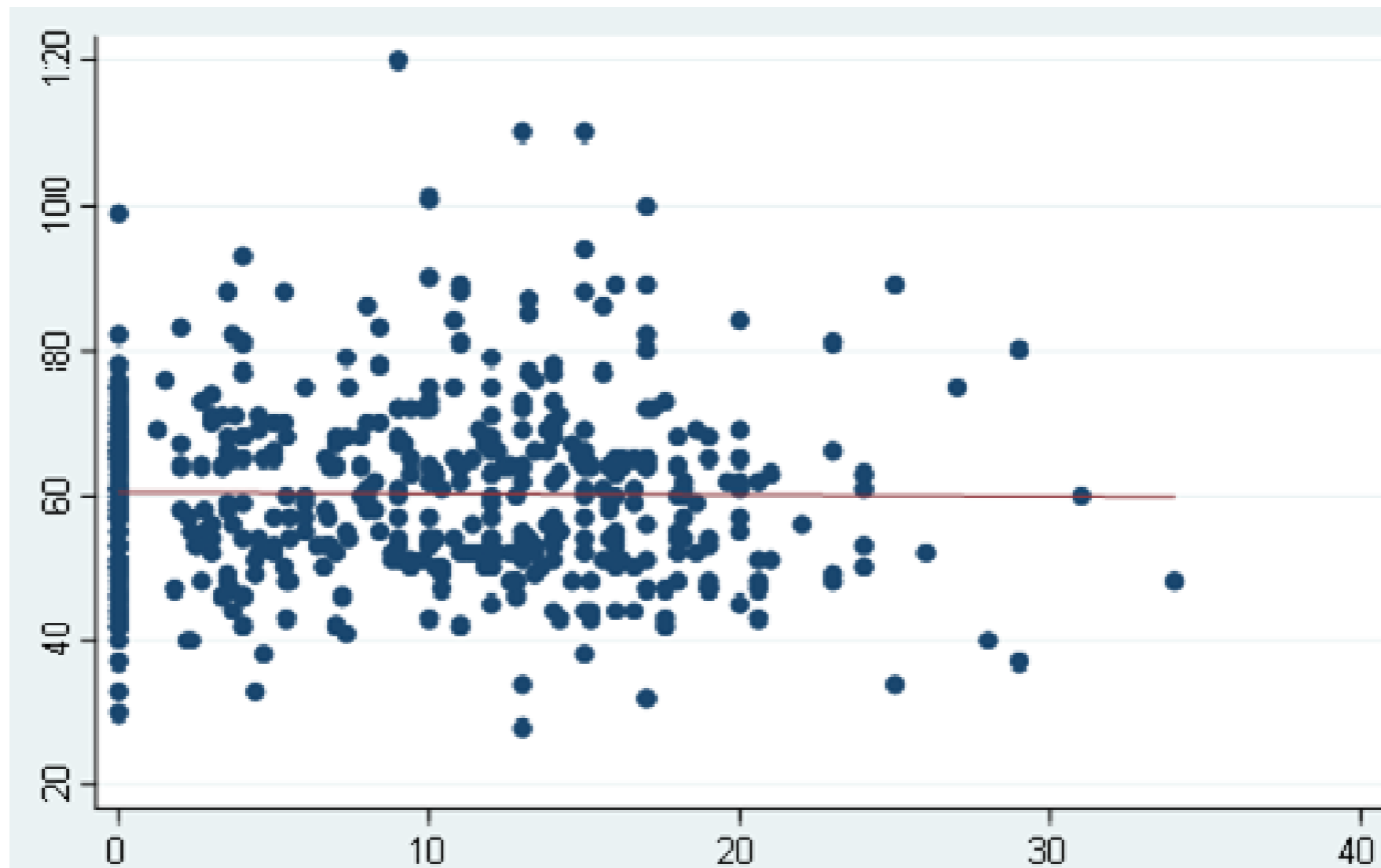


Infectiepercentage totale heupprothesen



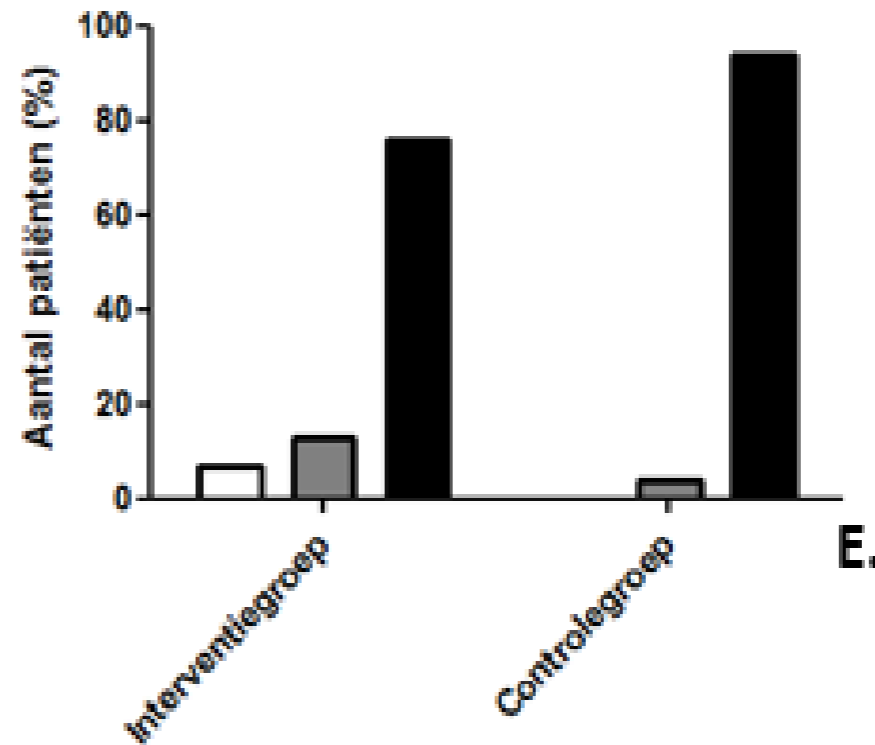
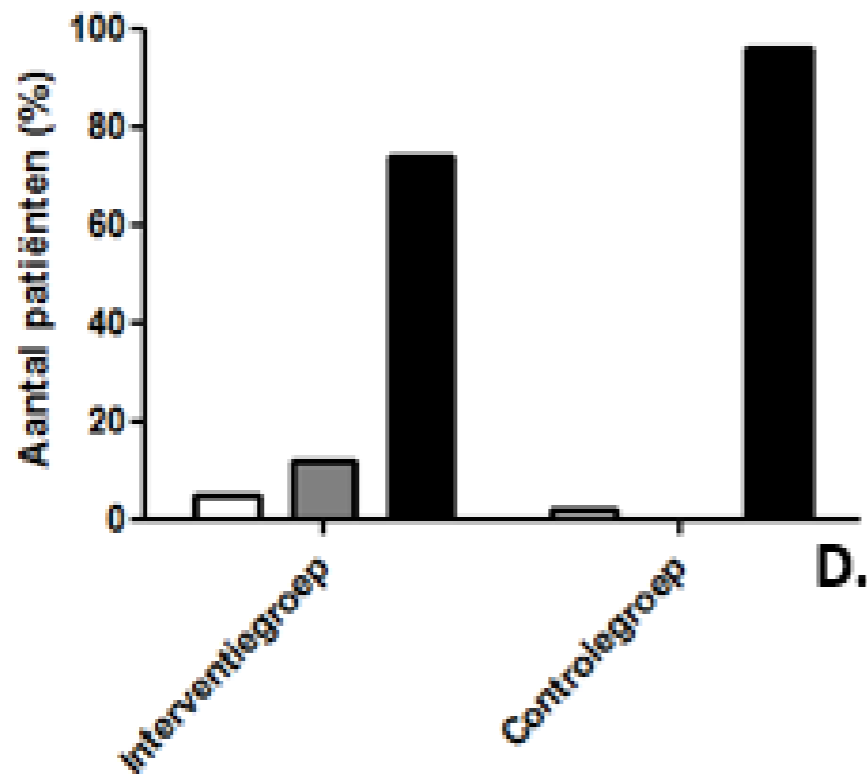


# Rivas DM2 (Dossieronderzoek)



- Stijging van 0,1 per maand per HbA1c-waarde bij de HA (Ref.: <53 mmol/mol).
- Niet significant

# Rivas DM2 | Vragenlijstonderzoek



D. Ik heb vertrouwen in de **kennis** van mijn zorgverlener (p=0,021)

E. Ik ben **tevreden** over de zorgverlener (p=0,041)

Wit = oneens; Grijs = niet eens, niet oneens; Zwart = eens

# Rivas Netto promotor score | Vragenlijstonderzoek

	Promoters (%)	Criticasters (%)	NPS
Interventiegroep hypothyreoïdie (n=40)	25,0	35,0	-10,0
Controlegroep hypothyreoïdie (n=24)	45,8	16,7	29,1
Interventiegroep DM2 (n=45)	22,2	17,8	4,4
Controlegroep DM2 (n=48)	50,0	4,2	45,8

- Verschil interventiegroep en controlegroep ongeveer 40
- DM2 patiënten meer tevreden dan hypothyreoïdie patiënten

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Gericht op kostenbesparingen én kwaliteitsverbeteringen	Enkel gericht op kostenbesparingen
	Enkel gericht op kwaliteitsverbeteringen
Organisatie brede strategie, meer dan losse interventies	Ziekte specifieke interventie/ interventies op een enkele afdeling
Eén ziekenhuisorganisatie	Samenwerkingsverband meerdere organisaties/ integratie ziekenhuis en verzekeraar
Organisatie in OECD-land	Organisatie niet in OECD-land
Bron beschikbaar in het Engels/ Nederlands	Bron niet beschikbaar in Engels/ Nederlands

	Jaar	Type strategie	Gerapporteerd effect op kosten	Gerapporteerd effect op kwaliteit
University of Massachusetts Medical Center, USA	1989	CQI	Besparing van \$6 miljoen	Klinische uitkomsten zijn verbeterd
Duke Children's Hospital, USA	1996	Balanced Scorecard	Tussen 1996 en 2000 een kostenbesparing van \$29 miljoen.	Kortere ligduur, patiënttevredenheid stijgt met 18%
Rady Children's Hospital, USA	1997	Clinical pathways	50% lagere kosten per behandeling, betere prijsafspraken, toename marktaandeel	Daling van sterfte en complicaties met 30%
Rode Kruis ziekenhuis, NL	2001	Six Sigma	Geschatte jaarlijkse besparingen van €3.6 miljoen.	Verkorte wachttijden en kortere verblijftijd
Banner Health, USA	2001	Integrated care	Geen uitkomsten gerapporteerd	Geen uitkomsten gerapporteerd
Virginia Mason, USA	2002	TPS	\$13.5 miljoen jaarlijkse besparingen	Meer tijd met verpleegkundige, kortere wachttijden
Medical University of South Carolina (MUSC), USA	2006	VBHC	17% afname in kosten per behandeling	11% afname in ligduur
Lawrence & Memorial Hospital, USA	2006	TPS	Kortere verblijfsduur	Hogere patiënttevredenheid, minder complicaties
UMCG, NL	2007	Lean Six Sigma	14%-30% minder tests en een kostenreductie van €50.000	Kortere ligduur, minder onnodige ziekenhuisopnames

# Gemene delers best-practices

Literatuur	Droom	KAM
Investeren korte termijn	+++	+
Bottom-up / professionals	+++	+++
Kleine pilots / vliegwiel	+++	+++
Informatiesysteem		
Win-win bekostiging		

- Hier geen VBHC maar meer PCC
- Bernhoven spiegelt zich aan Christensen
- Bedrijfskundige ontwerpsystemen weinig voorspellende waarde



# Geslaagde implementatie, maar ...

- *“Ja, dat het dus niet eerder aan hen ook gevraagd is, goh, wat hebben jullie nu voor ideeën en waar kunnen wij vanuit verpleegkundig domein verbeteren. Ja, en je ziet dat die dus inderdaad lastig van de grond komen en dat vinden mensen wel heel vervelend, dat daar inderdaad heel veel gedaan is, maar vanuit echt puur vanuit de verpleegkunde opkomend, ja, is die rol echt beperkt”(I30.)*
- *“Er wordt nu onderkend, kijk in de staf is er bezuinigd fors, er zijn 130 fte, dat is 8%, 9%, die zijn ook afgebouwd in kosten. Daarvan is gezegd 12% van de verpleegkundigen zijn weg maar dat had 8% moeten zijn met de kennis van u. Dus heb je dan kosten afgebouwd in de strategie? Ja heb je zeker afgebouwd. Maar je merkt dat het op de verpleegkundigen iets teveel was. Nou met een krapte in de arbeidsmarkt zorgt dat voor druk op het model”(I9)*



# Theoretische modellen niet optimaal

- *“Nou ja, er is een strikte scheiding tussen de vier assen dus je kunt eigenlijk niet goed binnen vier assen werken terwijl in de praktijk het erop neerkomt dat je wel in vier of drie assen werkt maar dan moet het in de verschillende blokjes want anders kun je niet in het ene blokje van een half dagdeel of van een dagdeel in verschillende assen werken, dus zeg maar dan komt het kaderdenken van de manager komt de gewone workflow in het gedrang.*
- *“En daar zijn we nu uiteindelijk ook een beetje van af aan het stappen. Wat we nu vinden is dat want je leert ook in de loop der jaren is dat we nu inzetten op de SEH-arts, maar wel dat je specialist kan komen. Dus ik heb geen specialist nodig bij de grote vakgroepen dan, en niet bij KNO, want die hoeft maar één keer per drie keer/twee keer per week naar de SEH te komen, dat die dus ook geen poli doet op dat moment. Dus op het moment dat ik een vraag ook meteen kan komen.” (i39)*

# Minimale schaal

- *“Daar loop je als klein ziekenhuis wel tegenaan, je hebt je hebt een aantal vaste kosten die je bijna niet terug kunt brengen. En een klein ziekenhuis heeft op een bepaald moment ook een aantal dingen die op het niveau van de grootte van de vakgroep niet terug kunnen, Je kunt niet minder dan vier urologen nog een continue dienstbezetting. Ergens ontstaat er bij ons ook hoe ver zijn de kosten nog samen drukbaar maar in de eerste fase hebben we ja toch echt de doelen bereikt die we dachten te bereiken.”(I12)*
- *“Dus die investeringen zijn vaak lastig. En daar is wel iets waar we niet alleen in deze regio, maar door in den lande, een beetje last van hebben. Er komt nog steeds meer naar ons toe. Willen we dat weer goed gaan aanpakken, dan moeten we soms onze panden gaan uitbreiden. Dan moet er veel geïnvesteerd worden. De inkomsten die volgen niet.” (I47)*



# Meerjarige aanneemsommen

- *“Dus dat is een punt van zorg. Hè dat is hetzelfde punt van zorg-- Dat ziekenhuis is natuurlijk heerlijk dat die 5 jaar niet naar hun centen hoeven te kijken, maar hoe ziet het er over 5 jaar uit? Want dan hebben ze een afgeslankte versie van het ziekenhuis. En als die zorgverzekeraar dan zegt van, ja, we gaan toch weer gewoon loon naar werk doen, ja, dan kan je misschien niet eens je boterham rond krijgen.” (143)*
- *“Ik vind dat nu hebben we als financiering zeg maar dat gegarandeerde plafond als oplossing, maar eigenlijk is dat ook maar een soort tijdelijk, maar het is een tijdelijke methode om even die volumeprikkel eruit te krijgen. Maar als die te lang duurt zo’n gegarandeerd plafond, ja, dan word je op een gegeven moment als aanbieder ook weer een beetje lui. Dan denk je ja, ik heb toch een gegarandeerd plafond, waarom zou ik harder gaan lopen, dus ik denk zo’n plafond werkt 4, 5 jaar en dan moet je weer iets anders gaan doen.” (129)*

# Kostenafbouw is moeilijk

- *“Ook dit hebben we al besproken, maar goed, nu kom je toch op een punt: vijf jaar zijn voorbij, waar staan we in de businesscase? Ja, en dan zie je toch dat we die kostendaling niet helemaal gehaald hebben. En dan zeggen zorgverzekeraars: “Ja, jullie zijn gewoon te duur, want je hebt de kostenreductie niet gehaald.” Ja, dat is een lastig gesprek.” (I35)*
- *“Het idee dat DBC reducties per definitie leidt tot een navenante vermindering van de kosten en met in acht nemen van de variabiliteit en de vaste kosten, dat is wel iets wat wij gaandeweg geleerd hebben ja. Het kost heel veel om ziekenhuizen daadwerkelijk een kostenreductie te laten ondergaan.” (I41)*

# Kwaliteitsuitkomsten

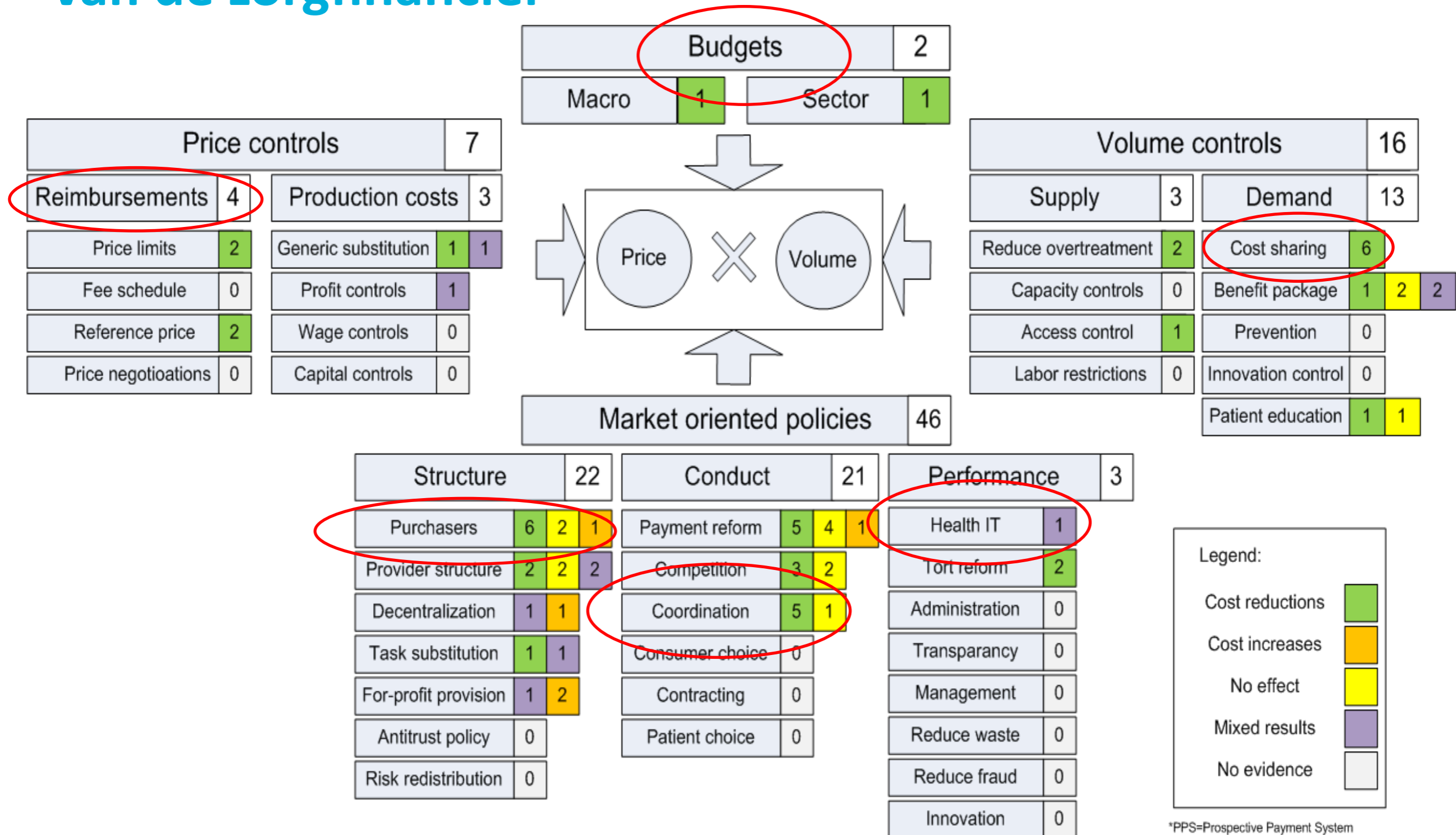
- *“Ik kan wel zeggen: er zijn metingen gedaan van hoeveel patiënten zit in deze projecten? Hoeveel brieven zijn er gestuurd? Dat is er allemaal wel. Maar net dat stukje van de controle van: gaat het dan ook nog goed met die mensen? Dat heb ik niet echt gezien.” (I20)*
- *“Maar het meten daarvan van wat bereik je, dat heb ik niet. We kunnen wel tellen hoe vaak we een huisarts aan de lijn krijgen voor dit soort dingen. Dan maken wij een bepaalde notitie in NX, in chip soft. Maar ja, echt de ultieme resultaten weten we niet.” (I46)*

# Conclusies

- Succesvolle en structurele implementatie
- Strategieën sluiten aan bij andere geëvalueerde best-practices
- Bijdrage geleverd aan doelmatigheid medisch-specialistische zorg
- Kwaliteit hoog en blijft minimaal stabiel
- Volume (declaratiedata) daalt substantieel zonder afwenteleffecten (CPB)
- Omzet en kosten beide ziekenhuizen ontwikkelen zich gunstig
- Financiële resultaten blijven echter achter
- Context-specifieke factoren zijn belangrijk
- Opschaling / verspreiding kan: aanpassing financiering

**Thank you for your attention**

# Beleidsinstrumenten voor betaalbaarheid op niveau van de zorgfinancier



\*PPS=Prospective Payment System