

Waarde in de zorg



nu en in de toekomst

**Waardegedreven zorg vereist waardegedreven
bekostiging**

Agenda

- Werkgroepleden aan het woord
- Wie is aan zet? Door Jeroen Struijs
- Panel discussie met Wink de Boer, Erik van der Hijden, Monique Klerkx, Peter Dohmen en Jeroen Struijs





Werkgroepsessies met presentaties van:

promotie onderzoek van Sander Steenhuis over het concept
bundelbekostiging

Reumazorg ZWN en CZ over hun ervaringen met bundelbekostiging

De NZa over de leidraad “ontwikkeling en implementatie van
zorgbundels”

Rotterdam Stroke Service en Zilveren Kruis over het gezamenlijk,
waardegedreven inkoopcontract

IGO Annature over de herverdelingsytematiek van budgetten achter
de voordeur bij de integrale geboortezorg

Citrienprogramma over de regionale oncologie netwerken met
waardegedreven bekostiging (volgende bijeenkomst op 19 oktober)

https://www.youtube.com/playlist?list=PLuFG_bSuY1PnEY-4J2qCig23OIQu5cvej



Werkgroepleden aan het woord

Jenneke Boerman: Portfolio adviseur van het Leiden University Medical Center

Geert van Hoof: Lid Expertgroep JZOJP, Lid Commissie EEK, Voormalig medisch adviseur bij CZ

Pien Naber-van Alken: Voorzitter werkgroep bekostiging van het Linnean Initiatief, Senior adviseur bij Q-consult en programmamanager Achterhoek Gezond vanuit Healthkic

Sander Steenhuis: Senior Researcher bij BUNDLE (LUMC), Independent Consultant bij APM projects

Monique Klerkx: Verloskundige en directeur zorg verloskunde bij Annature Geboortezorg

Ineke Middelveldt: Manager oncologienetwerken bij Citrien, Strategisch adviseur UMCG





Filmpje werkgroepleden

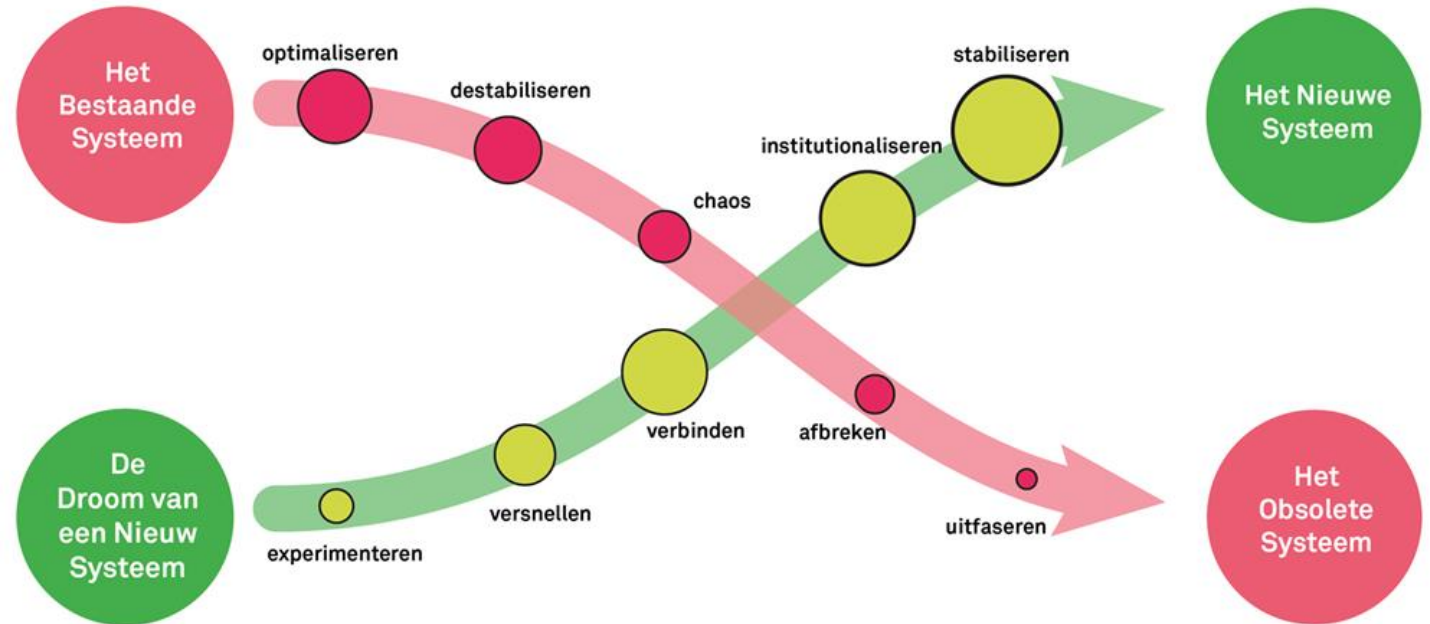
Transitie van zorg vraagt om transitie van bekostiging

Bestaande bekostiging

- Complex systeem
- Geen eenheid van taal
- Iedere stakeholder zijn eigen prikkels
- Gefragmenteerd
- Niet gedifferentieerd

Nieuw vormen van bekostiging

- Bekostigen op waarde?
- Bekostigen op type zorg?
- Bekostigen van zorgketens?
- Bekostigen van juiste zorg op de juiste plek?
- Bekostigen op gezondheid in plaats van ziekte?
- Bekostigen populatie ipv individu?



Waardegedreven zorg vereist waardegedreven bekostiging; wie is aan zet?

Jeroen Struijs

National Institute for Public Health and the Environment, Department Quality of care and Health Economics
Leiden University Medical Centre-Public Health and Primary Care – Health Campus The Hague

September 29th 2022, Linean-initiatief lustrum bijeenkomst, Amsterdam

Integraal Zorgakkoord

Samen werken aan gezonde zorg

Nederland heeft een hoogwaardige gezondheidszorg, maar de **behoefte** en de **toegankelijkheid** van onze zorg en ondersteuning nemen onder druk. De vraag naar zorg neemt toe, vooral door de vergrijping. Tegelijkertijd zijn er grenzen aan de beschikbare beschikbaarheid van zorg, door de beperkende **krachten op de arbeidsmarkt**. Dit op zichzelf algehele zorg, Bovendien voor een uitdaging bij het **betrouwbare houden** van de zorg die we doorgaan op de huidige weg, zodat het ook in een ruimere toekomst uitblijft op goede en juiste zorg en ondersteuning. Daarom werken we aan een toekomst die anders is: een toekomst met **andere** patiëntenverwachtingen, zorgaanbieders, zorgprofessionals, gemeenten en de overheid. We vragen **andere** in de toekomst, niet om meer te doen, maar om te werken. Samen met anderen aan goede zorg, ondersteuning en voor een gezonde samenleving.

Samenwerking tussen en over sectoren

Patiënten

Zorgaanbieders

Overheid

Zorgprofessionals

Zorgaanbieders

Iedereen in Nederland

Gemeenten

Hier gaan we aan werken:

- Toegankelijkheid** van zorg en ondersteuning
- Kwaliteit** van zorg en ondersteuning
- Betrouwbaarheid** van zorg en ondersteuning

Scenario als we doorgaan op de huidige weg

Patiënten en familie nemen minder tijd voor ondersteuning

Overbelaste zorgaanbieders

Daarom zal ons huidige zorgakkoord niet volstaan in 2040

12% meer patiënten in 2040

20% meer patiënten in 2040

De overheid en zorgaanbieders nemen minder tijd voor ondersteuning



Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nu

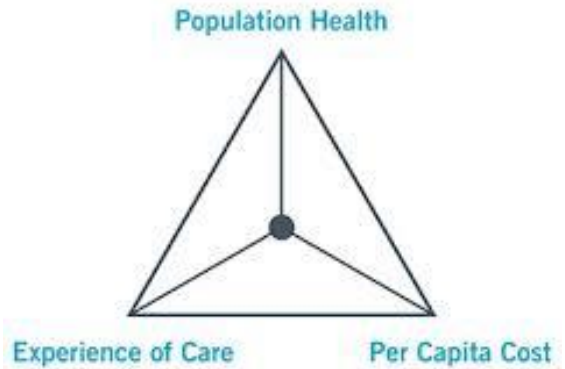
- ### Waar gaan we naartoe?
- Meerwaarde voor de patiënt of cliënt**
Zorg is meerwaarde waard
 - Samen met de patiënt of cliënt**
Patiënt en zorgaanbieder samen werken aan het welzijn
 - Juste zorg op de juiste plek**
Dit zijn twee van de vele onderdelen van een compleet zorgakkoord
 - Gericht op gezondheid i.p.v. ziekte**
Preventie van ziekten en problemen
 - Goede werkomgeving voor zorgprofessionals**
Versterken van de arbeidsmarkt gezond

- ### Wat gaan we doen de komende jaren?
- Zorg die werkt: zorg die werkt, dat is de uitdaging van de toekomst
 - Meer samenwerking: samen met de patiënt en familie werken aan het welzijn
 - Samenwerking: samen met de patiënt en familie werken aan het welzijn
 - Zorg waarbinnen de overheid en zorgaanbieder samenwerken
 - Versterken van de arbeidsmarkt gezond: versterken van de arbeidsmarkt gezond
 - Versterken van de arbeidsmarkt gezond: versterken van de arbeidsmarkt gezond

De juiste zorg op de juiste plek

Wie durft?

The IHI Triple Aim



Value-based health care

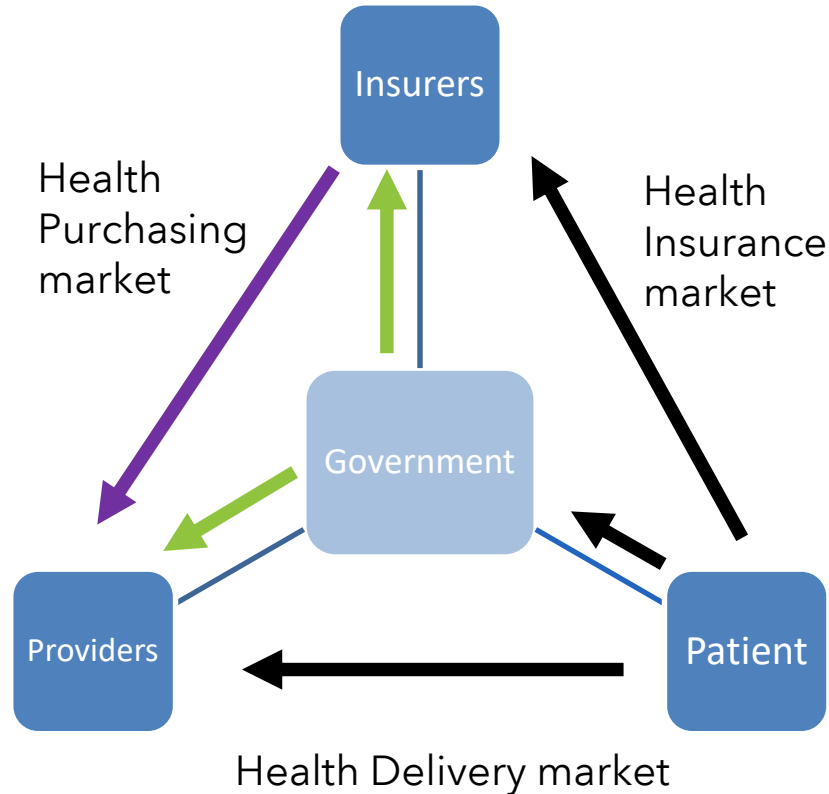


$$\text{Patient Value} = \frac{\text{Health Outcomes}}{\text{Cost}}$$

Source:
Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The triple aim: care, health, and cost. *Health affairs*, 27(3), 759-769.

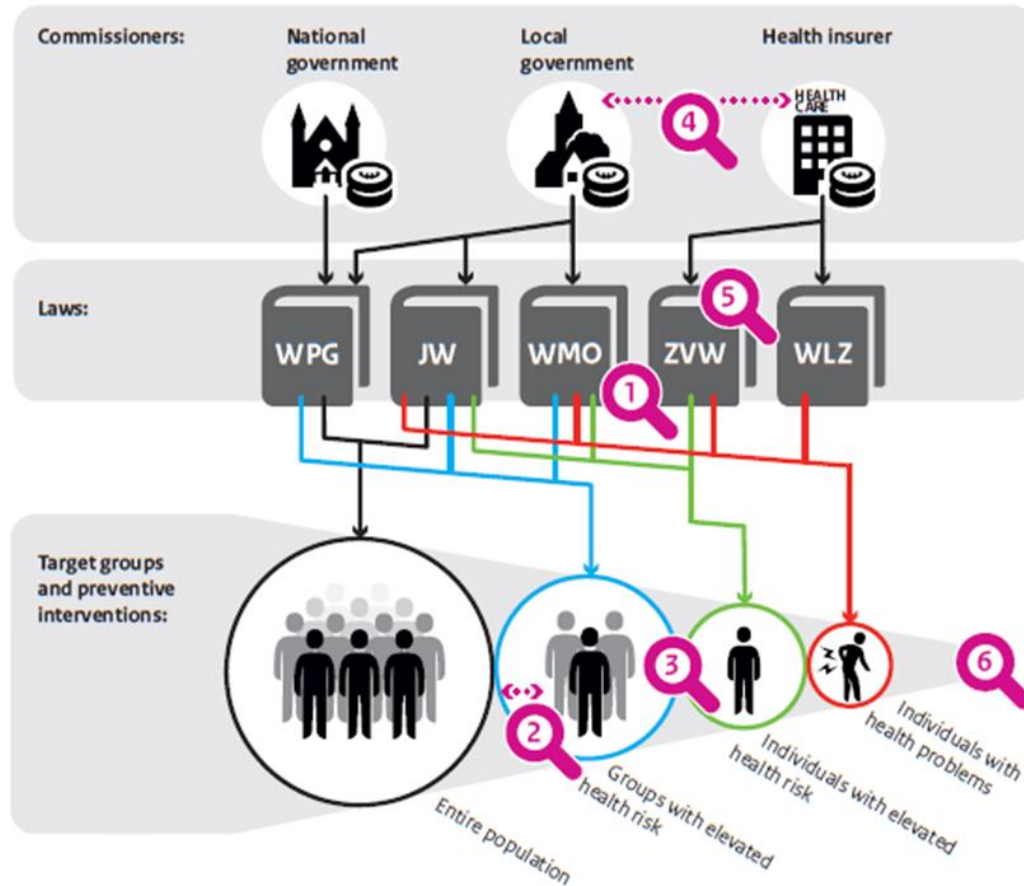
Source:
Porter, M. E. (2010). What is value in health care. *N Engl J Med*, 363(26), 2477-2481.

Managed competition model (Health Insurance Act)

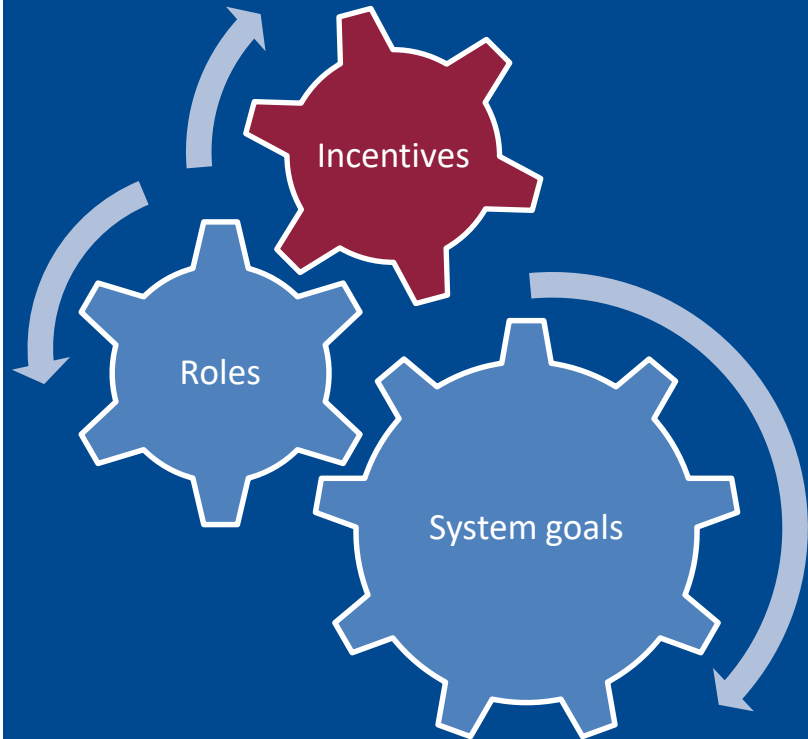


- Employers, citizens / patients pay taxes, premiums, co-payments
- Governmental bodies partly fund purchasers and compensate risks via the risk equalization scheme, and partly fund providers directly
- Purchasers contract with providers and pay claims

Even more complex when multiple laws comes in



Why payment reforms?



Payment models and incentives are part of the contract between payer and provider

Providers are in the best position to identify ways to:

- reduce overuse and waste
- coordinate care across settings
- steer patients to the most appropriate, high-quality providers
- provide needed care by reducing underuse

Providers react on financial incentives, mostly in the theoretically expected way

How can we design payment models in such a way that provider incentives are better aligned with the overarching system goals?





- *Different payment models*
- *Different design choices within models*

The challenge

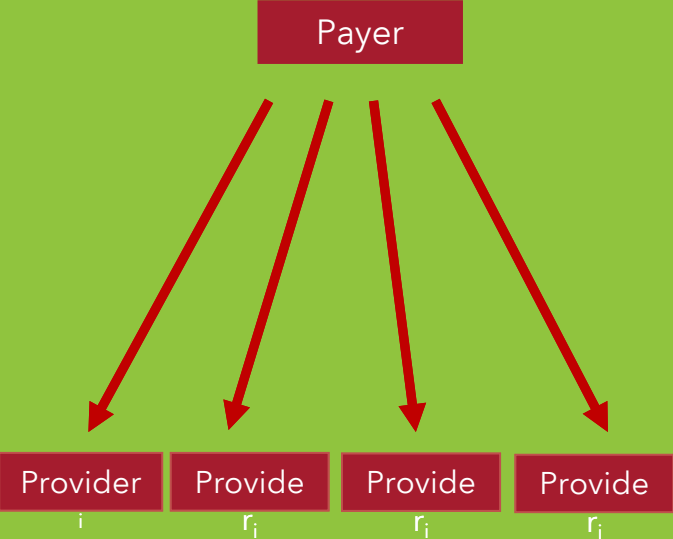
No payment model is perfect!

- All systems may have unintended consequences
- We rely greatly on the intrinsic motivation and professionalism of providers. It is very important that payment systems do not undermine that professionalism.
- Payment reforms are not about paying providers less (or more) but about paying providers differently

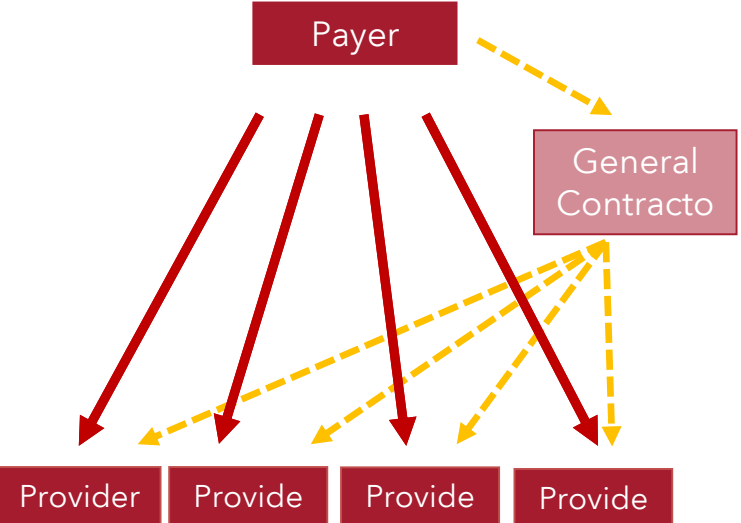
'HCP-LAN' APM framework

			
<p>CATEGORY 1 FEE-FOR-SERVICE – NO LINK TO QUALITY & VALUE</p>	<p>CATEGORY 2 FEE-FOR-SERVICE – LINK TO QUALITY & VALUE</p> <p>A</p> <p>Foundational Payments for Infrastructure & Operations (e.g., care coordination fees and payments for health information technology investments)</p> <p>B</p> <p>Pay for Reporting (e.g., bonuses for reporting data or penalties for not reporting data)</p> <p>C</p> <p>Pay-for-Performance (e.g., bonuses for quality performance)</p>	<p>CATEGORY 3 APMS BUILT ON FEE-FOR-SERVICE ARCHITECTURE</p> <p>A</p> <p>APMs with Shared Savings (e.g., shared savings with upside risk only)</p> <p>B</p> <p>APMs with Shared Savings and Downside Risk (e.g., episode-based payments for procedures and comprehensive payments with upside and downside risk)</p>	<p>CATEGORY 4 POPULATION-BASED PAYMENT</p> <p>A</p> <p>Condition-Specific Population-Based Payment (e.g., per member per month payments, payments for specialty services, such as oncology or mental health)</p> <p>B</p> <p>Comprehensive Population-Based Payment (e.g., global budgets or full/percent of premium payments)</p> <p>C</p> <p>Integrated Finance & Delivery Systems (e.g., global budgets or full/percent of premium payments in integrated systems)</p>

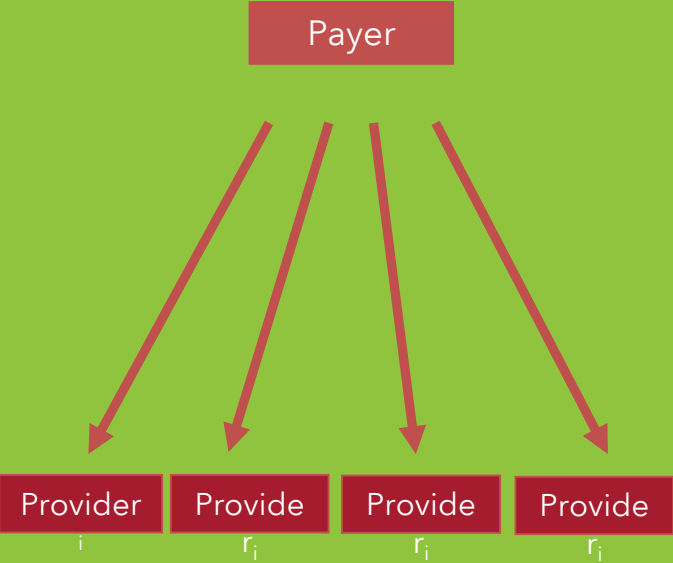
Traditional FFS



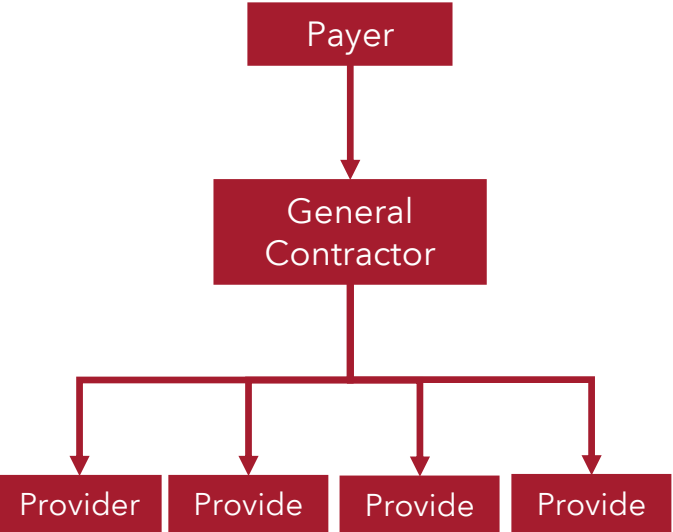
Shared Savings (category 3)



Traditional FFS



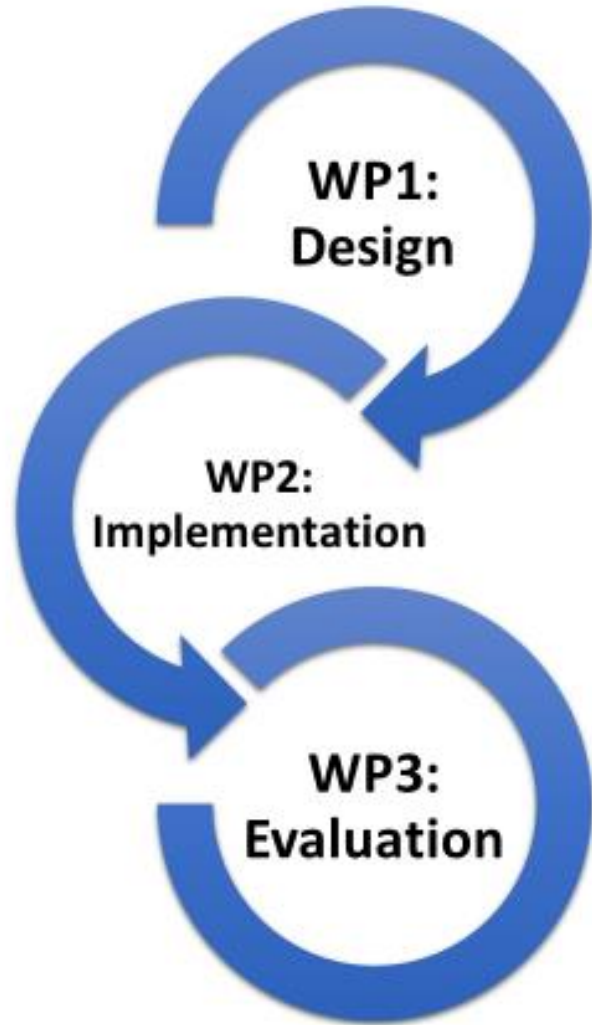
Bundled Payment (category 4)





MEET THE TEAM:





- **The “Why” and the “What”**

- Theoretical underpinning and considerations
- Contextual factors
- Building blocks for design choices

- **The “How”**

- Field experiments
- Identifying effective implementation strategies
- Strategic Roadmap to enhance APM adoption

- **The “Effects” via mixed methods approach**

- Realist Evaluation (Context-Mechanism-Outcomes)
- Causal inference approaches

DESIGN: Who is the Accountable Care Provider?

- Accountable Care Provider (ACP) differs per APM
- “Who is bearing the risk?”
- Characteristics:
 - ACP has ability to steer
 - ACP has willingness to steer (via the APM)
- Aiming to reduce low-value (within downstream providers)
- Stimulating high-value care

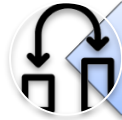
DESIGN: Refining the building blocks of an APM



Define the patient population



Define the scope of the model



Define the expenditure benchmark



How are savings/losses being shared?



Quality of care

Concluding Remarks

- Provider-led entities which assume financial risks are still in their early stages...
- Translating of provider incentives differs between settings (nu blueprints)
- Knowledge base is growing supporting the potential of payment reforms as a strategy toward more value-based health care delivery
- Joy of the workforce is too often neglected!
- Real outcome-based payment models still in its infancy

Als start van de discussie:

Wie is aan zet?

Monique Klerkx



Wink de Boer



Jeroen Struijs



Peter Dohmen



*Wat zijn de kansen en wat zijn de
barrières om tot waardegedreven
bekostiging te komen?*

Eric van der Hijden



Uitnodiging deelname werkgroep

Sluit je ook aan?

We hebben om de 6-8 weken
digitaal een bijeenkomst

Volgende bijeenkomst op:
19 oktober 9:00-10:30

Aanmelden bij:
Matthijs van der Linden
MLinde@zinl.nl

