

Uitkomstbekostiging in de zorg: een (on)begaanbare weg?

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van AmCham en is gepresenteerd tijdens het 15de Clingendael European Health Forum op 25 maart 2015.

Dr. Frank Eijkenaar
Prof.dr. Erik Schut

Uitkomstbekostiging in de zorg: een (on)begaanbare weg?

Publicatiedatum

Maart 2015

Auteurs ¹

Dr. Frank Eijkenaar

Prof. dr. Erik Schut

Contactgegevens

Erasmus Universiteit Rotterdam

instituut Beleid en Management Gezondheidszorg

Tel. 010 – 408 8555

research@bmg.eur.nl

www.bmg.eur.nl

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van AmCham en is gepresenteerd tijdens het 15^e Clingendael European Health Forum op 25 maart 2015.



¹ Met dank aan Dr. Richard van Kleef voor zijn commentaar op eerdere versies van dit rapport.

Inhoudsopgave

Samenvatting	i
Inleiding.....	1
Ondoelmatige zorg en inadequate bekostiging	1
Doelstelling en onderzoeksvragen	3
Leeswijzer	4
1. Bouwstenen en randvoorwaarden voor adequate uitkomstbekostiging	5
1.1 Inleiding	5
1.2 Vijf dimensies van goede uitkomsten	5
1.3 Definitie adequate uitkomstbekostiging	8
1.4 Bekostigingsmethoden in de zorg	9
1.5 Bouwstenen van adequate uitkomstbekostiging	19
1.6 Randvoorwaarden voor adequate uitkomstbekostiging	21
1.7 Conclusie	30
2. Ervaringen met uitkomstbekostiging uit het buitenland.....	33
2.1 Inleiding	33
2.2 Prestatiebeloning	34
2.3 Multidisciplinaire bekostiging per patiënt.....	50
2.4 Multidisciplinaire bekostiging per patiënt plus prestatiebeloning	55
2.5 Multidisciplinaire bekostiging per verzekerde plus prestatiebeloning.....	62
2.6 Succes- en faalfactoren en belangrijkste lessen	76
3. Op weg naar uitkomstbekostiging in Nederland?.....	83
3.1 Inleiding	83
3.2 Probleemanalyse en definitie uitkomstbekostiging.....	83
3.3 Huidige bekostiging en hervormingsinitiatieven	85
3.4 Op weg naar uitkomstbekostiging in Nederland per 2020?	111
Referenties.....	121

Samenvatting

Inadequate bekostiging draagt bij aan ondoelmatige zorg

In veel landen – waaronder Nederland – groeien de zorgkosten sterker dan de economie, schiet de kwaliteit van zorg op diverse punten tekort, en duidt praktijkvariatie op ruimte voor het verhogen van de doelmatigheid van zorg. Inadequate bekostigingssystemen en de gebrekkige transparantie van de kwaliteit van zorg worden vaak genoemd als belangrijke oorzaken van deze problemen. Zo was een belangrijke conclusie van de recente evaluatie van het zorgstelsel dat het bij zorgaanbieders vaak nog ontbreekt aan financiële prikkels voor kwaliteit en doelmatigheid (Van Kleef et al. 2014):

De huidige bekostigingsmethoden in Nederland houden fragmentatie in stand, belemmeren goede coördinatie en doelmatige substitutie van zorg, ontmoedigen preventie en innovatie, bevorderen over- of onderproductie en hebben meestal geen relatie met kwaliteits-/gezondheidsuitkomsten.

In het kader van ‘het jaar van de transparantie’ worden inmiddels concrete stappen gezet richting betere informatie over de kwaliteit van zorg (Tweede Kamer 2015). Zo stelde minister Schippers begin maart 2015 vijf miljoen euro beschikbaar voor een programma om de transparantie van de zorg te verbeteren. Als daarin stappen worden gezet, zal een belangrijke vervolgstap de hervorming van de gebrekkige bekostigingsmethoden worden. De onvrede over de huidige bekostiging en de wens te komen tot een meer vraaggerichte en uitkomstgerelateerde bekostiging wordt in Nederland breed gedeeld. In 2011 nam de Tweede Kamer een motie aan waarin de regering werd opgeroepen om te komen tot een breed gedeelde en breed gedragen visie op ‘uitkomstbekostiging’, met als doel de introductie *uiterlijk in 2020*. In een reactie gaf minister Schippers aan om de komende jaren stevig op uitkomstbekostiging te willen inzetten. Een belangrijke vraag is echter: *in hoeverre is introductie van uitkomstbekostiging in 2020 haalbaar, en wat is daarvoor nodig?*

Het doel van dit onderzoek is driedelig: (1) het definiëren van het begrip ‘uitkomstbekostiging’ en het in kaart brengen van essentiële bouwstenen en randvoorwaarden voor het belonen van goede uitkomsten van zorg, (2) het inventariseren van buitenlandse ervaringen met uitkomstbekostiging en het afleiden van lessen voor Nederland, en (3) het ‘beoordelen’ van de bekostigingssystemen in de Nederlandse curatieve zorg en het formuleren van een agenda en aanbevelingen voor partijen.

Definitie adequate uitkomstbekostiging

Dit rapport hanteert een brede invulling van het begrip ‘uitkomst van zorg’ door een onderscheid te maken in vijf samenhangende dimensies van goede uitkomsten:

1. *Goede kwaliteit van zorg*: zorginhoudelijke / technische kwaliteit (i.e. de structuur, het proces en de gezondheidsuitkomst van de zorg voor de patiënt) en patiënttevredenheid.
2. *Kostenbewust gedrag*: het voorkómen van overbehandeling en onnodig dure zorg (i.e. de afwezigheid van perverse volumeprikkels).
3. *Goede coördinatie en doelmatige substitutie*: in hoeverre is sprake van goede multidisciplinaire samenwerking en goed op elkaar afgestemde zorg?
4. *Kosteneffectieve innovatie*: in welke mate wordt gestimuleerd tot innovaties die leiden tot lagere kosten bij gelijkblijvende gezondheid, of tot gezondheidswinst tegen lagere, gelijkblijvende, of – in verhouding tot de extra baten – beperkte extra kosten?
5. *Effectieve preventie*: het zoveel mogelijk gezond houden van de afgebakende populatie individuen waarvoor zorgaanbieders (collectief) verantwoordelijk zijn.

Een adequaat systeem van uitkomstbekostiging bevat financiële prikkels voor goede uitkomsten op *alle* dimensies, is niet onnodig gecompliceerd en bevat geen prikkels voor ongewenst gedrag:

Adequate uitkomstbekostiging = een zo eenvoudig mogelijk, vraaggestuurd bekostigingssysteem dat expliciet is gericht op het stimuleren van zorgaanbieders tot het realiseren van goede uitkomsten van zorg in termen van kwaliteit, kosten, coördinatie en preventie, en dat tevens stimuleert tot kosten-effectieve innovatie en geen prikkels bevat voor ongewenst gedrag.

Bouwstenen van adequate uitkomstbekostiging

Bij de analyse van bekostigingsmethoden is een onderscheid mogelijk tussen twee componenten: de basisbekostiging en prestatie-/resultaatbeloning.

*Een essentiële bouwsteen van goede uitkomstbekostiging is een adequate **basisbekostiging**. Deze bouwsteen is noodzakelijk omdat het niet mogelijk is om alle relevante resultaten van de zorgverlening (bijvoorbeeld met betrekking tot de kwaliteit van zorg) goed te meten en na te gaan in hoeverre zij zijn toe te schrijven aan bepaalde behandelingen en/of zorgaanbieders.*

De in de praktijk meest gebruikte basisbekostigingsmethoden zijn: bekostiging per zorgactiviteit ('fee-for-service'), bekostiging per zorgbundel per patiënt ('bundled payment'), bekostiging per zorgbundel per verzekerde ('capitation payment'), en een vast bedrag per periode (salaris of budget).

Prestatiebeloning kan worden gebruikt om de basisbekostiging aan te vullen met expliciete prikkels voor goede prestaties/resultaten, bijvoorbeeld ten aanzien van de kwaliteit van zorg. Daarnaast kan het aantal typen zorgaanbieders een belangrijke variabele zijn. Bij één type zorgaanbieder (i.e. een monodisciplinaire solo-/groepspraktijk of maatschap) heeft de bekostiging altijd betrekking op een deel van de zorg en is er geen prikkel voor multidisciplinaire samenwerking/coördinatie en efficiënte substitutie van zorg. Bij meerdere typen zorgaanbieders die als collectief worden bekostigd (i.e. een multidisciplinair netwerk of organisatie) bestaan er juist wel prikkels voor goede coördinatie en efficiënte substitutie.

Een theoretisch optimale bekostigingssystematiek bestaat uit twee bouwstenen:

1. Een integrale, multidisciplinaire basisbekostiging per verzekerde (populatiebekostiging)
2. Expliciete financiële prikkels voor goede kwaliteit via prestatiebeloning (pay-for-performance)

Integrale bekostiging impliceert dat de bekostiging niet langer per activiteit plaatsvindt, maar per aandoening, patiënt of verzekerde. Een nadeel van bekostiging per aandoening is dat deze ongeschikt is voor mensen met multimorbiditeit. *Populatiebekostiging* is ziekte-overstijgende, multidisciplinaire bekostiging van afgebakende zorgvormen voor afgebakende populaties (patiënten of verzekerden). Bekostiging per patiënt stimuleert kostenbeheersing, goede coördinatie, substitutie en innovatie. Bekostiging per verzekerde biedt daarnaast ook een stimulans tot preventie ('gezond houden'). Deze prikkels worden sterker naarmate de bekostiging betrekking heeft op meer typen zorgaanbieders. Om te voorkomen dat onderbehandeling plaatsvindt en de kwaliteit van zorg onderbelicht blijft, wordt de basisbekostiging per verzekerde idealiter aangevuld met stimulerende prestatiebeloning voor goede kwaliteit. In termen van prikkels verdient zo'n bekostigingssystematiek de voorkeur boven monodisciplinaire (basis)bekostigingssystemen (zie onderstaande tabel).

Bekostigingsmethoden in relatie tot financiële prikkels voor goede uitkomsten van zorg.

	<i>Dimensies van goede uitkomsten van zorg</i>				
	Goede Kwaliteit van zorg	Kosten-bewust gedrag	Goede coördinatie en substitutie	Kosten-effectieve innovatie	Effectieve preventie
Bekostiging (monodisciplinair):					
per consult/verrichting	0	--	--	-	--
per zorgbundel per patiënt	0	-	-	0	-
per zorgbundel per verzekerde	-	+	-	-	+
vast bedrag per periode	-	0	-	-	0
Bekostiging (multidisciplinair):					
per zorgbundel per verzekerde en prestatiebeloning voor goede kwaliteit	++	++	++	++	++

Tien cruciale randvoorwaarden voor adequate uitkomstbekostiging

De ideaaltypische bekostigingsmethode leidt echter alleen tot goede uitkomsten als is voldaan aan cruciale randvoorwaarden (zie onderstaande tabel). Sterker nog, bij onvoldoende realisatie van deze voorwaarden kan het resultaat op een aantal uitkomstdimensies zelfs minder goed uitpakken dan onder de huidige bekostiging.

*Als aan de **randvoorwaarden** niet of onvoldoende wordt voldaan, dan kan de theoretisch optimale bekostigingsmethode in de praktijk **verre van optimaal** uitpakken. In de praktijk zal het lastig zijn om aan alle randvoorwaarden simultaan volledig te voldoen omdat zij tot op zekere hoogte conflicteren.*

Bij de praktische vormgeving van uitkomstbekostiging zal het dus moeten gaan om het zoeken naar een goede balans bij het voldoen aan deels conflicterende voorwaarden. Waar een goede balans ligt, is op voorhand echter vaak onduidelijk, en bovendien contextafhankelijk. Het is daarom van belang om nieuwe vormen van uitkomstbekostiging geleidelijk te implementeren en zorgvuldig te monitoren en te evalueren.

Randvoorwaarden en potentiële knelpunten van adequate uitkomstbekostiging.

Randvoorwaarde	Potentiële knelpunten
Adequate afbakening populatie	<ul style="list-style-type: none"> Toewijzing geleverde zorg en uitkomsten lastig Hoog risico bij veelomvattende definities
Adequate definitie zorgbundel(s)	<ul style="list-style-type: none"> Ontbreken (adequate) zorgstandaarden Onvoldoende flexibiliteit en hoge transactiekosten
Risicodragende aanbieder(s)	<ul style="list-style-type: none"> Onduidelijkheid over geschikte hoofdaannemer Risico op machtspositie bij hoofdaannemer Risico op liftersgedrag in grote (zorg)groepen
Adequate basisbekostiging	<ul style="list-style-type: none"> Ontbreken adequate risicocorrectie Ontbreken adequate risicodeling
Waarborgen voor kwaliteit	<ul style="list-style-type: none"> Onvoldoende kwaliteitstransparantie: gebrekkige registratie, kwaliteitsindicatoren en ICT Vormgeving en implementatie prestatiebeloning complex
Gedeelde ICT-infrastructuur	<ul style="list-style-type: none"> Onvoldoende prikkels om te investeren in gemeenschappelijke ICT Onvoldoende consensus over inrichting gemeenschappelijke ICT Langdurige transitie naar gemeenschappelijke ICT
Gezonde concurrentie	<ul style="list-style-type: none"> Risico op machtsposities a.g.v. concentratie en onderlinge coördinatie
Wederzijds vertrouwen	<ul style="list-style-type: none"> Nadruk op extrinsieke prikkels en korte-termijn contracten kan vertrouwen ondermijnen
Geen juridische belemmeringen	<ul style="list-style-type: none"> Onvoldoende open prestatiebeschrijvingen Samenhangende zorg in basis- en aanvullende verzekering Solvabiliteitseisen DNB voor zorgaanbieders bij risicodeling
Eenvoud en uitvoerbaarheid	<ul style="list-style-type: none"> Adequate uitkomstbekostiging onvermijdelijk complex

Ervaringen uit het buitenland

Inventarisatie van de literatuur heeft geresulteerd in elf internationale voorbeelden, waarvan zeven uit de Verenigde Staten, drie uit het Verenigd Koninkrijk en één uit Duitsland. De initiatieven zijn geselecteerd aan de hand van drie inclusiecriteria: (1) er is sprake van prestatiebeloning en/of een multidisciplinaire basisbekostiging per patiënt of verzekerde, (2) beschikbaarheid van een heldere beschrijving van de bekostigingsmethodiek, en (3) beschikbaarheid van gedegen informatie over de effecten. Sommige initiatieven zijn gericht op één of enkele van de vijf genoemde dimensies voor goede uitkomsten, zoals bij programma's voor prestatiebeloning die kwaliteitsverbetering vaak als voornaamste doel hebben. Vijf initiatieven bevatten prikkels voor goede uitkomsten op alle vijf de dimensies, doch in uiteenlopende mate.

Geïnccludeerde buitenlandse initiatieven van uitkomstbekostiging in de zorg.

Type bekostiging	Initiatief	Land	Uitkomstdimensies	Effectiviteit
Prestatiebeloning	1. Hospital quality incentive demonstration	VS	Kwaliteit	+/-
	2. Hospital value-based purchasing	VS	Kwaliteit en kosten	-
	3. Advancing quality program	Eng.	Kwaliteit	+
	4. Commissioning for quality & innovation	Eng.	Kwaliteit en innovatie	-
	5. Quality and outcomes framework	VK	Kwaliteit	+/-
Per patiënt	6. IHA bundled payment demonstration	VS	Kosten, coördinatie, innovatie en preventie	-
Per patiënt plus prestatiebeloning	7. PROMETHEUS payment model	VS	Alle vijf de dimensies	-
	8. Geisinger ProvenCare	VS	Alle vijf de dimensies	+
Per verzekerde plus prestatiebeloning	9. Medicare accountable care organizations	VS	Alle vijf de dimensies	+
	10. Alternative quality contract	VS	Alle vijf de dimensies	+
	11. Gesundes Kinzigtal	DE	Alle vijf de dimensies	+

De initiatieven zijn beschreven en beoordeeld op de mate waarin positieve en/of negatieve effecten zijn gevonden op de genoemde zorguitkomsten (voor zover onderzocht). Hierbij is een onderscheid gemaakt naar type bekostiging: prestatiebeloning (5 initiatieven), multidisciplinaire bekostiging per patiënt zonder of met prestatiebeloning (3 initiatieven), en multidisciplinaire bekostiging per verzekerde met prestatiebeloning (3 initiatieven).

*Qua effectiviteit laten de buitenlandse initiatieven een **gemengd beeld** zien. Voor prestatiebeloning zijn zowel (beperkte) positieve als negatieve effecten gevonden. Van de drie initiatieven gericht op multidisciplinaire bekostiging per patiënt zijn er twee mislukt, terwijl voor alle initiatieven waarbij sprake is van een integrale bekostiging per verzekerde plus prestatiebeloning voor goede kwaliteit overwegend positieve effecten zijn gevonden op kosten en kwaliteit.*

De buitenlandse ervaringen zijn vertaald naar voor Nederland relevante succes- en faalfactoren. In onderstaande tabel staan deze op een rij, afzonderlijk voor de multidisciplinaire basisbekostiging en de prestatiebeloning.

Succes- en faalfactoren bij de implementatie van uitkomstbekostiging in de zorg.

<i>Succesfactoren</i>	<i>Faalfactoren</i>
Multidisciplinaire basisbekostiging	
<ul style="list-style-type: none"> • Door artsen geleide geïntegreerde zorgorganisaties • Hoogwaardige, gedeelde ICT-infrastructuur • Gebruik van meerjarencontracten (vertrouwen) • Afbakening populatie o.b.v. inschrijving bij arts • Vergaande integratie financiële prikkels voor kwaliteit van zorg en kostenbeheersing • Ondersteuning van zorgorganisaties bij verbeteren van uitkomsten (e.g via spiegelinformatie) • Beschikbaarheid gedetailleerde zorginhoudelijke informatie en declaratiegegevens 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemen/vertraging bij definiëren zorgbundels • Verschillende zorginkopers met eigen (prestatie-) eisen en administratieve systemen en processen • Ontbreken technische infrastructuur voor bijvoorbeeld het verwerken en betalen van declaraties • Weinig vertrouwen, conflicterende belangen • Complexe / lastig toe te passen bekostigingsmethode • Onduidelijkheid over en problemen bij verdelen van financiële verantwoordelijkheden • Problemen bij het aan boord krijgen/enthousiasmeren van individuele zorgprofessionals
Prestatiebeloning	
<ul style="list-style-type: none"> • Indicatoren hebben voldoende verbeterpotentieel • (Overheids)sturing bij ontwikkeling indicatoren • Beperkt aantal <i>high-impact</i> indicatoren met aangetoonde relatie met gezondheidsuitkomsten • Belonen absolute prestaties en prestatieverbetering • Voldoende kans op en omvang van prestatiebeloning • Positieve in plaats van negatieve prikkels • Bijeenkomsten waarbij deelnemende aanbieders succes- en faalfactoren kunnen uitwisselen • Combinatie met uniform ICT-systeem, periodieke spiegelinformatie en publicatie van indicatorscores 	<ul style="list-style-type: none"> • Indicatoren hebben weinig verbeterpotentieel • Bottom-up ontwikkeling van indicatoren en targets • Een groot aantal (proces)indicatoren (<i>box ticking</i>) • Procesindicatoren geen relatie met uitkomstkwaliteit • Dataverzameling leidt af van kwaliteitsverbetering • Verbeter targets niet voor alle aanbieders bereikbaar • Inadequate omvang van prestatiebeloning • Vervangen positieve door negatieve prikkels • Prestatiebeloning slecht afgestemd op basisbekostiging en andere verbeterinitiatieven • Complexiteit in vormgeving en implementatie

Vervolgens zijn tien belangrijke lessen gedestilleerd:

Tien lessen van ervaringen met uitkomstbekostiging uit het buitenland:

1. Problemen bij definiëren afzonderlijke zorgbundels pleit voor bekostiging per verzekerde.
2. Houd rekening met een meerjarig implementatietraject.
3. Meerjarencontracten maken investeringen in zorgverbetering en preventie aantrekkelijk.
4. Afbakening populatie op basis van inschrijving bij ‘eigen’ (huis)arts biedt voordelen.
5. Risicobeperkende maatregelen zijn noodzakelijk, maar ontwikkeling / implementatie zijn complex.
6. Adequate vormgeving prestatiebeloning / indicatoren en afstemming op basisbekostiging en andere verbeterinitiatieven (bijvoorbeeld van andere verzekeraars) cruciaal, maar complex.
7. Hoogwaardige, gedeelde ICT-infrastructuur is essentieel, maar implementatie kost tijd en is duur.
8. Belemmeringen in bestaande wet- en regelgeving kunnen een belangrijk obstakel zijn.
9. Leiderschap en betrokkenheid van betrokken zorgaanbieders is cruciaal.
10. Doelmatigheidsprikkels voor consumenten mogelijk belangrijk voor *buy-in* van zorgaanbieders.

1. *Problemen bij definiëren afzonderlijke zorgbundels pleit voor bekostiging per verzekerde.* Van de drie initiatieven waarin sprake is van bekostiging *per patiënt* zijn er twee mislukt, terwijl de drie initiatieven waarin sprake is van bekostiging *per verzekerde* vrij succesvol zijn geweest. Een belangrijke oorzaak van het mislukken van eerstgenoemde initiatieven waren problemen bij het definiëren van de multidisciplinaire zorgbundels; dergelijke problemen zijn bij bekostiging per verzekerde minder waarschijnlijk omdat sprake is van één of een beperkt aantal bundel(s).
2. *Houd rekening met een meerjarige implementatie.* Er moet worden uitgegaan van een meerjarig implementatietraject, waarbij idealiter ‘klein’ wordt begonnen en stapsgewijs wordt uitgebreid naarmate de randvoorwaarden beter worden vervuld. Veelal zal in de beginperiode gewerkt moeten worden aan technische uitvoeringsaspecten, het creëren van onderling vertrouwen, en het beperken van de complexiteit en administratiekosten. Daarnaast hebben de zorgorganisaties tijd

- nodig voor het leren kennen van hun populaties, het implementeren van ICT, en het registeren en aanleveren van indicatoren.
3. *Meerjarencontracten maken investeringen in zorgverbetering en preventie aantrekkelijk.* Zij geven blijk van vertrouwen, geven zorgaanbieders de tijd om investeringen terug te verdienen en maken complexe contracten overbodig. In projecten waarin gewerkt werd met jaarcontracten hebben belangentegenstellingen en een gebrek aan wederzijds vertrouwen de implementatie voortdurend ondermijnd.
 4. *Afbakening populatie op basis van inschrijving bij een (huis)arts biedt voordelen.* Dergelijke afbakening faciliteert regelmatig patiëntcontact en controle over verwijzingen. Bovendien zijn de zorg en behaalde uitkomsten eenduidig toe te schrijven aan specifieke aanbieders. Ingewikkelde toewijzingsregels om zorg/personen toe te schrijven, dragen bij aan complexiteit en onzekerheid.
 5. *Risicobeperkende maatregelen zijn noodzakelijk, maar complex.* In alle initiatieven wordt onderschreven dat dergelijke maatregelen cruciaal, maar tegelijkertijd lastig te implementeren zijn. Vaak wordt gebruik gemaakt van reeds beschikbare vereveningsformules die voor andere doeleinden zijn ontwikkeld. Het is echter de vraag in hoeverre die formules geschikt zijn voor uitkomstbepaling. Naast ex ante risicocorrectie zijn andere risicobeperkende maatregelen vaak nodig, zeker bij bekostiging per verzekerde. Het maken van afspraken over risicodeling verloopt in de buitenlandse initiatieven echter moeizaam.
 6. *Adequate vormgeving prestatiebeloning is cruciaal, maar complex.* Hoewel prestatiebeloning kan bijdragen aan betere kwaliteit, is het geen ‘magic bullet’. Idealiter wordt het gecombineerd met andere verbeterinitiatieven (zoals stimulerende spiegelinformatie). De manier waarop het wordt toegepast en de context waarin dat gebeurt is sterk van invloed op de uitkomst.
 7. *Gedeelde ICT is essentieel, maar implementatie kost tijd en is duur.* Hoogwaardige, gedeelde ICT is een succesfactor, maar kost veel tijd, geld en inspanning om te realiseren. Dit wordt vooral onderkend in initiatieven waarin sprake is van integrale bekostiging per verzekerde.
 8. *Bestaande wet- en regelgeving kan een belangrijk obstakel zijn.* In één project was bijvoorbeeld sprake van vertraging en onzekerheid over wat juridisch is toegestaan met betrekking tot de risicodragendheid van zorgaanbieders en de noodzaak van toezicht van zorgverzekeraars op de betalingen van hoofdaanemers aan onderaanemers. In een ander project is het verkrijgen van toegang tot benodigde gegevens uit patiëntendossiers omschreven als een moeizaam proces.
 9. *Leiderschap en betrokkenheid van zorgaanbieders cruciaal.* Het aan boord krijgen en betrekken van zorgprofessionals bij de vormgeving en implementatie is belangrijk. Actieve ondersteuning (e.g. bij dataverzameling) en stimulerende spiegelinformatie kan daar een bijdrage aan leveren.
 10. *Doelmatigheidsprikkels voor consumenten mogelijk belangrijk voor buy-in van zorgaanbieders.* Prikkels voor doelmatig zorggebruik kunnen belangrijk zijn voor de mate waarin zorgaanbieders betrokken en enthousiast zijn om deel te nemen. Afwezigheid daarvan is in een aantal projecten benoemd als belangrijk aandachtspunt en/of uitdaging voor de toekomst.

Bekostigingssystemen en hervormingsinitiatieven in Nederland

De Nederlandse bekostigingssystemen en hervormingsinitiatieven zijn beschreven en beoordeeld op de mate waarin sprake is van prikkels voor goede uitkomsten op de vijf dimensies. Het betreft de bekostiging van medisch-specialistische zorg, het nieuwe driesegmentenmodel voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, de beoogde bekostigingssystematiek voor wijkverpleging, de proeftuinen populatiemanagement, en het experiment uitkomstbepaling Parkinsonzorg in Nijmegen.

Een belangrijke constatering is dat in Nederland veel gebeurt op het gebied van de bekostiging. In de ziekenhuiszorg wordt de prijs- en volumeregulering losgelaten, is de productstructuur flink aangepast en declareren ziekenhuizen per 2015 alle kosten van behandelingen. Daarnaast is voor de huisartsen- en multidisciplinaire zorg een nieuwe bekostigingssystematiek ingevoerd, wordt voor wijkverpleging een vergelijkbare systematiek beoogd, en zijn er verspreid over het land allerlei experimenten gestart waarbij een meer geïntegreerde en uitkomstgerichte zorgverlening en bekostiging worden beoogd.

Onderstaande tabel geeft een samenvattend overzicht van de mate waarin in de bekostigings-systemen en –initiatieven in Nederland sprake is van stimulansen voor goede uitkomsten van zorg.

Nederlandse bekostigingssystemen en hervormingsinitiatieven in relatie tot prikkels voor goede uitkomsten.

<i>Bekostigingsmodel / hervormingsinitiatief:</i>	<i>Dimensies van goede uitkomsten van zorg</i>				
	Goede Kwaliteit van zorg	Kosten-bewust gedrag	Goede coördinatie en substitutie	Kosten-effectieve innovatie	Effectieve preventie
Medisch-specialistische zorg	-	o	-	o	-
Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg	o	o/+	o/+	+	o
Wijkverpleging (bekostiging 2016) *	o	o	o/+	o/+	o
Proeftuinen populatiemanagement *	?	?	?	?	?
Uitkomstbekostiging Parkinsonzorg *	+	+	o/+	+	+

* De beoordeling van de financiële prikkels in het beoogde bekostigingssysteem voor wijkverpleging heeft een tentatief karakter omdat op het moment van schrijven de precieze inhoud van het systeem nog nader moest worden bepaald. Daarnaast is niet te zeggen of de proeftuinen er in slagen financiële prikkels te creëren voor goede uitkomsten omdat nog beperkt concrete afspraken over uitkomstbekostiging worden gemaakt. Tenslotte heeft de beoordeling van de prikkels binnen het experiment uitkomstbekostiging Parkinsonzorg eveneens een (zeer) tentatief karakter vanwege het ontbreken van gedetailleerde informatie over de bekostigingssystematiek.

In Nederland zijn de laatste jaren voorzichtige stappen gezet richting een meer uitkomstgerelateerde bekostiging van zorg. Vooral op de uitkomstdimensies ‘kostenbewust gedrag’, ‘goede coördinatie en substitutie’ en ‘kosteneffectieve innovatie’ wordt vooruitgang geboekt. Dit is vooral een gevolg van het feit dat goede afstemming en samenwerking tussen zorgaanbieders steeds vaker expliciet worden beloond. Ook is in toenemende mate sprake van bekostiging per *zorgbundel* (vaak geleverd door groepen van zorgaanbieders) in plaats van per *activiteit*. Bovendien worden de zorgbundels steeds ruimer gedefinieerd, wat de prikkels tot kostenbeheersing, substitutie en samenwerking versterkt. Tenslotte krijgen partijen meer ruimte voor het maken van (belonings)afspraken over doelmatigheid, samenwerking en innovatie, en neemt de flexibiliteit in de bekostigingssystematiek toe.

Dat in Nederland dus stappen worden gezet richting uitkomstbekostiging neemt niet weg dat er nog vele knelpunten bestaan en nog een lange weg te gaan is alvorens in het Nederlandse zorgstelsel sprake is van adequate uitkomstbekostiging. Zeker voor wat betreft de dimensies ‘goede kwaliteit van zorg’ en ‘effectieve preventie’ is nog veel terreinwinst te boeken.

De belangrijkste uitdagingen waar we in Nederland op dit moment voor staan zijn:

- Het zetten van de stap van *aandoeningsgerichte* naar *persoonsgerichte* bekostiging ten behoeve van sterkere prikkels voor samenwerking, substitutie, defragmentatie en preventie;
- Afbreken van schotten. Het realiseren van goede samenwerking en afstemming verloopt traag en moeizaam als gevolg van verschillen in financiering, cultuur, belangen, systemen, organisaties, etc. Fragmentatie en afwenteling van kosten blijven reële gevaren;
- Van wantrouwen naar vertrouwen. In een zorgsysteem waarin aanbieders worden bekostigd op basis van uitkomsten is onderling vertrouwen essentieel. Dit geldt zowel voor de relatie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, als die tussen zorgaanbieders onderling;
- Ontwikkeling en toepassing van adequate risicocorrectie en -deling. Hoe omvangrijker en ‘multidisciplinairder’ de zorgbundels, hoe meer zorgkosten deze omvatten, hoe groter het risico voor de zorgaanbieder en hoe groter het belang van adequate risicocorrectie en -deling;
- Inbouwen van waarborgen voor goede kwaliteit. Kwaliteit van zorg dreigt het kind van de rekening te worden als meer nadruk wordt gelegd op kostenbeheersing en substitutie. Creëren van waarborgen voor goede kwaliteit via stimulerende spiegelinformatie en prestatiebeloning vereist transparantie en is één van de grootste uitdagingen voor de komende jaren;
- Implementatie gedeelde ICT. De ICT is in Nederland nog niet op het gewenste niveau om populatiegerichte bekostiging en zorg te faciliteren. Zolang ICT-systemen niet optimaal werken/ op elkaar zijn afgestemd betekent dat extra bureaucratie en/of suboptimale transparantie;

- Versterken rol zorgconsument. De rol van de zorgconsument is onderontwikkeld. Participatie bij (de vormgeving van) het eigen zorgtraject én kwaliteitsmeting komt nog te weinig van de grond, terwijl dit juist van belang is voor goede uitkomsten, zeker bij chronische zorg;
- Beperken van complexiteit en administratieve lasten. Adequate uitkomstbekostiging is inherent complex en kan, zeker in de beginfase, leiden tot extra administratieve last voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Niettemin is het belangrijk om de complexiteit en bureaucratie waar mogelijk te beperken, ook ten behoeve van de prikkels;
- Overige uitdagingen. Gedacht kan worden aan het wegnemen van (resterende) belemmeringen in wet- en regelgeving en het uitkristalliseren van de bekostiging *binnen* netwerken en zorgteams.

Op weg naar uitkomstbekostiging in Nederland per 2020?

In november 2011 heeft de Tweede Kamer de regering opgeroepen in overleg met alle partijen te komen tot een breed gedeelde en gedragen visie op uitkomstbekostiging met als doel de introductie van uitkomstbekostiging in Nederland uiterlijk in 2020, liefst eerder.

*Gelet echter op de noodzakelijke randvoorwaarden, de lessen uit het buitenland en de genoemde uitdagingen moeten we **concluderen dat brede introductie van adequate uitkomstbekostiging in Nederland uiterlijk in 2020 geen realistisch doel is.** De randvoorwaarden zijn simpelweg te complex en cruciaal om binnen nu en vijf jaar te realiseren.*

Daarmee is niet gezegd dat adequate uitkomstbekostiging in de zorg een utopie is. De ervaringen uit het buitenland sporen weliswaar aan tot behoedzaamheid en een goed doordacht en meerjarig implementatietraject, maar laten ook zien dat het geen onbegaanbare weg is. Bovenstaande conclusie moet dan ook worden ervaren als *stimulans om gezamenlijk concrete stappen te gaan zetten*. Het is goed mogelijk dat adequate uitkomstbekostiging in bepaalde regio's en voor bepaalde zorgvormen (zoals Parkinsonzorg) wel tijdig haalbaar is. Bovendien is niet gezegd dat brede introductie van minder adequate vormen van uitkomstbekostiging voor 2020 niet haalbaar is, integendeel.

*Gelet echter op waar we nu staan en waar we op korte termijn naar toe willen en moeten, dan lijkt **bij alle partijen een mentaliteitsverandering nodig** om tot 2020 wezenlijk voortgang te boeken. De urgentie is groot, maar de 'sense of urgency' is nog vaak onvoldoende aanwezig.*

Adequate uitkomstbekostiging kan als volgt stapsgewijs worden ingevoerd:

1. Om te beginnen kan worden overgestapt van bekostiging per monodisciplinaire zorgactiviteit/-bundel naar bekostiging per multidisciplinaire zorgbundel per episode/patiënt. Het uitbreiden met enkele aandoeningen kan een eerste stap zijn naar populatiegerichte bekostiging waarbij de risicodragende aanbieder laat zien de zorg ziekte-overstijgend te kunnen organiseren;
2. Het geleidelijk verruimen van de multidisciplinaire zorgbundels ten behoeve van prikkels tot kostenbeheersing, samenwerking en coördinatie, innovatie en secundaire preventie;
3. Het vaststellen van kostendoelstellingen voor afgebakende zorgvormen voor bepaalde populaties patiënten, en vervolgens het delen van eventuele besparingen ten behoeve van prikkels tot het beperken van het aantal zorgepisoden (primaire preventie) en kostenbeheersing;
4. Het geleidelijk verschuiven van het risico voor overschrijdingen van de kostendoelstellingen naar zorgaanbieders;
5. Het zetten van de finale stap naar integrale bekostiging per verzekerde ten behoeve van prikkels tot primaire preventie ('gezond houden') en sterkere prikkels voor kostenbeheersing, coördinatie en samenwerking, en innovatie.

Het inbouwen van adequate waarborgen voor goede kwaliteit is bij elke stap belangrijk, maar vooral bij integrale bekostiging per verzekerde vanwege de sterke prikkel tot beknibbelen op kwaliteit. Het zetten van de laatste stap zal voor bepaalde zorgvormen echter niet altijd nodig zijn om te kunnen spreken van adequaat systeem van uitkomstbekostiging. Uiteindelijk kan dan worden volstaan met een gemengd systeem, bestaande uit drie elementen (1) een integrale, voor risicokenmerken gecorrigeerde bekostiging met risicodeling voor een vooraf afgebakende populatie verzekerden, (2) een multidisciplinaire bekostiging per patiënt voor een aantal helder afgebakende zorgepisodes (zoals voor zwangerschap en bepaalde electieve ingrepen), en (3) een stimulerende prestatie-/resultaatsbeloning voor goede kwaliteit van zorg. Hoe dan ook is het van groot belang om nieuwe vormen van uitkomstbekostiging geleidelijk te implementeren en zorgvuldig te monitoren en te evalueren, en de vormgeving, indien nodig, navenant aan te passen.

Concluderend: de lastige route richting adequate uitkomstbekostiging is een noodzakelijke en – met weldoordachte stappen – tevens begaanbare weg. Brede introductie uiterlijk in 2020 is echter niet realistisch.

Om tot 2020 maar ook daarna vaart te (blijven) maken bevat het rapport een aantal aanbevelingen voor betrokken partijen. Een selectie hiervan is als volgt:

- *Zorgverzekeraars, zorgaanbieders, overheid:* (faciliteer het) gebruik (van) meerjarencontracten. Meerjarencontracten geven blijk van vertrouwen, verlagen de transactiekosten, maken gedetailleerde contracten overbodig, en geven aanbieders te mogelijkheid om investeringen terug te verdienen. Stabiliteit in (overheids)beleid draagt bij aan zekerheid en kan daarmee het gebruik van meerjarencontracten bij de zorginkoop (inclusief uitkomstbekostiging) stimuleren.
- *Zorgverzekeraars en zorgaanbieders:* investeer in vertrouwensrelaties door gezamenlijk te werken aan een beperkte set betrouwbare uitkomstindicatoren en meerjarenafspraken te maken met concrete kwaliteits- en kostendoelstellingen.
- *Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en overheid:* werk aan de ontwikkeling en toepassing van modellen voor risicocorrectie en –deling. Het belang van een adequate risicocorrectie bij de vaststelling van de basisbekostiging moet niet worden onderschat en neemt toe naar mate meer zorgvormen en -aanbieders onder de bekostiging vallen. Dit is in Nederland nieuw terrein. Het is daarom belangrijk om onderzoek te (laten) doen naar relevante populatie-/risicokenmerken en statistische modellen voor risicocorrectie/-deling. Het ligt voor hand gebruik te maken van de kennis van het risicovereveningssysteem voor zorgverzekeraars; een belangrijke kanttekening daarbij is dat dit systeem over een periode van ruim twintig jaar voor een ander doel is ontwikkeld, en bovendien nog niet is voltooid.
- *Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en overheid:* zet gezamenlijk concrete stappen richting meer transparantie in kwaliteit. Het proces richting meer transparantie in de zorg is de laatste jaren traag verlopen. De stabiliteit en kwaliteit van de meeste indicatorsets is beperkt, en bovendien zijn er nauwelijks indicatoren die daadwerkelijk uitkomsten van zorg meten. Het gezamenlijk optrekken van verzekeraars en strakkere overheidssturing is gewenst. Zorgaanbieders dienen transparant te zijn naar patiënten en verzekeraars over de inhoud en de uitkomsten van zorg, en meer centrale sturing te accepteren op de ontwikkeling en meting van indicatoren alsmede op de registratie en openbaarmaking van de benodigde gegevens.
- *Zorgverzekeraars en zorgaanbieders:* werk aan waarborgen voor goede kwaliteit en integreer financiële prikkels voor kwaliteit en voor kostenbeheersing. Vershraling van kwaliteit kan worden tegengegaan via een goed monitoringsysteem en expliciete prikkels voor kwaliteit.
- *Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en overheid:* werk gezamenlijk aan het implementeren en faciliteren van een hoogwaardige, gedeelde ICT-infrastructuur. Realisatie van een dergelijke structuur is essentieel maar kost tijd en is duur, wat pleit voor het collectief optrekken en investeren in deze, gefaciliteerd door de overheid.

- *Zorgaanbieders en patiënten(organisaties)*: betrek de patiënt expliciet bij het eigen zorgtraject én de meting van kwaliteitsuitkomsten. Participatie bij de eigen zorg en de ontwikkeling van zorgstandaarden is van groot belang voor goede uitkomsten, maar gebeurt weinig. Individuele zorgplannen waarin onder andere de rol van de patiënt ten aanzien van het eigen zorgtraject wordt benoemd, vormen de basis voor een goede participatie. Een belangrijke taak van patiëntenorganisaties is het geven van heldere voorlichting aan patiënten over wat integrale bekostiging van hun zorg betekent, wat daarvoor rechten en plichten zijn, en het belang van participatie bij de vormgeving en uitvoering van individuele zorgplannen.

Inleiding

Ondoelmatige zorg en inadequate bekostiging

Stijgende zorgkosten en onvrede over de kwaliteit van zorg zijn problemen waar beleidsmakers en bestuurders in de gezondheidszorg al jaren mee worden geconfronteerd. In veel landen – waaronder Nederland – groeien de zorgkosten sterker dan de economie, schiet de kwaliteit van zorg op diverse punten tekort (RVZ 2011), en duidt praktijkvariatie in het aantal uitgevoerde chirurgische ingrepen op ruimte voor doelmatigheidsverbetering (Douven et al. 2012; ZN 2014). De uitdaging om de zorg te verbeteren en tegelijkertijd de zorgkosten te beheersen is door vooraanstaand wetenschapper en zorgbestuurder Donald Berwick gearticuleerd in de ‘triple aim’ van zorgsystemen: (1) het verbeteren van gezondheidsuitkomsten voor populaties, (2) het verbeteren van de kwaliteit van en ervaringen met zorg, en (3) het beperken van de (groei in) zorgkosten (Berwick et al. 2008). Volgens Berwick zijn deze doelen algemeen van toepassing op zorgsystemen, hoewel ze vooral relevant zijn voor ouderen en chronisch zieken vanwege het grote aantal contactmomenten met de gezondheidszorg.

Inadequate bekostigingssystemen dragen bij aan suboptimale zorg

In veel landen – waaronder Nederland – groeien de zorgkosten sterker dan de economie, schiet de kwaliteit tekort, en duidt praktijkvariatie op ruimte voor doelmatigheidsverbetering. Inadequate bekostigingssystemen worden steeds vaker genoemd als één van de oorzaken van deze problemen in de zorg. De huidige bekostigingsmethoden houden fragmentatie in stand, belemmeren goede coördinatie en doelmatige substitutie, ontmoedigen preventie en innovatie, bevorderen over- of onderproductie en hebben geen relatie met gezondheidsuitkomsten.

Inadequate bekostigingssystemen zijn de laatste jaren herhaaldelijk genoemd als één van de oorzaken van de genoemde problemen in de zorg. Zo was een belangrijke conclusie van de recente evaluatie van het Nederlandse zorgstelsel dat het bij *zorgaanbieders* vaak nog ontbreekt aan financiële prikkels voor kwaliteit en doelmatigheid; de huidige bekostigingsmethoden houden fragmentatie in stand, belemmeren goede coördinatie en doelmatige substitutie van zorg, ontmoedigen preventie en kosteneffectieve innovatie, bevorderen over- of onderproductie en hebben geen relatie met gezondheidsuitkomsten (Van Kleef et al. 2014). Zorgaanbieders worden veelal nog *afzonderlijk* en per *activiteit* (zoals een consult) of ‘bundel’ van activiteiten (zoals een DBC-zorgproduct) bekostigd, met als resultaat dat het aanbod vooral is gericht op het leveren van afzonderlijke activiteiten en producten die tussen verschillende typen zorgaanbieders (zoals huisartsen en specialisten) bovendien slecht op elkaar zijn afgestemd. De nadruk ligt bij de bekostiging dus niet op de uiteindelijke gezondheidsuitkomst, patiëntervaring en kosten, maar op optimalisatie op het niveau van afzonderlijke activiteiten waardoor het geheel aan zorg dat een patiënt nodig heeft beperkte samenhang vertoont. Juist voor het groeiende aantal chronisch zieken (in 2014 bijna een derde van de Nederlandse bevolking, Gijsen et al. 2014) en ouderen is dit problematisch omdat deze groepen het meest gebaat zijn bij een goede afstemming en samenwerking tussen de diverse betrokken zorgverleners.

Een ander belangrijk knelpunt in het Nederlandse zorgstelsel is de gebrekkige transparantie van de kwaliteit van zorg. Inmiddels worden in het kader van ‘het jaar van de transparantie’ concrete stappen gezet om hier verandering in de brengen (Tweede Kamer 2015a). Een belangrijke vervolgstap is hervorming van de huidige productie- en aanbodgerichte bekostigingsmethoden.

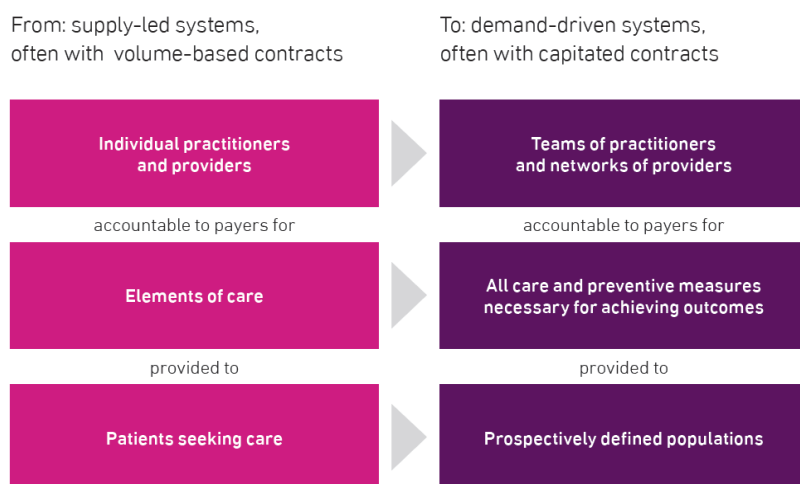
De onvrede over de huidige bekostiging en de wens om te komen tot een meer vraaggerichte en uitkomstgerelateerde bekostiging waarbij de zorg niet alleen is gericht op het behandelen van (aspecten van een) ziekte maar waarbij zorgaanbieders verantwoordelijk zijn voor het realiseren van goede uitkomsten, wordt in Nederland breed gedeeld. In 2011 nam de Tweede Kamer zelfs een motie aan waarin de regering opgeroepen werd om, in overleg met alle partijen, te komen tot een breed gedeelde en gedragen visie op ‘uitkomstbekostiging’ met als doel de introductie van uitkomstbekostiging uiterlijk in 2020 (Tweede Kamer 2011). In een brief aan de Tweede Kamer liet minister Schippers weten deze ambitie te delen (Tweede Kamer 2012):

“Het op lange termijn betaalbaar houden van zorg, zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit, is voor mij één van de belangrijkste vraagstukken van dit moment. (...) Het leveren van doelmatige zorg van (aantoonbaar) hoge kwaliteit moet aantrekkelijker worden dan alleen het leveren van zoveel mogelijk zorg die niet altijd even zinnig en zuinig is. Uitkomstbekostiging (...) biedt wat mij betreft de mogelijkheid om dit te bereiken. Ik deel de oproep van uw Kamer dan ook van harte om hier de komende jaren stevig op in te zetten.”

Inmiddels zijn er verspreid over het land allerlei ‘proeftuinen’ gestart waarbij – onder meer via nieuwe wijzen van bekostigen – een meer geïntegreerde en uitkomstgerichte zorgverlening wordt beoogd, en bevat de bekostigingssystematiek in de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg per 2015 uitkomstgerelateerde elementen.

Idealiter zijn *multidisciplinaire teams* van zorgprofessionals en *netwerken* van zorgorganisaties uiteindelijk *gezamenlijk verantwoordelijk* voor het realiseren van vooraf gedefinieerde en meetbare *uitkomsten* van zorg die niet alleen betrekking hebben op patiënten die zorg nodig hebben, maar ook op helder afgebakende *populaties*. Schematisch ziet de gewenste transitie richting adequate uitkomstbekostiging er als volgt uit:

Figuur 1. Transitie richting adequate uitkomstbekostiging in de zorg



Bron: McClellan et al. (2014: 9).

Realisatie daarvan vereist vérgaande hervorming van de wijze waarop de zorgverlening en de bekostiging daarvan zijn georganiseerd en op elkaar afgestemd. Dat is geen eenvoudige opgave; zoals verderop zal blijken worden de vormgeving en implementatie van uitkomstbekostiging gekenmerkt door vele haken en ogen. Daarnaast zijn de ervaringen in het buitenland met vormen van uitkomstbekostiging niet onverdeeld positief, en blijft het bovendien de vraag wat precies onder uitkomstbekostiging wordt verstaan en hoe het zich verhoudt tot populaire termen als populatiebekostiging, pay-for-performance en shared savings. Welke uitkomsten worden concreet beoogd en hoe kunnen die adequaat worden gemeten en vervolgens bekostigd? Wat zijn essentiële bouwstenen en randvoorwaarden voor adequate uitkomstbekostiging, en wat kan hierbij worden geleerd van ervaringen uit het buitenland? Waar staat Nederland nu en wat is de agenda gegeven de behoefte om te komen tot betere zorguitkomsten en de behaalde resultaten in het buitenland? In hoeverre is introductie van (adequate) uitkomstbekostiging in 2020 haalbaar? Deze vragen staan centraal in dit rapport, waarbij wij ons in beginsel beperken tot uitkomstbekostiging in de curatieve (Zvw-)zorg.

Doelstelling en onderzoeksvragen

Het doel van dit onderzoek is drieledig: (1) het definiëren van het begrip ‘uitkomstbekostiging’ en het in kaart brengen van de essentiële bouwstenen en noodzakelijke randvoorwaarden voor het belonen van goede uitkomsten van zorg langs verschillende dimensies (zie beneden), (2) het inventariseren van relevante ervaringen met uitkomstbekostiging uit het buitenland en het hieruit afleiden van de belangrijkste lessen voor Nederland, en (3) het op basis van 1 en 2 ‘beoordelen’ van de bekostigingssystemen in de Nederlandse curatieve zorg en het formuleren van een agenda voor de korte en lange termijn voor de verschillende stakeholders. Dit betekent dat de volgende onderzoeksvragen centraal staan:

1. Wat wordt precies verstaan onder uitkomstbekostiging in de zorg? Wat zijn de essentiële bouwstenen en noodzakelijke randvoorwaarden voor adequate uitkomstbekostiging?
2. Welke ervaringen zijn in het buitenland opgedaan met uitkomstbekostiging in de zorg en welke kwalitatieve en kwantitatieve effecten op uitkomsten van zorg zijn hierbij gevonden? Welke lessen kunnen worden geleerd voor Nederland?
3. Waar staat Nederland nu en waar kan/moet het naar toe gegeven de behoefte om te komen tot betere uitkomsten van zorg en de behaalde resultaten in het buitenland? Hoe kunnen huidige initiatieven met betrekking tot nieuwe bekostigingsmethoden in de zorg worden beoordeeld? Wat is de agenda voor de korte en lange termijn?

Ad onderzoeksvraag 1

Het doel van de eerste onderzoeksvraag is het ontwikkelen van een conceptueel kader waarin uitkomstbekostiging wordt gedefinieerd en wordt aangegeven hoe adequate uitkomstbekostiging kan worden vormgegeven. Uitgangspunt vormt een onderscheid in vijf dimensies van goede uitkomsten die in samenhang moeten worden gezien: goede kwaliteit, kostenbewust gedrag, goede coördinatie en doelmatige substitutie van zorg, kosteneffectieve innovatie, en preventie.

Hoewel deze dimensies sterk met elkaar samenhangen zijn bekostigingssystemen vaak gericht op één of enkele dimensies. Onderzocht wordt aan welke eisen een bekostigingssysteem moet voldoen om elk van de vijf dimensies van goede uitkomsten te stimuleren. Wat zijn essentiële bouwstenen en noodzakelijke randvoorwaarden voor een succesvolle implementatie van een dergelijk bekostigingssysteem? Deze onderzoeksvraag zal worden beantwoord aan de hand van de theoretische en empirische inzichten uit de wetenschappelijke literatuur.

Ad onderzoeksvraag 2

Het doel van de tweede onderzoeksvraag is het verkrijgen van inzicht in de belangrijkste initiatieven en ervaringen met (bouwstenen van) uitkomstbekostiging in het buitenland met het oog op lessen die daaruit voor Nederland te trekken zijn. Hiertoe zal relevante literatuur worden geanalyseerd en worden voortgebouwd op een inventarisatie die het iBMG enkele jaren geleden heeft uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS (Eijkenaar et al. 2012). Naast een beschrijving van initiatieven van uitkomstbekostiging bevat onderhavig onderzoek een analyse van de beschikbare effecten van die initiatieven. Er worden dan ook alleen initiatieven in het onderzoek betrokken waarvoor gedegen informatie beschikbaar is over de effecten ten aanzien van de vijf dimensies van goede uitkomsten (onderscheiden in onderzoeksvraag 1).

Ad onderzoeksvraag 3

Het doel van de derde onderzoeksvraag is het vertalen van de inzichten van de eerste twee onderzoeksvragen naar de Nederlandse situatie. Hiertoe zullen allereerst de relevante initiatieven op het terrein van uitkomstbekostiging die in Nederland zijn/worden ontplooid in kaart worden gebracht. Vervolgens zal – in het licht van de bevindingen van de eerste twee onderzoeksvragen met betrekking tot de vijf dimensies van goede uitkomsten van zorg en de bouwstenen voor adequate uitkomstbekostiging en de behaalde resultaten in het buitenland – systematisch worden nagegaan in hoeverre de vormgeving van deze initiatieven adequaat is. Tenslotte zal worden besproken wat op korte en lange termijn nodig is om adequate uitkomstbekostiging in Nederland te realiseren. De nadruk zal hierbij liggen op het identificeren van knelpunten in de huidige bekostigingssystematiek(en) die het realiseren van goede uitkomsten op de vijf dimensies in de weg staan, alsmede op het formuleren van concrete oplossingsrichtingen en aanbevelingen voor betrokken partijen (onder andere de overheid, zorgverzekeraars en zorgaanbieders).

Leeswijzer

De drie onderzoeksvragen worden achtereenvolgens in afzonderlijke hoofdstukken beantwoord. Het volgende hoofdstuk gaat in op de definitie en de essentiële bouwstenen van adequate uitkomstbekostiging en bespreekt een tiental noodzakelijke randvoorwaarden voor succesvolle implementatie. Vervolgens worden in hoofdstuk 2 belangrijke lessen van ervaringen met uitkomstbekostiging uit het buitenland gedestilleerd. Tenslotte worden in hoofdstuk 3 relevante Nederlandse initiatieven besproken, en wordt een agenda geformuleerd alsmede aanbevelingen gedaan met betrekking tot de introductie van uitkomstbekostiging in Nederland.

1. Bouwstenen en randvoorwaarden voor adequate uitkomstbekostiging

1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat de eerste onderzoeksvraag centraal: *Wat wordt precies verstaan onder uitkomstbekostiging in de zorg en wat zijn de essentiële bouwstenen en noodzakelijke randvoorwaarden voor adequate uitkomstbekostiging?* In paragraaf 1.2 gaan we allereerst in op het eerste deel van het begrip ‘uitkomstbekostiging’: de uitkomsten. Welke dimensies van goede uitkomsten van zorg zijn te onderscheiden en hoe kunnen deze worden geoperationaliseerd? Daarna geeft paragraaf 1.3 een definitie van adequate uitkomstbekostiging. Paragraaf 1.4 gaat vervolgens in op bekostigingsmethoden in de zorg, waarna in paragraaf 1.5 de essentiële bouwstenen en noodzakelijke randvoorwaarden voor adequate uitkomstbekostiging aan bod komen. Paragraaf 1.6 bevat tenslotte de conclusie.

1.2 Vijf dimensies van goede uitkomsten

Dit rapport hanteert een brede invulling van ‘uitkomst van zorg’ door een onderscheid te maken in vijf dimensies van goede uitkomsten (zie kader) die hieronder verder worden uitgewerkt. De vijf dimensies vormen een weerslag van de maatschappelijke discussie over de beoogde doelen van een adequaat bekostigingssysteem en een nadere specificering van de in de inleiding genoemde *triple aim* (het verbeteren van gezondheidsuitkomsten voor populaties, het verbeteren van de kwaliteit van en ervaringen met zorg, en het beheersen van de zorgkosten).

Vijf dimensies van goede uitkomsten van zorg

- (1) Goede kwaliteit van zorg
- (2) Kostenbewust gedrag
- (3) Goede coördinatie en effectieve substitutie van zorg
- (4) Kosteneffectieve proces- en productinnovatie
- (5) Effectieve preventie

Dimensie 1: goede kwaliteit van zorg

Zoals goede uitkomsten van zorg bestaan uit verschillende dimensies, is ‘kwaliteit van zorg’ eveneens een multidimensionaal concept. Een eerste aspect van kwaliteit is *zorginhoudelijke (technische) kwaliteit*, waarbij een onderscheid mogelijk is tussen de structuur, het proces en de gezondheidsuitkomst van de zorg voor de patiënt (Donabedian 1988). Goede structuur- (zoals het werken met een elektronisch patiëntendossier) en proceskwaliteit (het handelen volgens medisch-professionele richtlijnen/standaarden, zoals regelmatige controle van HbA1c-waarden bij diabetespatiënten) wordt hierbij positief van invloed verondersteld op uitkomstkwaliteit, waarbij uitkomstkwaliteit zowel goede medisch-technische uitkomsten kan betreffen (zoals adequate HbA1c-waarden – een intermediaire uitkomst – en de afwezigheid van complicaties zoals blindheid – een finale uitkomst), als goede uitkomsten vanuit het perspectief van de patiënt (zoals minder pijn of betere kwaliteit van leven). Indicatoren, ofwel meetbare aspecten van de zorgverlening die een aanwijzing geven over de mate van kwaliteit, kunnen worden gebruikt om

de kwaliteit van zorg transparant te maken (Algemene Rekenkamer 2013).¹ Overigens leidt hoge uitkomstkwaliteit (zoals het uitblijven van complicaties) in veel gevallen ook tot lagere kosten (dimensie 2), terwijl voor structuur- en proceskwaliteit vaak het omgekeerde geldt (in ieder geval op korte termijn). Een ander aspect van kwaliteit van zorg is *patiënttevredenheid*, vaak geoperationaliseerd aan de hand van gevalideerde vragenlijsten (ontwikkeld met input van patiënten, zoals de Consumer Quality Index) waarin gevraagd kan worden naar ervaringen van patiënten ten aanzien van bijvoorbeeld bejegening door zorgverlener(s), privacy en voorlichting over het te volgen behandeltraject.

Overigens leidt hoge uitkomstkwaliteit (zoals het uitblijven van complicaties) in veel gevallen ook tot lagere kosten, terwijl voor structuur- en proceskwaliteit vaak het omgekeerde geldt.

Dimensie 2: kostenbewust gedrag

Hiermee wordt bedoeld op de afwezigheid van perverse volume-prikkels en de mate waarin overbehandeling (indicatieverruiming) en onnodig dure zorg (indicatieverschuiving) worden voorkomen. Bij indicatieverruiming worden patiënten ten onrechte geïndiceerd, bijvoorbeeld voor amandelen knippen. Dit leidt niet alleen tot onnodige kosten, maar kan ook schadelijk zijn voor de gezondheid van de patiënt. Bij indicatieverschuiving (*upcoding*) wordt ten onrechte een indicatie met een hoog tarief gekozen, zoals uitgebreid lichamelijk onderzoek waar beperkt onderzoek voldoende is. Gegeven de demografische en technologische ontwikkelingen gaat het bij deze dimensie in de praktijk vooral om het stimuleren van gedrag dat leidt tot een beperktere *kostengroei*, waaraan goede uitkomstkwaliteit en effectieve preventie een belangrijke bijdrage kunnen leveren. Overigens zal de introductie van uitkomstbekostiging veelal gepaard gaan met implementatie- en transactiekosten die de beoogde besparingen – zeker op korte termijn – kunnen overtreffen. Zo vereisen goede coördinatie van zorg en multidisciplinaire samenwerking forse investeringen in een gemeenschappelijke informatie-infrastructuur (zoals een EPD).

Overigens zal de introductie van uitkomstbekostiging veelal gepaard gaan met implementatie- en transactiekosten die beoogde besparingen – zeker op korte termijn – kunnen overtreffen.

Dimensie 3: goede coördinatie en doelmatige substitutie van zorg

Bij deze dimensie gaat het om de vraag in hoeverre sprake is van goede multidisciplinaire samenwerking (bijvoorbeeld tussen huisartsen, medisch specialisten en verpleegkundigen) en goed op elkaar afgestemde zorg. Goede coördinatie voorkomt overbodige zorg (zoals dubbele diagnostiek) en daarmee onnodige kosten, leidt tot tevredener patiënten (vanwege de betere afstemming), en resulteert in de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plaats (substitutie). Realisatie van deze uitkomst vereist ontwikkeling en herstructurering van informatiesystemen

¹ Een voorbeeld is het percentage kinderen met een te laag geboortegewicht gegeven de zwangerschapsduur (indicator voor eerstelijnsverloskunde).

omdat deze cruciaal zijn voor goede coördinatie, alsmede de herinrichting van bestaande en ontwikkeling van nieuwe zorgpaden tussen aanbieders. Idealiter vervult de patiënt een actieve rol in (de ontwikkeling van) zijn/haar eigen zorgpad, waarbij aanbieders worden gestimuleerd om de patiënt aan te moedigen zijn eigen zorg en gezondheid zo goed mogelijk te managen (zelfmanagement, te faciliteren door bijvoorbeeld e-health toepassingen in de gezamenlijke informatiesystemen). Dit is een gradueel proces waarin de zorg waar mogelijk steeds dichterbij de thuissituatie van de patiënt plaatsvindt, ofwel: effectieve substitutie. Overigens is het bij het realiseren van goede coördinatie tussen betrokken aanbieders (en patiënten) niet noodzakelijk dat de aanbieders tot dezelfde organisatie behoren; mits de markt goed ‘werkt’ kan contractering binnen netwerken ook effectief zijn (McClellan et al. 2014), hoewel de transactiekosten kunnen oplopen in geval van veel onafhankelijke aanbieders werkzaam op verschillende locaties.

Overigens is het bij het realiseren van goede coördinatie tussen betrokken aanbieders (en patiënten) niet noodzakelijk dat de aanbieders tot dezelfde organisatie behoren; mits de markt goed ‘werkt’ kan contractering binnen netwerken ook effectief zijn.

Dimensie 4: kosteneffectieve proces- en productinnovatie

Bij deze dimensie gaat het om de vraag: in welke mate wordt gestimuleerd tot het ontwikkelen en doorvoeren van innovaties die leiden tot lagere kosten bij gelijkblijvende gezondheid, of tot gezondheidswinst (zowel zorginhoudelijk als vanuit het perspectief van patiënten) tegen lagere, gelijkblijvende, of – in verhouding tot de extra baten – beperkte extra kosten? Gedacht kan worden aan de toepassing van nieuwe kosteneffectieve medicijnen, e-health toepassingen die zelfmanagement ondersteunen, ontwikkeling van efficiënte zorgpaden, diseasesmanagement-programma’s en gezamenlijke ICT-systemen waarmee patiënten(gegevens) door alle betrokken aanbieders eenvoudig digitaal kunnen worden gevolgd en die heldere spiegelinformatie geven.

Dimensie 5: effectieve preventie

Hierbij gaat het om (het bestaan van prikkels tot) het zoveel mogelijk gezond houden van de afgebakende populatie individuen waarvoor zorgaanbieders (gezamenlijk) verantwoordelijk zijn, bijvoorbeeld via de ontwikkeling van op maat gesneden zorgprogramma’s voor specifieke doelgroepen – zoals kwetsbare ouderen en mensen met een (verhoogd risico op) een chronische aandoening – gericht op het voorkómen van ziekte en complicaties. Meer dan bij de eerste dimensie (kwaliteit van zorg) gaat het hierbij om het verminderen van de ziektelast c.q. het verbeteren van de gezondheid van *populaties* (hoewel goede kwaliteit daar wel een bijdrage aan levert). Het definiëren van goede uitkomsten op populatieniveau is daarbij van groot belang.

Onderstaande tabel vat de operationalisering van de vijf dimensies van goede uitkomsten samen.

Tabel 1. Dimensies van goede uitkomsten van zorg en operationalisering

<i>Uitkomstdimensie</i>	<i>Operationalisering</i>
1. Goede kwaliteit van zorg	<ul style="list-style-type: none"> - Zorginhoudelijke (technische) kwaliteit - Structuren, processen, uitkomsten - Bij uitkomsten is verder onderscheid mogelijk in: <ul style="list-style-type: none"> o Medisch-technische uitkomsten o Uitkomsten vanuit patiëntperspectief - Te meten via valide en betrouwbare indicatoren - Patiënttevredenheid - Bijvoorbeeld over bejegening, privacy, voorlichting - Te meten via gevalideerde patiëntvragenlijsten
2. Kostenbewust gedrag	<ul style="list-style-type: none"> - Afwezigheid van perverse volume-prikkels - Overbehandeling (indicatieverruiming) en onnodig dure zorg (indicatieverschuiving/upcoding) worden voorkomen - Geen onderbehandeling / onnodig hoge vervolggkosten - Gaat in praktijk vooral om stimuleren van gedrag dat leidt tot een beperktere <i>kostengroei</i>
3. Goede coördinatie / substitutie	<ul style="list-style-type: none"> - Goede samenwerking en goed op elkaar afgestemde zorg - De juiste zorg op het juiste moment op de juiste plaats - Voorkomt overbodige zorg en daarmee onnodige kosten - Vereist hoogwaardige, gezamenlijke ICT-infrastructuur - Patiënt vervult actieve rol in zorgtraject (zelfmanagement)
4. Kosteneffectieve innovatie	<ul style="list-style-type: none"> - Innovatie die leidt tot lagere kosten bij gelijke gezondheid of tot gezondheidswinst tegen lagere, gelijkblijvende, of (in verhouding tot de extra baten) beperkte extra kosten - Bijvoorbeeld nieuwe kosteneffectieve medicijnen of e-health
5. Effectieve preventie	<ul style="list-style-type: none"> - Verminderen van ziektelast c.q. in stand houden of verbeteren van de gezondheid van afgebakende populatie(s) - Definiëren goede uitkomsten op populatieniveau cruciaal

1.3 Definitie adequate uitkomstbekostiging

De vijf dimensies van goede uitkomsten hangen duidelijk sterk met elkaar samen. Zo leidt effectieve preventie tot betere gezondheidsuitkomsten op individu- en populatieniveau en daarmee op termijn tot lagere kosten, en leidt beter afgestemde zorg door goede coördinatie en samenwerking naar verwachting tot tevredener patiënten. Zoals gezegd bevatten de huidige aanbodgerichte bekostigingsmethoden meestal geen stimulans voor goede uitkomsten op deze dimensies. Innovatieve bekostigingsmethoden – zoals het populaire *pay-for-performance* of prestatiebeloning – zijn weliswaar meer uitkomstgerelateerd, doch veelal gericht op slechts één of enkele dimensies. Zo is prestatiebeloning vooral gericht op verbetering van (proces)kwaliteit geleverd door een bepaald type aanbieder (zoals een huisarts), en leidt daarmee doorgaans niet tot betere coördinatie waardoor potentieel belangrijke gezondheidswinst en kostenbesparingen niet worden gerealiseerd. Een *adequaat* systeem van uitkomstbekostiging bevat prikkels voor goede uitkomsten op *alle* dimensies, is niet onnodig gecompliceerd en bevat geen prikkels voor ongewenst gedrag.² Dit leidt tot de volgende definitie van ‘adequate uitkomstbekostiging’³:

² Waar wordt gesproken over ‘prikkels’ wordt steeds bedoeld op *financiële* prikkels, tenzij anders aangegeven.

³ Een bekostigingssysteem dat expliciet is gericht op één of enkele dimensies van goede uitkomsten (zoals prestatiebeloning) kan wel als een vorm van uitkomstbekostiging worden gezien, maar is als zodanig minder adequaat dan *adequate* uitkomstbekostiging.

Wat is adequate uitkomstbekostiging?

Een zo eenvoudig mogelijk, vraaggestuurd bekostigingssysteem dat expliciet is gericht op het stimuleren van zorgaanbieders tot het realiseren van goede uitkomsten van zorg in termen van kwaliteit, kosten, coördinatie en preventie, en dat tevens stimuleert tot kosten-effectieve innovatie en geen prikkels bevat voor ongewenst gedrag.

In de volgende paragraaf gaan we in op de prikkelwerking van diverse bekostigingsmethoden om uiteindelijk te komen tot twee essentiële bouwstenen van adequate uitkomstbekostiging:

1. Een integrale basisbekostiging per persoon/verzekerde;
2. Expliciete prikkels voor kwaliteit via prestatiebeloning.

1.4 Bekostigingsmethoden in de zorg

Bij de analyse van bekostigingsmethoden voor zorgaanbieders is het verhelderend om een onderscheid te maken tussen twee componenten die idealiter zo goed mogelijk op elkaar zijn afgestemd: de basisbekostiging en prestatiebeloning. Het belang van het hanteren van een *basisbekostiging* vloeit voort uit het feit dat het in de zorg beperkt mogelijk is om contractuele afspraken te maken over een financiële beloning voor goede prestaties omdat het in de zorg vaak lastig is om prestaties goed te meten en na te gaan in hoeverre behaalde resultaten daadwerkelijk zijn toe te schrijven aan bepaalde behandelingen en/of aanbieders. Dit probleem, dat voortvloeit uit de multidimensionale aard van kwaliteit van zorg, wordt in de wetenschappelijke literatuur aangeduid als het *multitasking* probleem (Holmstrom en Milgrom 1991), refererend aan de uiterst lastige – zo niet onmogelijke – opgave om prikkels zodanig in te richten dat goede uitkomsten voor alle mogelijke zorgactiviteiten worden gestimuleerd in een situatie waarin gewenste uitkomsten van sommige activiteiten lastiger te meten zijn dan die van andere activiteiten. Een adequate bekostigingsmethode zal daarom in ieder geval moeten bestaan uit een basiscomponent die niet gerelateerd is aan geleverde zorgprestaties.

Waarom basisbekostiging onafhankelijk van zorgprestaties?

Aangezien het onmogelijk is om prikkels zodanig in te richten dat goede uitkomsten voor alle mogelijke zorgactiviteiten worden gestimuleerd, zal een adequate bekostigingsmethode in ieder geval moeten bestaan uit een basiscomponent die niet gerelateerd is aan geleverde zorgprestaties.

In beginsel zijn vier basisbekostigingsmethoden te onderscheiden:

1. Bekostiging per zorgactiviteit (*fee-for-service*)
2. Bekostiging per zorgbundel per patiënt (*bundled payment*)
3. Bekostiging per zorgbundel per verzekerde (*capitation payment*)
4. Vast bedrag per periode (salaris of budget)

Een additionele bekostigingscomponent, *prestatiebeloning*, kan worden gebruikt om de basisbekostiging aan te vullen met expliciete prikkels voor kwaliteit en/of kostenbeheersing. Afhankelijk van de prikkels in de basisbekostiging kan de nadruk liggen op kwaliteit of op kosten, doch in de praktijk gaat het meestal om kwaliteit. De laatste jaren is de toepassing van prestatiebeloning in de zorg steeds populairder geworden bij zorginkopers en beleidsmakers, onder andere ingegeven door een achterblijvende kwaliteit van zorg, de snelle ontwikkeling van valide en betrouwbare kwaliteitsindicatoren en de tekortkomingen in de huidige bekostiging.

Bij bekostigingsmethoden is voorts nog een belangrijk onderscheid te maken in het aantal typen zorgaanbieders en -activiteiten waarop de bekostiging betrekking heeft. Is dat één type aanbieder (een monodisciplinaire solo-/groepspraktijk of maatschap) of zijn dat meerdere typen aanbieders die *als collectief* worden bekostigd (een multidisciplinair netwerk of organisatie)? Bij één type aanbieder heeft de bekostiging altijd betrekking op een onderdeel van de zorg (mogelijk een afzonderlijke zorgactiviteit) en bestaat er geen stimulans voor multidisciplinaire samenwerking en coördinatie. Bij een netwerk is er sprake van een multidisciplinair samenwerkingsverband tussen verschillende typen aanbieders. Vaak is sprake van een hoofdaannemer (bijvoorbeeld een zorggroep) die de zorg coördineert en de betaling ontvangt en gebruikt voor de bekostiging van contracteerde onderaannemers (i.e. zorgverleners die de zorg leveren). Bij een multidisciplinaire organisatie is geen sprake van contractering in een markt, maar maken de relevante aanbieders deel uit van dezelfde organisatie. Een voorbeeld is een ziekenhuis waarbij de diverse disciplines (e.g. chirurgen, verpleegkundigen, anesthesisten) in loondienst zijn. Net als bij een netwerk kan de bekostiging betrekking hebben op een deel van de zorg (zoals bij een ziekenhuis) of op het volledige pakket aan noodzakelijke zorg (zoals bij *health maintenance organizations* in de Verenigde Staten). Een voordeel van een gezamenlijke betaling aan een multidisciplinair samenwerkingsverband of organisatie is dat er prikkels bestaan voor goede coördinatie en substitutie van zorg. Deze prikkels nemen toe naar mate er meer typen zorgactiviteiten – en dus typen zorgaanbieders – onder de bekostiging vallen. Een nadeel van een netwerk is dat de transactiekosten van contractering en zorgcoördinatie flink kunnen oplopen omdat de betrokken zorgverleners vaak werkzaam zijn in onafhankelijke praktijken op verschillende locaties.

Hieronder gaan we in op de voor- en nadelen van de vier basisbekostigingsmethoden in termen van de aanwezigheid van prikkels voor goede uitkomsten van zorg langs de vijf dimensies.

Bekostiging per zorgactiviteit

De meest eenvoudige en wereldwijd van oudsher meest toegepaste bekostigingsmethodiek is fee-for-service bekostiging. Zorgaanbieders voeren afzonderlijke zorgactiviteiten uit (zoals een consult door een huisarts, een zitting door een fysiotherapeut, een MRI-scan door een radioloog, een echoscopie door een internist, een tweevlaksvulling door een tandarts, etc.) en declareren achteraf de kosten (prijs of tarief) bij de zorgverzekeraar.

- **Kwaliteit.** In beginsel bevat deze bekostigingswijze geen prikkel voor het leveren van goede technische kwaliteit omdat extra activiteiten die nodig zijn vanwege aanhoudende klachten of complicaties bekostigd worden. Er bestaat echter ook geen prikkel voor *beknibbelen* op kwaliteit, bijvoorbeeld door uit financiële overwegingen niet de beste behandeling te geven. Onderbehandeling wordt dus voorkomen, in tegenstelling tot bijvoorbeeld bij een vast salaris of abonnementshonorarium (zie verderop). Voorts bestaat er een prikkel tot het realiseren

van hoge patiënttevredenheid; tevreden patiënten kunnen immers makkelijker vaker worden gezien en behandeld, wat leidt tot extra inkomsten.

- Kostenbewust gedrag. Deze bekostigingswijze bevat geen prikkel tot kostenbewust gedrag, integendeel; er bestaan juist prikkels tot verlening van onnodig(e) (dure) zorg via verruimen en/of verschuiven van indicaties. Bij indicatieverruiming worden patiënten ten onrechte geïndiceerd, wat leidt tot onnodige kosten en tevens schadelijk kan zijn voor de gezondheid van de patiënt. Bij indicatieverschuiving (*upcoding*) wordt ten onrechte een indicatie met een hoog tarief gebruikt. Voorts is er als gevolg van de volume prikkel (hoe meer activiteiten, hoe meer inkomsten) en het openeinde-karakter geen sprake van kostenbeheersing.
- Coördinatie/substitutie. Een inherent nadeel van fee-for-service bekostiging is dat er geen prikkel bestaat voor doelmatige coördinatie met andere aanbieders (bijvoorbeeld in het kader van ketenzorg). Coördinatiewerkzaamheden worden niet beloond omdat de bekostiging betrekking heeft op *afzonderlijke zorgactiviteiten* verleend door één type zorgaanbieder.
- Innovatie. Bij fee-for-service bestaat er een prikkel tot effectieve innovatie, i.e. ontwikkeling en toepassing van nieuwe technologieën (zoals geneesmiddelen en diagnostische apparatuur) met positieve gezondheidsbaten. De bekostiging vindt immers plaats op basis van werkelijk gemaakte kosten, zodat elke innovatie met positieve baten gestimuleerd wordt, ongeacht de kosten (ervan uitgaande dat de zorg wordt opgenomen in het basispakket). Hoewel er dus een prikkel bestaat tot innovatie⁴, bestaat er geen prikkel tot *kosteneffectieve* innovatie.⁵
- Preventie. Er bestaat in principe geen prikkel voor preventie en ‘gezond houden’. Immers, hoe gezonder, hoe minder vraag er is naar zorg en hoe minder er gedeclareerd kan worden.
- Overige voor- en nadelen. Voordelen van een fee-for-service systeem zijn de eenvoud en de transparantie over de geleverde zorgactiviteiten.

Bekostiging per zorgbundel per patiënt

De essentie van bekostiging per patiënt is dat er een indicatie wordt gesteld op basis van de diagnose van de aandoening/klacht en dat de betaling afhankelijk is van de indicatie. De bundel betreft een clustering van *samenhangende* zorgactiviteiten rondom een bepaalde diagnose of behandeling, zoals de diagnose/behandeling van beroerte, heupfractuur of diabetes. Bekende voorbeelden zijn de bekostiging van Amerikaanse ziekenhuizen op basis van Diagnosis-Related Groups (DRG's)⁶, de DOT-systematiek in Nederlandse ziekenhuizen en de keten-DBC's voor chronische zorg in de Nederlandse eerstelijns. Een verschil tussen de keten- en ziekenhuis-DBC's is dat keten-DBC's worden geleverd door een multidisciplinair samenwerkingsverband⁷, terwijl ziekenhuis-DBC's min of meer monodisciplinair van aard zijn.

⁴ Waarbij het vooral gaat om *product*innovatie omdat *proces*innovatie vaak met name gericht is op kostenreductie.

⁵ In zijn klassieke artikel *The Health Care Quadrilemma* verwoordde Burton Weisbrod (1991: 536) één en ander als volgt: “Retrospective reimbursement sends a clear signal to the R&D sector: develop new technologies that enhance the quality of care, regardless of the effects on costs.”

⁶ Het DRG-concept is in de jaren '70 in de VS ontwikkeld door Fetter en Thompson om een bekostigingssysteem voor Medicare (de federale zorgverzekering voor 65-plussers) te maken. Bij de oorspronkelijke implementatie in 1982 ging het om 466+1 producten (de DRG's), waarbij de laatste een niet te groeperen restgroep vormde (Fetter et al. 1981). Het aantal DRG's is sinds 1982 ruim verdubbeld en het systeem heeft wereldwijd veel navolging gekregen, waaronder in Australië, Canada, Japan, het Verenigd Koninkrijk en Nederland.

⁷ Gedacht kan worden aan een multidisciplinair samengestelde zorggroep die zelf alle zorg benodigd voor de behandeling van (bijvoorbeeld) diabetes of COPD levert, of een overwegend monodisciplinaire zorggroep met een multidisciplinair netwerk van onderaannemers (e.g. huisartsen, fysiotherapeuten, diëtisten, etc.) die de zorg leveren.

- **Kwaliteit.** De mate waarin sprake is van een prikkel voor goede kwaliteit hangt af van de mate waarin de kosten van behandeling van eventuele complicaties en/of toekomstige gezondheidsklachten onder de bekostiging vallen. Bij de DRG's is deze prikkel bijvoorbeeld groter als de kosten van heropname(s) door complicaties onder de betaling vallen; men kan dan immers geld overhouden door direct een goede kwaliteit te leveren. Vallen die kosten niet onder de bekostiging, dan bestaat juist een prikkel tot onderbehandeling binnen de betreffende zorgbundel. Overigens is de eventuele prikkel voor goede kwaliteit van zorg bij deze bekostigingswijze altijd impliciet; het is bijvoorbeeld niet zo dat de hoogte van de bekostiging direct afhankelijk is van het aantal heropnames als gevolg van complicaties.
- **Kostenbewust gedrag.** Een voordeel van deze bekostigingswijze is dat er een prikkel bestaat voor kostenbeheersing binnen de zorgbundel, bijvoorbeeld via doelmatige substitutie en goede afstemming van zorg. Er bestaat echter mogelijk ook een stimulans tot het stellen van meer en/of zwaardere indicaties dan nodig (upcoding), vooral wanneer er onduidelijkheid bestaat over de benodigde omvang van de zorg (het 'grijze gebied'). De mate waarin deze prikkel bestaat is afhankelijk van de precieze vormgeving. Bij DRG's worden ziekenhuizen bijvoorbeeld betaald per opname en bestaat de prikkel om de indicatie tot opname te stellen als de patiënt ook poliklinisch of in dagbehandeling kan worden behandeld. Bij de DBC-zorgproducten bestaat juist een prikkel tot doelmatige substitutie tussen deze zorgvormen omdat poliklinische zorg en dagbehandelingen in de bundel zijn inbegrepen. Wel bestaat bij deze bekostigingswijze altijd een positieve relatie tussen het aantal geleverde zorgbundels en de inkomsten, zodat er geen prikkel bestaat tot kostenbeheersing buiten de zorgbundel.
- **Coördinatie/substitutie.** Een inherent nadeel van bekostigingsmethoden voor één type zorgaanbieder is dat goede coördinatie met andere zorgaanbieders niet wordt beloond en gestimuleerd. Dit is het geval bij de DRG's en de DBC-zorgproducten voor ziekenhuizen. Wel bestaat er een prikkel voor efficiënte substitutie en afstemming van zorg *binnen* de zorgbundel. Naarmate de zorgbundel meer zorgvormen gaat bevatten die kunnen worden geleverd door ander type zorgaanbieders (zoals bij de keten-DBC's voor chronische zorg), zullen de prikkels tot *multidisciplinaire* coördinatie en substitutie toenemen.
- **Innovatie.** Vanwege het prospectieve karakter (i.e. de bekostiging vindt vooraf plaats, dus niet op basis van werkelijke kosten) bestaat er in vergelijking tot fee-for-service een grotere prikkel tot *kosteneffectieve* proces- en productinnovatie.⁸ Dit geldt echter alleen voor de zorg die onder de zorgbundel valt.
- **Preventie.** Net als een fee-for-service systeem biedt bekostiging per patiënt in principe geen prikkel voor (primaire) preventie omdat er een positieve relatie bestaat tussen het aantal zorgbundels en de inkomsten. Afhankelijk van de vormgeving kan de prikkel tot secundaire preventie echter groter zijn, bijvoorbeeld als de kosten van de behandeling van aanhoudende en/of verergerende klachten onder de betaling vallen; men kan dan immers geld overhouden door dergelijke klachten zoveel mogelijk te voorkomen.
- **Overige voor- en nadelen.** Een potentieel nadeel is de stimulans tot het verschuiven van kosten die eigenlijk onder de zorgbundel vallen, naar andere zorgaanbieders. Een ander potentieel nadeel is de prikkel tot risicoselectie, ofwel het selecteren van patiënten met

⁸ Zoals verwoord door Weisbrod (1991: 537): "The new signal [to the R&D sector] is: develop new technologies that reduce costs, provided that quality does not suffer too much".

minder-dan-gemiddelde verwachte kosten binnen de onderscheiden prijsklassen van de betalingen per zorgbundel. Deze prikkel geldt vooral als patiënten binnen een zorgbundel sterk verschillen in zorgzwaarte. De prikkel tot risicoselectie neemt toe naarmate de zorgbundel betrekking heeft op meer zorgvormen en -kosten, en kan worden verkleind door de bundels zo goed mogelijk af te stemmen op specifieke patiëntengroepen. Een nadeel van een dergelijke verfijning is dat dit de mogelijkheden voor upcoding vergroot omdat de verschillen tussen de bundels geringer worden. Onder meer om de mogelijkheden voor upcoding te verminderen⁹ is de DBC-systematiek in Nederland in 2012 grondig herzien, waarbij het aantal zorgbundels is teruggebracht van 30.000 DBC's tot circa 4.400 DBC-zorgproducten. De clustering in minder zorgproducten kan echter leiden tot sterkere prikkels tot risicoselectie omdat per cluster de heterogeniteit van de geleverde activiteiten en daarmee de variatie in kosten per patiënt kan toenemen. Bij de vormgeving van deze bekostigingsmethode moeten de nadelen van risicoselectie en upcoding dus tegen elkaar worden afgewogen. Een andere manier om de prikkel tot risicoselectie te mitigeren is via (statistische) correctie voor verschillen in zorgzwaarte. Hierbij wordt de bekostiging per zorgbundel 'gecorrigeerd' voor relevante (risico)kenmerken van de betreffende patiënten, i.e. kenmerken die van invloed zijn op de zorgkosten van die patiënten met betrekking tot de zorgvormen die onder de bundel vallen. Voor patiënten met een hoog risico op complicaties (bijvoorbeeld vanwege comorbiditeit) ontvangt de zorgaanbieder dan een hoger bedrag dan voor patiënten met een relatief laag risico op complicaties. Een dergelijke correctie is in de praktijk echter niet eenvoudig te implementeren; voor elke zorgbundel moet immers worden bepaald welke patiëntkenmerken van belang zijn (en of die data vervolgens routinematig kunnen worden verzameld), evenals de statistische methode waarmee de daadwerkelijke correctie plaatsvindt.

Risicoselectie versus upcoding

De prikkel tot risicoselectie neemt toe naarmate de zorgbundel betrekking heeft op meer zorgvormen en -kosten, en kan worden verkleind door de bundels zo goed mogelijk af te stemmen op specifieke patiëntengroepen. Een nadeel van dergelijke verfijning is dat dit de mogelijkheden voor upcoding vergroot omdat de verschillen tussen de bundels geringer worden [...]. Bij de vormgeving van deze bekostigingsmethode moeten de nadelen van risicoselectie en upcoding dus tegen elkaar worden afgewogen.

Bekostiging per zorgbundel per verzekerde

Bij een betaling per zorgbundel per verzekerde ontvangt de zorgaanbieder een vast bedrag per persoon per periode voor een vooraf omschreven zorgpakket. Een voorbeeld in Nederland is het abonnementshonorarium dat huisartsen voor voormalig ziekenfondsverzekerden ontvingen. Het verschil met bekostiging per patiënt is dat de bundel niet alleen bestaat uit activiteiten die zijn gerelateerd aan een specifieke diagnose en/of behandeling, maar uit een breder scala aan zorg (inclusief preventie). De mate waarin de prospectieve bekostiging voldoende is in relatie tot de inspanningen die de aanbieder moet verrichten (voor het leveren van de zorg) is in beginsel voor

⁹ Hasaart (2011) vond aanwijzingen voor upcoding voor een aantal diagnosen. In 2011 kreeg de Ommelander Ziekenhuis Groep een boete van €500.000 van de NZa wegens het declareren van poliklinische DBC's als duurdere klinische DBC's (Keuzenkamp 2012).

risico van de aanbieder. Om dit risico te beperken kunnen afspraken worden gemaakt over of alleen risico wordt gedragen over besparingen, of ook over tekorten. Ook kunnen afspraken worden gemaakt over *risicodeling*: loopt de aanbieder risico over het gehele verschil tussen de kosten en de betaling, of slechts over een bepaald percentage daarvan? Hoe groter het aantal ingeschreven verzekerden, hoe beter de aanbieder in staat is tot het dragen van risico.¹⁰

- **Kwaliteit.** Een belangrijk nadeel van bekostiging per verzekerde is de prikkel tot het beknibbelen op kwaliteit, bijvoorbeeld door uit financiële overwegingen niet de beste (duurste) behandeling te geven. De zorgaanbieder kan te ver gaan in het beperken van het zorggebruik en daarmee de patiënt noodzakelijke zorg onthouden (onderbehandeling). Daarnaast is er een beperkte stimulans voor het realiseren van hoge patiënttevredenheid omdat tevreden patiënten naar verwachting vaker komen, wat de kosten doet stijgen. Daar staat tegenover dat het bij deze bekostigingswijze van belang is om voldoende klanten te hebben, wat gerealiseerd kan worden via een klantgerichte dienstverlening.
- **Kostenbewust gedrag.** Bij deze bekostigingsmethode bestaat er een sterke stimulans voor kostenbeheersing met betrekking tot het geheel aan zorgactiviteiten dat onder de bekostiging valt, bijvoorbeeld via het voorkomen van onnodig(e) (dure) zorg en substitutie. Hoe meer zorgvormen onder de zorgbundel vallen, hoe sterker de prikkel tot kostenbewust gedrag.
- **Coördinatie/substitutie.** Zoals gezegd is een nadeel van bekostigingsmethoden voor een afzonderlijke discipline (zoals een huisarts) dat er geen prikkel is voor goede afstemming en samenwerking met ander type aanbieders. Dat geldt ook voor bekostiging per verzekerde voor zover de zorgbundel monodisciplinair van aard is, zoals vóór 2006 het geval was bij het abonnementshonorarium dat huisartsen voor voormalig ziekenfondsverzekerden ontvingen. Aangezien niet contractueel was vastgelegd welke zorg huisartsen precies moesten verlenen, was het voor hen financieel aantrekkelijk om de kosten te verschuiven via doorverwijzing naar medisch specialisten. Dit kan worden ondervangen door huisartsen ook financieel medeverantwoordelijk te maken voor de vervolgcosten, zoals bij *GP Fundholding* in het Verenigd Koninkrijk (zie kader).

GP Fundholding

GP fundholding werd in de jaren '90 ingevoerd in het Verenigd Koninkrijk. Huisartsen in een *fundholding practice* ontvingen voor bij de praktijk ingeschreven personen een abonnements-honorarium dat niet alleen betrekking had op huisartsenzorg, maar ook op poliklinische zorg, geneesmiddelen en (vervolg)kosten van verwijzingen naar specialisten (Vermaas 1996). Een vérgaande variant was *total purchasing*, waarbij huisartspraktijken een integrale betaling ontvingen voor alle potentieel benodigde zorg voor bij hen ingeschreven personen. Alleen grote (groeps)praktijken met minimaal 20.000 patiënten kwamen daarvoor in aanmerking.

- **Innovatie.** Bij deze bekostigingsmethode bestaat een sterke prikkel tot kostenbesparende innovatie; vanwege de prikkel tot onderbehandeling en beknibbelen op kwaliteit wordt kosteneffectieve innovatie niet noodzakelijk gestimuleerd. Hoewel het mogelijk is dat

¹⁰ Ook bij betaling per patiënt loopt de aanbieder risico over het verschil tussen de kosten en de betaling en kunnen afspraken worden gemaakt over risicodeling. Vanwege de beperkte reikwijdte (activiteiten rondom één specifieke aandoening/diagnose/behandeling) is dit risico echter inherent kleiner dan bij betaling per verzekerde (een breed scala aan zorgvragen/aandoeningen, inclusief preventieve zorg).

kostenbesparende en preventiegerichte innovatie positieve kwaliteits-/gezondheidseffecten heeft¹¹ en kosteneffectieve innovatie dus niet is uitgesloten, biedt deze bekostigingswijze hiervoor geen garantie.

- Preventie. Van alle basisbekostigingsmethoden is de prikkel tot preventie het sterkst bij bekostiging per verzekerde. Immers, hoe beter erin wordt geslaagd de verzekerdenpopulatie gezond te houden, hoe lager het zorggebruik en de -kosten. De prikkel tot preventie neemt toe (en de prikkel tot onderbehandeling af) naarmate een groter deel van de zorgkosten van toekomstige gezondheidsklachten binnen de contractperiode onder de bekostiging vallen.
- Overige voor- en nadelen. Een belangrijk nadeel van bekostiging per verzekerde is dat er een prikkel bestaat tot risicoselectie en kostenverschuiving. Omdat de bekostiging betrekking heeft op een breder scala aan zorg dan bij bekostiging per patiënt, is de prikkel tot selectie groter en daarmee ook het belang van goede risicocorrectie, vooral wanneer de zorgbundel multidisciplinair van aard is (i.e. zorg bevat die door meerdere typen aanbieders kan worden geleverd). Zo is bekend dat mensen met een laag opleidingsniveau gemiddeld een hoger zorggebruik hebben dan mensen met een hoog opleidingsniveau (e.g. Van der Horst en Ter Rele 2013); zonder correctie voor (indicatoren voor) opleidingsniveau hebben aanbieders dan een prikkel om laag opgeleiden te weren, bijvoorbeeld door middel van het verlenen van slechte service en/of doorverwijzing (kostenverschuiving) naar andere zorgaanbieders.

Vast bedrag per periode

Bij zowel een salaris als een budget is sprake van een vast bedrag per periode voor een vooraf bepaald takenpakket. Het verschil met bekostiging per verzekerde is dat er bij een salaris/budget geen sprake is van een afgebakende populatie waar de aanbieder verantwoordelijk voor is.¹²

- Kwaliteit. Voor zover salaris-/budgetverschillen tussen aanbieders niet samenhangen met prestaties qua kwaliteit is er geen prikkel voor een goede kwaliteit. Hoewel er geen directe prikkel bestaat tot onderbehandeling, is niet uitgesloten dat uiteindelijk minder zorg wordt geleverd dan nodig is omdat een hoge arbeidsproductiviteit niet wordt gestimuleerd. Voorts bestaat er geen prikkel voor het realiseren van een hoge patiënttevredenheid.
- Kostenbewust gedrag. In tegenstelling tot bij fee-for-service is bij een salaris sprake van een prikkel om zo min mogelijk vraag naar zorg te genereren omdat de betaling onafhankelijk is van de geleverde inspanningen. Bij een budget kan deze prikkel ook gelden, maar dit is niet noodzakelijkwijs het geval. Zo kan gelden dat het budget voor de volgende periode wordt verlaagd als het niet volledig wordt besteed, wat juist een prikkel geeft om tegen het einde van de periode extra vraag of andere kosten te genereren om het budget 'vol te maken'.
- Coördinatie/substitutie. Een vast bedrag per periode bevat geen stimulans voor een goede coördinatie van zorg en samenwerking voor zover sprake is van een monodisciplinair zorgtakenpakket (tenzij goede afstemming de werklust verlicht). Dit is per definitie het geval bij een salaris. Indien een budget betrekking heeft op meerdere aanbieders, dan is sprake is van een prikkel tot doelmatige samenwerking en coördinatie, mits eventuele besparingen op het budget (deels) ten gunste komen van de hoofdaannemer/organisatie.

¹¹ Voorbeelden van dergelijke innovaties zijn gezamenlijke ICT, technologie die doelmatige taakherschikking en substitutie faciliteert, en geneesmiddelen die dure (vervolg)behandelingen voorkomen.

¹² Als een budget echter wordt bepaald op basis van de adherente populatie van de zorgaanbieder (bijvoorbeeld een ziekenhuis), dan is er vrijwel geen verschil tussen een budget en bekostiging per verzekerde.

- **Innovatie.** Een nadeel van een vast bedrag per periode is de afwezigheid van een prikkel tot kosteneffectieve innovatie. Wel bestaat er bij een budget een prikkel tot kostenbesparende innovatie omdat dat een grotere besparing op de vooraf vastgestelde betaling kan betekenen. Bij een salaris bestaat een prikkel tot tijdbesparende innovatie omdat daarmee bij hetzelfde takenpakket minder hard hoeft te worden gewerkt.
- **Preventie.** Hoewel er geen directe prikkel bestaat voor preventie, leidt het voorkómen van gezondheidsproblemen tot minder vraag wat leidt tot meer vrije tijd en een grotere besparing (die mogelijk deels ten gunste komt van de praktijk of organisatie). Onderbehandeling is echter niet uitgesloten omdat er geen prikkel bestaat voor een hoge arbeidsproductiviteit.
- **Overige voor- en nadelen.** Een voordeel van een salaris/budget is dat het zorgaanbieders en zorgverzekeraars zekerheid geeft over de kosten van de zorg die onder de bekostiging valt. Bijkomend voordeel van een salaris (loondienst) is dat de transactiekosten laag zijn ten opzichte van contractering in een netwerk. Nadelen zijn de beperkte transparantie in waar precies voor wordt betaald en de mogelijkheid tot het ontstaan van wachtlijsten. Daarnaast is de wijze waarop het budget wordt vastgesteld relevant. Zo kan een historisch kostenniveau als basis dienen, wat als nadeel heeft dat ondoelmatigheid in het verleden wordt beloond (en doelmatigheid gestraft). Een andere manier is het gebruik van productieparameters. Vóór de invoering van de DBC-systematiek werden de budgetten van ziekenhuizen bepaald aan de hand van specifieke parameters zoals verpleegdagen, opnames, eerste polikliniekbezoeken, erkende bedden, erkende specialistenplaatsen en het type specialistische functies. Het ging daarbij dus niet om de inhoud en uitkomsten van de zorgverlening.

In Tabel 2 staan de voor- en nadelen van de vier basisbekostigingsmethoden samengevat met betrekking tot het al dan niet bestaan van prikkels voor het realiseren van goede uitkomsten van zorg langs de vijf dimensies. Hierbij is uitgegaan van bekostiging voor één type zorgaanbieder (monodisciplinair), wat bij bekostiging per afzonderlijke zorgactiviteit en een vast salaris per definitie het geval is. Naar mate de zorgbundel(s) bij de andere bekostigingsmethoden verbreed word(t)(en) naar andere zorgactiviteiten en ander type zorgaanbieders, dan zullen de prikkels tot vooral kostenbewust gedrag, goede coördinatie en kosteneffectieve innovatie toenemen.

Tabel 2. Bekostigingsmethoden in relatie tot financiële prikkels voor goede uitkomsten van zorg

<i>Bekostiging (monodisciplinair):</i>	<i>Dimensies van goede uitkomsten van zorg</i>				
	Goede Kwaliteit van zorg	Kostenbewust gedrag	Goede coördinatie en substitutie	Kosten-effectieve innovatie	Effectieve preventie
per zorgactiviteit	o	--	--	-	--
per zorgbundel per patiënt	o	-	--	o	-
per zorgbundel per verzekerde	-	+	--	-	+
vast bedrag per periode	-	o	-	-	o

Mengvormen

Uit het bovenstaande blijkt dat aan alle basisbekostigingsmethoden belangrijke voor- en nadelen kleven, vooral wanneer zij van toepassing zijn op één type aanbieder. Een voor de hand liggende manier om de nadelen te mitigeren is het combineren van methoden met tegengestelde prikkels. In de praktijk komt dat relatief vaak voor. Zo was in de huisartsenzorg tot 2015 sprake van

bekostiging per zorgactiviteit (consult en M&I-verrichtingen), per patiënt (de keten-DBC's) en per verzekerde (het inschrijftarief). Dergelijke combinaties hebben als doel een uitgebalanceerde set van prikkels te creëren (Robinson 2001). Volgens Ellis en McGuire (1986) heeft combinatie van retrospectieve bekostiging per zorgactiviteit en prospectieve bekostiging per verzekerde (in beide gevallen monodisciplinair) de voorkeur boven het gebruik van één van beide methoden afzonderlijk omdat de prikkels tot onder- en overbehandeling elkaar neutraliseren. Om twee redenen zouden de verrichtingentarieven dan wel onder de marginale kosten (i.e. de kosten van het leveren van één extra verrichting) moeten liggen. Ten eerste bestaat er idealiter geen prikkel voor onnodige zorg. Ten tweede zijn mensen als gevolg van verzekeringsdekking (grotendeels) prijsongevoelig en hebben daardoor de neiging teveel zorg te gebruiken. Omdat zorgaanbieders vraag naar hun eigen diensten kunnen creëren ligt het voor de hand om de verrichtingentarieven onder de marginale kosten vast te stellen. In dat geval is wel een tweede bekostigingscomponent vereist. Immers, de inkomsten moeten minimaal de kosten dekken en tarieven compenseren zorgaanbieders niet voor alles wat zij zouden moeten doen.¹³ Andersom verkleint het gebruik van tarieven voor aparte activiteiten de noodzaak tot gedetailleerde risicocorrectie omdat de betaling per verzekerde slechts van toepassing is op een deel van de zorgkosten.

Mengvormen houden prikkels in balans

Een combinatie van retrospectieve bekostiging per zorgactiviteit en prospectieve bekostiging per verzekerde heeft de voorkeur boven het gebruik van één van beide methoden afzonderlijk omdat de prikkels tot onder- en overbehandeling elkaar neutraliseren.

Er kan echter een aantal kanttekeningen worden geplaatst bij het combineren van verschillende basisbekostigingsmethoden. Ten eerste is het onwaarschijnlijk dat alle genoemde nadelen worden weggenomen. Zo is geen combinatie denkbaar waarbij goede kwaliteit expliciet wordt gestimuleerd. Daarnaast kunnen additionele nadelen optreden, zoals het gevaar van dubbele bekostiging van dezelfde zorg, meer complexiteit en hoge transactiekosten. Een andere optie om de nadelen van basisbekostigingsmethoden (deels) te mitigeren is het gebruik van expliciete prikkels voor kwaliteit en/of kostenbeheersing via prestatiebeloning.

Prestatiebeloning

Bij prestatiebeloning ontvangen zorgaanbieders expliciete financiële beloningen bovenop de basisbekostiging bij goede scores op indicatoren. De laatste jaren wordt prestatiebeloning steeds meer toegepast in de zorg, deels ingegeven door het feit dat het een intuïtief en theoretisch aantrekkelijke manier is om prestaties te verbeteren: bestaande bekostigingsmethoden bevatten nauwelijks prikkels voor goede kwaliteit en de mogelijkheden voor het meten van kwaliteit zijn de laatste jaren flink toegenomen. Adequate toepassing van prestatiebeloning is in de praktijk echter complex. Zo is een antwoord vereist op een viertal lastige vragen (Eijkenaar 2013):

1. De eerste vraag betreft de definitie en meting van 'de prestatie'. Zoals gezegd ligt de nadruk bij prestatiebeloning vaak op kwaliteit omdat het vaak lastig is om via de basisbekostiging

¹³ Tarieven belonen vooral voor de *kwantiteit* van de zorg en niet voor bijvoorbeeld de *beschikbaarheid* van zorg zoals noodzakelijke infrastructuur.

adequate prikkels voor kwaliteit te realiseren. Hoewel het doel van prestatiebeloning veelal het verbeteren van gezondheidsuitkomsten is, wordt vooral gebruik gemaakt van structuur- en procesindicatoren. Dit heeft te maken met het feit dat uitkomsten sterk worden bepaald door factoren die door aanbieders niet beïnvloedbaar zijn, zoals toeval en patiëntkenmerken. Hoewel grote patiëntaantallen en goede correctie voor *casemix* de invloed van die factoren kunnen beperken, is dat in de praktijk vaak lastig realiseerbaar. Daarnaast speelt de vraag waar de benodigde gegevens vandaan komen. Declaratiegegevens van zorgverzekeraars zijn geschikt voor prestatiebeloning met betrekking tot kosten, doch geven vaak een incompleet en onbetrouwbaar beeld van kwaliteit.¹⁴ Een andere manier is het gebruik van informatie uit medische dossiers. Hiermee kan vaak een breder en scherper beeld worden verkregen van de zorginhoudelijke kwaliteit, doch het extraheren van de benodigde data is arbeidsintensief en daarmee vaak duur, tenzij sprake is van ICT waarmee de data automatisch kunnen worden verzameld en gestructureerd. In Nederland blijkt daar echter vaak nog geen sprake van te zijn (zie e.g. EIB 2012). Ten slotte kunnen vragenlijsten worden gebruikt voor het meten van patiënttevredenheid en technische kwaliteit. Een voorbeeld zijn *patient-reported outcome measures (PROMs)* waarmee de patiëntperceptie van uitkomsten kan worden gemeten.

2. De tweede vraag die bij de toepassing van prestatiebeloning moet worden beantwoord is of prestaties worden gemeten en beloningen uitgekeerd op het niveau van individuele aanbieders of op het niveau van groepen van aanbieders. Bij groepen is vaker sprake van factoren die verbetering kunnen faciliteren, zoals ondersteunend personeel, intercollegiale toetsing en hoogwaardige ICT. Het is echter de vraag in hoeverre de prikkels worden doorgespeeld naar groepsleden. Ook bestaat een risico op liftersgedrag, ofwel leden die zich lui opstellen omdat zij op basis van de inspanningen van collega's toch al in aanmerking komen voor een beloning. De mogelijkheden voor liftersgedrag nemen toe naarmate de omvang van de groep groter is en de wederzijdse afhankelijkheden kleiner zijn (Town et al. 2004). Een belangrijk praktisch nadeel van prestatiemeting op individuniveau zijn de vaak kleine patiëntaantallen. De kans op een betrouwbare meting is dan klein, zodat kwaliteitsscores voor een groot deel op toeval gebaseerd zouden kunnen zijn.
3. De derde vraag betreft de structuur van de financiële prikkel. Hierbij kan gedacht worden aan de aard van de beloning (positief of negatief), de omvang van de beloning in relatie tot de basisbepaling, het aantal en type prestatiedoelen (absoluut of relatief), en de frequentie van betalen. Inzichten uit de gedragseconomie kunnen een bijdrage leveren aan een adequate vormgeving. Zo voorspelt de *prospect theory* dat mensen vanwege een sterke afkeer tegen verliezen sterker reageren op een mogelijke malus dan op een bonus van gelijke omvang (Kahneman en Tversky 1979). Het is echter de vraag of een malus ook daadwerkelijk effectiever is in het induceren van gewenst gedrag omdat individuen vaak negatief reageren op negatieve prikkels (Kahneman et al. 1986), wat kan leiden tot ongewenste effecten.¹⁵

¹⁴ Dat betekent niet dat declaratiegegevens onbruikbaar zijn voor het inzichtelijk maken van kwaliteit. Uitkomsten als volume (zoals het aantal operaties dat een ziekenhuis jaarlijks uitvoert voor een bepaalde aandoening), aantallen complicaties en heropnames, en mortaliteit kunnen goed met declaratiegegevens inzichtelijk worden gemaakt.

¹⁵ Een ander voorbeeld: in theorie verdient een hoge frequentie van belonen de voorkeur boven een lage frequentie omdat mensen toekomstige baten (en kosten) disconteren (Frederick et al. 2002). In de praktijk duurt het echter vaak maanden voordat alle benodigde gegevens over de prestaties van zorgaanbieders zijn verzameld, gecontroleerd en verwerkt, wat een hoge beloningsfrequentie vaak lastig maakt.

4. Bij een ondoordachte vormgeving kan prestatiebeloning diverse ongewenste neveneffecten hebben. Allereerst zouden aanbieders aangezet kunnen worden tot het weren van patiënten voor wie het lastig is om goede prestaties te leveren (risicoselectie), bijvoorbeeld patiënten met een lage sociaal-economische status en/of multimorbiditeit. Goede casemix-correctie kan deze prikkel beperken, doch is in de praktijk vaak lastig. Een ander ongewenst effect is een toename in ongelijkheid tussen specifieke subgroepen patiënten ten aanzien van de toegankelijkheid tot zorg van hoge kwaliteit. Zo is het voor zorgverleners werkzaam in achterstandswijken vaak lastig om goed te scoren op bepaalde indicatoren, waardoor zij op voorhand minder kans hebben op beloning. Hierdoor wordt werken in achterstandswijken minder aantrekkelijk en hebben zorgverleners die in dergelijke wijken werken minder financiële mogelijkheden om te investeren in kwaliteitsverbetering. Tenslotte bestaat het gevaar dat zorgaanbieders zich vooral richten op aspecten van de zorgverlening waarvoor beloningen gelden en daardoor te weinig aandacht besteden aan andere belangrijke aspecten (een direct gevolg van het multitasking probleem). Een voor de hand liggende manier om dergelijke ‘tunnelvisie’ te voorkomen is gebruik van een gevarieerde set van indicatoren die betrekking heeft op veel verschillende aandoeningen/zorgvragen. Het systeem mag echter niet te complex worden omdat het voor de zorgaanbieders dan lastiger wordt om bij hun besluitvorming rekening te houden met de financiële prikkels, wat de effectiviteit van de prestatiebeloning naar verwachting doet afnemen (Mehrotra et al. 2010).

Complexiteit valkuil bij vormgeving prestatiebeloning

Prestatiebeloning mag echter niet te complex worden omdat het voor de zorgaanbieders dan lastiger wordt om bij hun besluitvorming rekening te houden met de financiële prikkels, wat de effectiviteit van de prestatiebeloning naar verwachting doet afnemen.

1.5 Bouwstenen van adequate uitkomstbekostiging

De bekostigingssystematiek in de Nederlandse zorg is in veel opzichten suboptimaal. Het is productie- en aanbodgericht met beperkte prikkels tot kostenbeheersing, kwaliteit, innovatie en preventie. Daarnaast wordt goede coördinatie en doelmatige substitutie meestal niet beloond en daarmee ook niet gestimuleerd. En dat terwijl het belang daarvan steeds groter wordt gezien de stijgende kosten en de complexere wordende zorgvraag (zoals van mensen met multimorbiditeit). Het gebrek aan goede coördinatie heeft vooral betrekking op het ‘schot’ tussen de eerste- en de tweedelijnszorg¹⁶, doch ook *binnen* de eerste- en tweedelijnszorg worden goede coördinatie en samenwerking veelal niet beloond (Van Kleef et al. 2014).

Om goede coördinatie en substitutie te bevorderen zijn in 2010 keten-DBC's ingevoerd voor diabetes, COPD en vasculair risicomanagement. Deze DBC's gaan uit van integrale bekostiging van samenhangende zorg voor patiënten met de betreffende ziekte. Een cruciaal verschil met de ziekenhuis-DBC's, is dat bij keten-DBC's sprake is van bekostiging van zorg geleverd door een *multidisciplinair* samenwerkingsverband. In beginsel worden daarmee prikkels ingebracht voor

¹⁶ Zo ontmoedigt het hanteren van aparte macrobudgettaire dekkaders voor eerstelijns- en tweedelijnszorg doelmatige substitutie omdat dit in de eerstelijnszorg leidt tot een overschrijding van het macrobudget en vervolgens tot navenante kortingen (Van Kleef et al. 2014). Het schot heeft echter niet alleen betrekking op de bekostiging en financiële prikkels, maar ook op de aparte organisaties, patiëntendossiers en protocollen.

doelmatige substitutie, kostenbewust gedrag met betrekking tot de zorg waarop de bekostiging van toepassing is, en preventie van complicaties en ziekenhuisopnames die herleidbaar zijn tot de aandoening. Een evaluatie van de keten-DBC's wees echter uit dat weliswaar sprake was van betere coördinatie van de betreffende zorg (vooral binnen de eerstelijns), maar dat het systeem ook tekortkomingen kent (EIB 2012). Zo gaat het uit van bekostiging per aandoening en is daarmee ongeschikt voor de groeiende groep mensen met multimorbiditeit, en gaat het voorbij aan de mogelijkheid om de aandoening te voorkomen. Voorts spelen kwaliteitsuitkomsten en benchmarking nog nauwelijks een rol, is de bekostiging feitelijk nog verre van integraal¹⁷ en komt patiëntparticipatie bij de eigen zorg (bijvoorbeeld in de vorm van zelfmanagement) nog niet van de grond terwijl dat juist bij chronische zorg erg belangrijk is.

Uitgangspunt: huidige bekostiging inadequaal

De bekostigingssystematiek in de Nederlandse zorg is in veel opzichten suboptimaal. Het is productie- en aanbodgericht met beperkte prikkels tot kostenbeheersing, kwaliteit, innovatie en preventie. Daarnaast wordt goede coördinatie en doelmatige substitutie meestal niet beloond en daarmee ook niet gestimuleerd. En dat terwijl het belang daarvan steeds groter wordt gezien de stijgende kosten en de complexere wordende zorgvraag.

De Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging ziet de keten-DBC's dan ook niet als eindpunt, maar meer als tussenstation in de richting van integrale populatiebekostiging waar preventieve zorgactiviteiten en tweedelijnszorg ook deel van uitmaken. *Integrale bekostiging* impliceert dat de bekostiging niet langer per activiteit plaatsvindt, maar per aandoening, patiënt of verzekerde (ofwel per bundel van zorgactiviteiten). Een nadeel van bekostiging per aandoening is, zoals gezegd, dat het ongeschikt is voor mensen met multimorbiditeit. *Populatiebekostiging* is ziekte-overstijgende, multidisciplinaire bekostiging van afgebakende zorgvormen voor afgebakende populaties (patiënten of verzekerden). Bekostiging per patiënt stimuleert kostenbeheersing, coördinatie en doelmatige substitutie, en innovatie; bekostiging per verzekerde biedt daarnaast ook een stimulans tot preventie (het gezond houden van de populatie). Deze prikkels worden steeds sterker naarmate de bekostiging betrekking heeft op meer type zorgaanbieders (i.e. meer multidisciplinair wordt). Om tenslotte te voorkomen dat onderbehandeling plaatsvindt en kwaliteit onderbelicht blijft wordt de basisbekostiging per verzekerde idealiter aangevuld met stimulerende prestatie-opslagen voor goede kwaliteit.

Integrale bekostiging en populatiebekostiging

Integrale bekostiging impliceert dat de bekostiging niet langer per activiteit plaatsvindt, maar per aandoening, patiënt of verzekerde (ofwel per bundel van zorgactiviteiten).

Populatiebekostiging is ziekte-overstijgende, multidisciplinaire bekostiging van afgebakende zorgvormen voor afgebakende populaties (patiënten of verzekerden). Bekostiging per patiënt stimuleert kostenbeheersing, coördinatie en doelmatige substitutie, en innovatie; bekostiging per verzekerde biedt daarnaast ook een stimulans tot preventie ('gezond houden').

¹⁷ In 2012 werd slechts 8% van de totale zorgkosten van diabetespatiënten gedekt door integrale bekostiging (EIB 2012). Zo zijn de kosten van farmacie en tweedelijnszorg (grotendeels) niet opgenomen in de keten-DBC.

Samenvattend bestaat een theoretisch optimale bekostigingssystematiek uit twee bouwstenen: **een integrale basisbekostiging per verzekerde, aangevuld met expliciete prikkels voor goede kwaliteit via prestatiebeloning**. Tabel 3 laat zien dat een dergelijke systematiek in termen van prikkels voor goede zorguitkomsten de voorkeur verdient ten opzichte van monodisciplinaire (basis)bekostigingssystemen.

Tabel 3. Bekostigingsmethoden in relatie tot financiële prikkels voor goede uitkomsten van zorg

	<i>Dimensies van goede uitkomsten van zorg</i>				
	Goede Kwaliteit van zorg	Kostenbewust gedrag	Goede coördinatie en substitutie	Kosten-effectieve innovatie	Effectieve preventie
Bekostiging (monodisciplinair):					
per consult/verrichting	o	--	--	-	--
per zorgbundel per patiënt	o	-	-	o	-
per zorgbundel per verzekerde	-	+	-	-	+
vast bedrag per periode	-	o	-	-	o
Bekostiging (multidisciplinair):					
per zorgbundel per verzekerde (i.e. populatiebekostiging) en prestatiebeloning voor kwaliteit	++	++	++	++	++

1.6 Randvoorwaarden voor adequate uitkomstbekostiging

Een ideaaltypische bekostigingssystematiek leidt echter *alleen* tot goede uitkomsten wanneer is voldaan aan diverse cruciale randvoorwaarden. Op grond van zowel de theoretische literatuur als de inzichten uit empirisch onderzoek zijn tien belangrijke randvoorwaarden voor adequate uitkomstbekostiging te identificeren. Een aantal van deze randvoorwaarden is dermate *noodzakelijk* dat als er onvoldoende aan is voldaan terwijl de bekostiging wordt vormgegeven volgens de genoemde bouwstenen het resultaat op een aantal uitkomstdimensies mogelijk minder goed uitpakt dan onder de huidige bekostigingssystematiek. Met andere woorden: als aan de onderstaande randvoorwaarden niet of onvoldoende wordt voldaan, dan kan de theoretisch optimale bekostigingsmethode in de praktijk verre van optimaal uitpakken.

Lees de bijsluiter!

Als aan de onderstaande randvoorwaarden niet of onvoldoende wordt voldaan, dan kan de theoretisch optimale bekostigingsmethode in de praktijk verre van optimaal uitpakken.

Hieronder wordt ingegaan op de tien geïdentificeerde randvoorwaarden en op knelpunten die kunnen optreden bij het realiseren van die randvoorwaarden.

1. **Adequate afbakening populatie(s)**. Welke individuen (en dus zorgaanbieders) vallen onder de ‘populatie’? Hiervoor zijn verschillende mogelijkheden, waaronder afbakening op basis van (1) *gemeente-/postcodegrenzen*, (2) *persoonskenmerken* zoals leeftijd of aandoening, (3) *inschrijving* bij artsen die zijn aangesloten bij betrokken hoofdaanemers, en (4) inschrijving bij artsen die zijn aangesloten bij betrokken hoofdaanemers én op basis van *verzekerde zijn* bij de deelnemende verzekeraar(s). In een zorgstelsel met concurrerende verzekeraars liggen

de laatste twee vormen het meest voor de hand (wellicht in combinatie met de tweede vorm). Afbakening op basis van inschrijving heeft daarnaast als voordeel dat de geleverde zorg en behaalde uitkomsten eenduidig zijn toe te schrijven aan de aanbieders op wie de bekostiging betrekking heeft. Idealiter gaat het in alle gevallen om verantwoordelijkheid voor het welzijn van de gehele persoon. Dus ook als de populatie ‘alleen’ diabetespatiënten omvat, gaat het bij populatiebekostiging om het dragen van verantwoordelijkheid voor alle zorg die deze patiënten mogelijk nodig hebben (dus niet alleen de zorg gerelateerd aan hun diabetes). Op deze manier wordt preventie gestimuleerd, ligt de focus niet alleen op het behandelen van de aandoening en wordt dubbele bekostiging voorkomen. Het ligt echter voor de hand om op weg richting dergelijke *whole person accountability* te starten met verantwoordelijkheid voor specifieke ziekte-episodes of zorgbundels (zoals bij de keten-DBC's), zodat aanbieders kunnen wennen aan het dragen van risico en gaandeweg de (ICT-)capaciteiten kunnen ontwikkelen voor uitkomstgerichte zorg.

‘Whole person accountability’ is eindstation

Het ligt voor de hand om op weg richting ‘whole person accountability’ te starten met verantwoordelijkheid voor specifieke ziekte-episodes of zorgbundels (zoals bij de keten-DBC's), zodat aanbieders kunnen wennen aan het dragen van risico en gaandeweg de (ICT-)capaciteiten kunnen ontwikkelen voor uitkomstgerichte zorg.

2. **Adequate definitie zorgbundel(s).** Een belangrijke voorwaarde voor toepassing van integrale bekostiging per (multidisciplinaire) zorgbundel is vanzelfsprekend een adequate beschrijving van de samenhangende zorg die onder de bundel(s) valt. Bijvoorbeeld bij de keten-DBC's wordt het pakket aan zorg dat binnen de bekostiging aangeboden dient te worden afgeleid uit *zorgstandaarden*, ofwel documenten die vanuit patiëntenperspectief een op actuele en zo mogelijk wetenschappelijk onderbouwde inzichten gebaseerde functionele beschrijving geven van de multidisciplinaire zorg (EIB 2012).¹⁸ Idealiter worden de bundels ontwikkeld in nauwe samenwerking met zorgaanbieders en patiëntenorganisaties; dat kan echter leiden tot inertie in het implementatieproces, zeker in geval van een groot aantal afzonderlijke zorgbundels. Bij bekostiging per *verzekerde* is, in vergelijking tot bekostiging per patiënt, een open omschrijving van de bundel meer op zijn plaats (e.g. ‘zorg zoals wijkverpleegkundigen die plegen te bieden’) omdat dat partijen in staat stelt op lokaal niveau afspraken te maken (bijvoorbeeld over doelmatige substitutie en taakherschikking).
3. **Risicodragende aanbieder(s).** Een belangrijke vraag is welke partij bij de bekostiging optreedt als ‘hoofdaannemer’ en daarmee verantwoordelijk is voor het efficiënt organiseren, coördineren en leveren van de multidisciplinaire zorg. Een eerste voor de hand liggende partij in Nederland zijn de zorggroepen, ofwel “organisaties van met name eerstelijns-zorgaanbieders die met zorgverzekeraars contracten sluiten om de zorg in een bepaalde regio te coördineren en uit te voeren met als doelstelling de kwaliteit van zorg te verbeteren” (EIB 2012: 18).¹⁹ Vaak zijn het groepen huisartsen die als hoofdcontractant andere disciplines

¹⁸ Hieronder valt ook de ondersteuning bij zelfmanagement en relevante prestatie-indicatoren (EIB 2012).

¹⁹ Er zijn in Nederland momenteel ongeveer 100 zorggroepen (De Jong-van Til et al. 2012).

contracteren, zoals fysiotherapeuten, diëtisten en medisch specialisten. Een mogelijk knelpunt is dat er in veel regio's slechts één zorggroep aanwezig is, wat kan leiden tot regionale machtsposities. Het is niettemin mogelijk dat eventuele machtsposities tijdelijk zijn vanwege schaalnadelen; veel zorggroepen zijn opgericht om in het kader van de keten-DBC's onderhandelingsmacht te hebben richting verzekeraars. Wanneer de huidige omvang niet optimaal blijkt te zijn voor de coördinatie en levering van multidisciplinaire zorg zullen deze zorggroepen op termijn uiteenvallen in kleinere zorggroepen die elkaar binnen een regio beconcurreren en waarbij de multidisciplinaire zorg en samenwerking dan meer op lokaal/wijkniveau plaatsvindt (Varkevisser et al. 2009). Het is dan denkbaar dat die lokale zorggroepen wel op regionaal niveau samenwerken, bijvoorbeeld op het gebied van ICT, kwaliteitssystemen en de ontwikkeling van richtlijnen. Naast hoge coördinatiekosten hebben grote groepen als nadeel dat de kans op liftersgedrag vrij groot is. Hoe groter de omvang en hoe kleiner wederzijdse afhankelijkheden, hoe lastiger liftersgedrag is te ontdekken en hoe meer de prikkels tot doelmatigheid worden verdund (Town et al. 2004, Gaynor et al. 2004).²⁰ Een ander knelpunt is dat de meeste zorggroepen onvoldoende geëquipeerd en professioneel georganiseerd zijn om de verantwoordelijkheid voor de afstemming met en contractering van complexe tweedelijnszorg te kunnen dragen. Een tweede voor de hand liggende kandidaat om in Nederland als hoofdaannemer te fungeren zijn dan ook de ziekenhuizen. Als hoofdaannemers zouden ziekenhuizen de financiële verantwoordelijkheid op zich kunnen nemen om voor een adherente populatie het gehele proces van zorgverlening te coördineren. Qua omvang en professionaliteit lijken zij hiertoe beter toegerust dan de zorggroepen in de eerste lijn. Een belangrijk knelpunt is echter dat het lastig is om de adherente populatie van een ziekenhuis precies af te bakenen: voor welke populatie is een ziekenhuis precies verantwoordelijk? In tegenstelling tot een huisarts heeft een ziekenhuis geen ingeschreven populatie en is een verplichte inschrijving bij een bepaald ziekenhuis ook niet wenselijk. Wanneer een ziekenhuis echter zorg inkoop bij een huisarts (of zorggroep) zou het ziekenhuis wel de verantwoordelijkheid op zich kunnen nemen voor de bij de betreffende huisarts (of zorggroep) ingeschreven verzekerden, inclusief de tweedelijnszorg die door andere ziekenhuizen wordt geleverd. Aan een dergelijke constructie kleeft echter ook het risico van gedwongen winkelnering en een te sterke machtspositie voor het ziekenhuis.

Ziekenhuis als hoofdaannemer voor integrale populatiegebonden zorg?

Een belangrijk knelpunt bij een ziekenhuis als hoofdaannemer is dat het lastig is om de adherente populatie van een ziekenhuis precies af te bakenen: voor welke populatie is een ziekenhuis precies verantwoordelijk? In tegenstelling tot een huisarts heeft een ziekenhuis geen ingeschreven populatie en is een verplichte inschrijving bij een bepaald ziekenhuis ook niet wenselijk. Indien een ziekenhuis echter zorg inkoop bij een huisarts (of zorggroep) zou het ziekenhuis wel de verantwoordelijkheid op zich kunnen nemen voor de bij de betreffende huisarts (of zorggroep) ingeschreven verzekerden, inclusief de tweedelijnszorg die door andere ziekenhuizen wordt geleverd.

²⁰ Vanwege de naar verwachting hoge transactiekosten ligt het niet voor de hand om individuele praktijken als hoofdaannemer op te laten treden. Het GP-fundholding systeem in het Verenigd Koninkrijk in de jaren '90 leidde bijvoorbeeld tot hoge transactiekosten bij kleine praktijken omdat het budget voor elke praktijk afzonderlijk moest worden bepaald en praktijken vervolgens apart moesten onderhandelen met onderaannemers. Mede hierdoor werd GP-fundholding al snel vervangen door een systeem met grotere inkoopentiteiten ('primary care trusts').

4. **Adequate basisbekostiging.** De basisbekostiging kan op verschillende manieren worden bepaald. Zo kan een *historisch kostenniveau* als basis dienen (eventueel minus een bepaald percentage), met als nadeel dat doelmatigheid in het verleden wordt gestraft. Mits de markt goed ‘werkt’ kan dat nadeel (deels) via *onderhandeling* over op- of afslagen het hoofd worden geboden. Idealiter wordt de basisbekostiging echter gebaseerd op *evidence-based richtlijnen*, ofwel op de kosten die kunnen worden verwacht indien alleen aanbevolen zorg wordt geleverd. Dat is in de praktijk echter geen gemakkelijk opgave. Bij de bepaling van de basisbekostiging is daarnaast adequate *risicocorrectie* cruciaal. Bij integrale bekostiging per verzekerde hebben zorgaanbieders een prikkel tot risicoselectie, ofwel het selecteren van relatief gezonde verzekerden met lage verwachte kosten. Omdat feitelijk risico-overdracht plaatsvindt van verzekeraar naar zorgaanbieder is het cruciaal dat wordt gecorrigeerd voor risicokenmerken van de populatie (Ash en Ellis 2012, Omachi et al. 2013). Een dergelijke correctie is ook relevant voor prestatiebeloning, vooral als de beloning (ook) afhankelijk is van gezondheidsuitkomsten.²¹ Er is echter weinig bekend over hoe bij de bekostiging van zorgaanbieders op een adequate manier kan worden gecorrigeerd voor risico. Er is wel veel kennis beschikbaar over voor risico gecorrigeerde bekostiging van *zorgverzekeraars* (Van de Ven 2014), maar het is vooralsnog onduidelijk in hoeverre die kennis toepasbaar is bij de bekostiging van *zorgaanbieders*. Een mogelijk complicerende factor hierbij is dat aanbieders andere informatie bezitten dan verzekeraars, wat andere eisen stelt aan de risicocorrectie.²² In ieder geval zal slim gebruik van bestaande en nieuwe gegevensbronnen een voorwaarde zijn voor adequate risicocorrectie. Voorts zijn bij bepaling van de basisbekostiging adequate methoden van *risicodeling* van belang. Het is de vraag of aanbieders voldoende in staat zijn tot het dragen van het volledige risico. Idealiter wordt alleen het risico voor ondoelmatige zorg overgedragen aan de aanbieders, zodat de verzekeraar het verzekeraarsrisico behoudt. In de praktijk zijn beide risico’s echter zeer moeilijk van elkaar te scheiden, zodat aanbieders bij risico-overdracht altijd ook een deel van het verzekeraarsrisico dragen (Vermaas 2006). Het functioneren en de effecten van voor risico gecorrigeerde bekostiging zijn afhankelijk van de omvang van de populatie, bijvoorbeeld 2.000 (een huisarts), 200.000 (een zorggroep) of 2.000.000 (een verzekeraar). Hoe kleiner de populatie, hoe groter het risico vanwege grote (toevals)afwijkingen van het statistisch te verwachten resultaat. Om dit risico te beperken kunnen diverse maatregelen worden genomen, zoals *shared savings/losses* (i.e. aanbieders lopen slechts risico over een gedeelte van het verschil tussen de werkelijke kosten en de betaling) en *stoploss-clausules* (i.e. een deel van de kosten – bijvoorbeeld 95% – boven een bepaald bedrag per verzekerde – zoals €10.000 – is voor rekening van de verzekeraar). Om aanbieders te laten wennen aan het dragen van risico ligt het voor de hand om ‘klein’ te beginnen, bijvoorbeeld via het delen van een bepaald percentage van besparingen (*shared savings*, alleen ‘upside risk’) en op termijn ook van tekorten (*shared losses*, ‘downside risk’). Het op verantwoorde wijze verhogen van het risico en het vinden van juiste balans tussen volledige risico-overdracht en risicodeling zal in de praktijk een grote uitdaging zijn.

²¹ De eisen die aan de risicocorrectie worden gesteld zijn sterk afhankelijk van de omvang van de zorgbundel en de afbakening van de populatie. Bij een breed gedefinieerde populatie dienen de gezondheidsuitkomsten te worden gestratificeerd naar individuele gezondheidstoestand en risicofactoren voor diverse aandoeningen.

²² Daarnaast hebben zorgaanbieders naar verwachting meer mogelijkheden om diagnose-informatie en zorggebruik te beïnvloeden dan zorgverzekeraars, wat het gebruik van dergelijke informatie ten behoeve van de risicocorrectie bij uitkomstbekostiging riskanter maakt dan ten behoeve van de risicoverevening voor zorgverzekeraars.

Financiële risicodeling: klein beginnen

Om aanbieders te laten wennen aan het dragen van risico ligt het voor de hand om 'klein' te beginnen, bijvoorbeeld via het delen van een bepaald percentage van besparingen (shared savings, alleen 'upside risk') en op termijn ook van tekorten (shared losses, ook 'downside risk'). Het op verantwoorde wijze verhogen van risico en het vinden van juiste balans tussen volledige risico-overdracht en risicodeling zal in de praktijk een grote uitdaging zijn.

5. **Adequate waarborgen voor kwaliteit.** Integrale bekostiging per verzekerde bevat naast een prikkel tot risicoselectie ook prikkels tot onderbehandeling en beknibbelen op kwaliteit. Verschraling van kwaliteit kan worden tegengegaan via een adequaat kwaliteitsmonitoring-/controlesysteem alsmede expliciete (belonings)prikkels voor goede kwaliteit bovenop de basisbekostiging. Monitoring en waarborging van kwaliteit vereist kwaliteitstransparantie (beschikbaarheid van adequate prestatie-indicatoren) en een gemeenschappelijke informatie-infrastructuur (zie voorwaarde 6). Adequate (belonings)prikkels vereisen daarnaast ook een gedegen en doordachte vormgeving/implementatie. Ten aanzien van *kwaliteitstransparantie* concludeerde de Algemene Rekenkamer (2013) dat de laatste jaren weliswaar belangrijke stappen zijn gezet, maar dat de stabiliteit en kwaliteit van de meeste indicatorsets beperkt is en er nog nauwelijks indicatoren zijn die de *uitkomsten* van zorg meten. Deze conclusie werd recent onderschreven door twee evaluaties van het zorgstelsel, waarin de gebrekkige transparantie als één van de belangrijkste knelpunten werd benoemd (Van Kleef et al. 2014; KPMG 2014). Het nieuwe Kwaliteitsinstituut moet de ontwikkeling en toepassing van kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten gaan stroomlijnen en bevorderen. De kunst zal hierbij vooral zitten in het slim combineren en openbaar maken van bestaande databronnen (medische dossiers, declaratiegegevens, patiëntenregistraties), het ontwikkelen van nieuwe bronnen (zoals klinische en patiëntregistraties waartoe alle betrokken aanbieders toegang hebben) en het omzetten van ruwe data in uitkomsten en indicatoren. Betrokkenheid van aanbieders én patiënten zal bij het proces richting meer kwaliteitstransparantie essentieel zijn. Met betrekking tot *kwaliteitsprikkels* zijn diverse vormen denkbaar, zoals publicatie van (verschillen in) kwaliteitsscores, geen contractverlenging bij onvoldoende kwaliteit, en/of financiële beloning bij goede kwaliteit. Wat de laatste vorm betreft zijn er qua vormgeving voorts twee mogelijke opties: prestatiebeloning als een *apart bekostigingsaspect* (zoals een opslag op de basisbekostiging bij een goede overall kwaliteit) of als *integraal onderdeel* (waarbij bijvoorbeeld de mate waarin besparingen op de basisbekostiging ten gunste komen van de zorgaanbieder afhankelijk is van de overall kwaliteit). Voor beide opties geldt dat een adequate vormgeving en implementatie alsook een goede afstemming op de basisbekostiging essentieel doch geen sinecure zijn. Zo is weinig bekend over welke vormgevingsaspecten in welke context van doorslaggevend belang zijn voor succesvolle implementatie.
6. **Gemeenschappelijke informatie-infrastructuur.** Goed informatiemanagement, ofwel het zorgen dat betrokken aanbieders én patiënten over de juiste informatie beschikken op het moment dat de zorg geleverd/geconsumeerd wordt, is een cruciaal aspect van een integrale, populatiegebonden aanpak van zorg. Een hoogwaardige informatie-infrastructuur die op *persoonsniveau een holistisch beeld van gezondheid* geven is daarbij onmisbaar (Eijkenaar

et al. 2012). Allereerst faciliteert het multidisciplinaire samenwerking en coördinatie via effectieve gegevensuitwisseling. Daarnaast kan het aanbieders ondersteunen bij inhoudelijke beslissingen, bijvoorbeeld via elektronisch voorschrijven en verwijzen, automatische alerts bij contra-indicaties en dubbele zorg, en inzicht in inhoudelijke (zoals scores op indicatoren die voorspellende waarde hebben voor gezondheidsuitkomsten) en financiële prestaties. Ten slotte biedt het mogelijkheden voor e-health (cruciaal voor actieve participatie van patiënten in hun eigen zorgtraject) en zelfmanagement. Implementatie van dergelijke gezamenlijke informatiesystemen gaat echter gepaard met hoge kosten, wat de vraag oproept voor wiens rekening die komen. Als die kosten (deels) voor rekening komen van aanbieders, dan ligt het voor de hand om te werken met *meerjarencontracten* zodat aanbieders de tijd hebben om gemaakte investeringen in ICT (maar ook in preventie, kwaliteitsverbetering en innovatie) terug te verdienen. Deze gedachte wordt ondersteund door de evaluatie van de keten-DBC's; één van de conclusies was dat naast een financiële ook een tijdsinvestering nodig is om een informatiesysteem dat multidisciplinaire samenwerking en verantwoording faciliteert van goed niveau te krijgen. Bestaande monodisciplinaire ICT-systemen moeten bijvoorbeeld worden omgebouwd en vervolgens gekoppeld. Zo lang dat niet goed werkt betekent dat óf extra administratieve lasten voor aanbieders óf een suboptimaal systeem van transparantie.

- 7. Gezonde concurrentie.** Bij integrale bekostiging per verzekerde wordt de zorginkoopmarkt naar verwachting opgesplitst in twee markten: een markt waarop verzekeraars contracten sluiten met hoofdaanemers en een markt waarop hoofdaanemers contracten sluiten met onderaanemers. Om te komen tot beter afgestemde zorg en doelmatige substitutie, moet op beide markten sprake zijn van gezonde concurrentie. Vooral tussen zorggroepen (i.e. een in Nederland voor de hand liggende 'hoofdaanemer') lijkt de concurrentiedruk gering; zo was in 2011 bij circa 60% van de zorggroepen geen andere zorggroep in het verzorgingsgebied aanwezig en was er daarnaast weinig verloop van huisartsen (EIB 2012). Op de eerste markt hebben zorggroepen dus mogelijk weinig prikkels om de kwaliteit van zorg te verbeteren of een prikkel om een te hoge prijs te vragen in verhouding tot de kwaliteit. Naar verwachting kunnen verzekeraars hier weinig tegen doen omdat (1) er weinig te kiezen valt, (2) patiënten meestal geen grote reisbereidheid hebben en (3) zorggroepen nog lastig vergelijkbaar zijn op kwaliteit en patiëntgerichtheid (Varkevisser et al. 2009). Uit empirisch onderzoek blijkt dat minder concurrentie tussen zorggroepen in de periode 2008-2010 inderdaad gepaard ging met een significant hogere prijs per keten-DBC, maar dat het prijsverschil beperkt was (Van Dijk et al. 2014). Op de tweede markt bestaat het risico tot uitbuiting (onredelijke contractvoorwaarden voor onderaanemers) en uitsluiting (niet-participerende aanbieders uitsluiten ten gunste van eigen aanbieders). In beide gevallen is geen sprake van eerlijke concurrentie en komt geen goede prijs-kwaliteitverhouding tot stand. Hoewel het nog onzeker is of de regionale machtsposities tijdelijk of structureel zijn, is duidelijk dat de mogelijkheden tot toetreding van zorggroepen opgericht door andere aanbieders in regio's waar (vrijwel) alle huisartsen samenwerken in een zorggroep beperkt zijn. Huisartsen zijn veelal het eerste aanspreekpunt van patiënten en het is onwaarschijnlijk dat huisartsen eigen patiënten verwijzen naar een andere zorggroep (Varkevisser et al. 2009).

8. **Wederzijds vertrouwen.** In een vraag- en uitkomstgericht zorgsysteem waarin aanbieders worden bekostigd op basis van uitkomsten van zorg is vertrouwen tussen betrokken partijen essentieel. Dit geldt voor de relatie tussen de zorgverzekeraar en aanbieders, maar ook tussen aanbieders onderling; meer dan ooit zijn aanbieders immers gebaat bij goede samenwerking en wederzijds presteren. Het belang van vertrouwen wordt versterkt door de complexiteit van het ‘product’ gezondheidszorg (onder meer leidend tot het multitasking probleem). Uit de contracttheorie volgt dat die complexiteit onvermijdelijk leidt tot *incomplete contracten*. Bij adequate uitkomstbekostiging zijn contracten idealiter meerjarig; korte-termijncontracten geven blijk van wantrouwen, wat leidt tot kostbare, complexe (dichtgetimmerde) contracten. Meerjarencontracten geven blijk van vertrouwen, hoeven daardoor minder specifiek te zijn en zijn dus relatief eenvoudig en minder kostbaar (zie ook randvoorwaarde 10 en de definitie van adequate uitkomstbekostiging in paragraaf 1.3). Bovendien geeft het zorgaanbieders de tijd de vruchten te kunnen plukken van investeringen in bijvoorbeeld ICT en preventie.

Het nut van meerjarencontracten

Uit contracttheorie volgt dat de complexiteit van het ‘product’ gezondheidszorg onvermijdelijk leidt tot incomplete contracten. Bij adequate uitkomstbekostiging zijn contracten idealiter meerjarig; korte-termijncontracten geven blijk van wantrouwen, wat leidt tot kostbare, complexe (dichtgetimmerde) contracten. Meerjarencontracten geven blijk van vertrouwen, hoeven daardoor minder specifiek te zijn en zijn dus relatief eenvoudig en minder kostbaar. Bovendien geeft het zorgaanbieders de tijd de vruchten te kunnen plukken van investeringen in bijvoorbeeld ICT en preventie.

9. **Geen belemmeringen in wet- en regelgeving.** In Nederland zijn al eerder suggesties gedaan om te komen tot integrale bekostiging per verzekerde, waaronder budgethoudende huisartsen (Crebolder 1992), risicodeling tussen verzekeraars en huisartsen (Vermaas 1995, 2006) en het overnemen van de zorgplicht van verzekeraars door ziekenhuizen voor een vast bedrag per verzekerde (Van den Heuvel 2011). Voorheen vormde wet- en regelgeving ten aanzien van tarieven, vestiging/planning, contracteerplicht en verplichte modelcontracten een belemmering voor realisatie van deze suggesties. Vrijwel al die belemmeringen zijn de afgelopen jaren weggenomen door de nieuwe wet- en regelgeving gericht op gereguleerde concurrentie. Niettemin bestaat er nog een aantal belemmeringen dat het realiseren van uitkomstbekostiging in de weg zou kunnen staan. Een *eerste belemmering* is het ontbreken van prestatiebeschrijvingen. De NZa stelt ‘prestaties’ vast op basis waarvan verzekeraars en aanbieders afspraken kunnen maken en aanbieders kunnen worden bekostigd.²³ Ten behoeve van uitkomstbekostiging is het cruciaal dat prestaties zo open mogelijk worden omschreven zodat partijen op lokaal niveau afspraken kunnen maken. Voor de integrale basisbekostiging dient er bijvoorbeeld een prestatie te zijn voor een ‘bedrag per verzekerde’. Van dergelijke open prestatiebeschrijvingen is momenteel vaak nog geen sprake. Zo is er vooralsnog geen ruimte voor het experimenteren met shared savings omdat er geen betaaltitel bestaat voor uitkering van besparingen, terwijl dat juist bij uitkomstbekostiging een belangrijk vehikel

²³ Ook in zorgsectoren met vrije tarieven stelt de NZa prestatiebeschrijvingen vast. Vrije tarieven stellen aanbieders en verzekeraars weliswaar in staat om afspraken te maken over prijs en kwaliteit, maar vaste omschrijvingen zorgen ervoor dat afspraken over de inhoud en organisatie van de zorg beperkt mogelijk zijn. Partijen kunnen wel nieuwe prestaties aanvragen, maar dat zorgt vaak voor veel vertraging (NZa 2014a).

kan zijn bij het creëren van de juiste prikkels. Partijen binnen de recent gestarte proeftuinen hebben de minister dan ook verzocht tot het creëren van een betaaltitel (Tweede Kamer 2014a).²⁴ Het volgende voorbeeld (ontleend aan KPMG 2013) illustreert hoe één en ander in de praktijk gerealiseerd kan worden:

Populatiebekostiging van de HAP/SEH

De basisspoedzorg geleverd op de huisartsenpost (HAP) en spoedeisende hulp (SEH) leent zich goed voor populatiebekostiging. Concreet zou dit inhouden dat het HAP-budget vermeerderd met de spoedzorg uit het ziekenhuis ‘omgeslagen’ wordt over de inwoners die gebruikmaken van deze basisspoedzorg. Het bepalen van welke ziekenhuiszorg ‘geschoond’ moet worden voor het HAP/SEH-budget is echter lastig omdat de situatie van elk ziekenhuis anders is.

De meest eenvoudige manier is het creëren van een HAP/SEH-prestatie door de NZa in de vorm van een bedrag per inwoner (van de bij de basisspoedvoorziening behorende regio). Dit bedrag kan deels worden vastgesteld door de NZa, zoals nu ook voor de HAP, maar daar bovenop dient dan een aanvullend, vrij onderhandelbaar bedrag per inwoner te komen om zorg te verlenen die uit het ‘ziekenhuisbudget’ wegvalt. De som van deze bedragen zal vanwege ontubbeling lager zijn dan de totale uitgaven voor de HAP en SEH nu. Bovendien vervalt de prikkel voor ziekenhuizen om patiënten op de SEH te zien die daar eigenlijk niet thuishoren. De verzekeraar kan dan per ziekenhuis in samenspraak vaststellen hoe groot dit deel is c.q. zou moeten zijn, en hoe dit via prijs-/volumeafspraken rond de DOT-productie weg kan vallen.

Door te werken met een vast bedrag per inwoner (gecorrigeerd voor populatiekenmerken) ontstaat een krachtige prikkel voor partijen om dubbele infrastructuur en teams af te bouwen en samen te werken. Er moeten dan nog wel afspraken gemaakt worden over de uitkomsten van de geleverde basisspoedzorg, zoals (maximale) wachttijd en het percentage doorverwijzingen naar het ‘achterliggende’ ziekenhuis.

Een *tweede mogelijke belemmering* is dat delen van de multidisciplinaire zorgbundel niet onder de basisverzekering vallen, wat een belemmering kan zijn bij ketenzorg (NZa 2012). Het feit dat zorggroepen voor de keten-DBC's nog beperkt gebruik maken van de kennis van fysiotherapeuten zou bijvoorbeeld een gevolg kunnen zijn van het feit dat fysiotherapie vaak alleen wordt vergoed als men aanvullend verzekerd is, terwijl fysiotherapeuten in bepaalde gevallen idealiter deel uitmaken van de multidisciplinaire zorg. Een voor de hand liggende oplossing is om de desbetreffende zorg als verzekerde zorg aan te merken indien het wordt geleverd als onderdeel van een ketenprogramma. Een nadeel hiervan is dat het mogelijk de rechtsgelijkheid aantast. Bij een gelijke premie voor de basisverzekering is vergoeding van fysiotherapie immers afhankelijk van het bestaan van een zorggroep in het woongebied van een verzekerde en of de zorggroep (indien aanwezig) wordt gecontracteerd voor levering van de ketenzorg. Een *derde mogelijke belemmering* is dat aanbieders op basis van de Wet op het Financieel Toezicht door DNB als verzekeraar kunnen worden beschouwd; het lijkt immers onvermijdelijk dat aanbieders ook een deel van het verzekeraarsrisico dragen. Dit zou betekenen dat de aanbieder hoge solvabiliteitsreserves moet hebben, wat in de praktijk een belemmering kan vormen.²⁵ Een mogelijke oplossing is het gebruik van risicodeling.

²⁴ De NZa onderschrijft dat partijen meer ruimte zouden moeten krijgen om afspraken te maken over inhoud en de wijze waarop zorg wordt georganiseerd en bekostigd. In dit kader stelt de NZa voor om meer te werken vanuit een *gebodgedachte* (in plaats van een *verbodgedachte*) waarbij de NZa niet meer bepaalt welke prestaties in rekening mogen worden gebracht, maar wel de randvoorwaarden voor het realiseren van de publieke belangen (NZa 2014a).

²⁵ Dat dit in de praktijk een reële belemmering kan vormen blijkt uit de discussie eind jaren '80 / begin jaren '90 met betrekking tot 'Tandplan', een abonnement voor tandartsen voor hun particulier verzekerde patiënten. De Verzekeringskamer, later opgegaan in DNB, beschouwde Tandplan als verzekering, met hoge solvabiliteitseisen

10. Eenvoud en uitvoerbaarheid. Een laatste randvoorwaarde is (relatieve) eenvoud en de daarmee gepaard gaande uitvoerbaarheid en lage transactiekosten (zie ook de definitie van uitkomstbekostiging in paragraaf 1.3). Een bekostigingssysteem dat dermate complex is dat het praktisch niet uitvoerbaar is, voor partijen niet te begrijpen is (waar wordt precies voor betaald? Zorgt de risicocorrectie echt voor een goede verevening? Wat moet ik doen om in aanmerking te komen voor prestatiebeloning?) en gepaard gaat met excessieve transactiekosten is geen lang leven beschoren. Zoals gezegd kunnen meerjarencontracten een bijdrage leveren aan het beperken van de complexiteit (dichtgetimmerde contracten zijn niet nodig) en kan hoogwaardige ICT-infrastructuur de transactiekosten van coördinatie, preventie en kwaliteitsverbetering beheersbaar houden. Een adequaat systeem van uitkomstbekostiging is echter onvermijdelijk complex, wat pleit voor stapsgewijze implementatie die partijen de tijd geeft elkaars vertrouwen te winnen en de benodigde kennis en capaciteiten te ontwikkelen (bijvoorbeeld met betrekking tot ICT, het dragen van risico, het registreren en meten van uitkomsten, het corrigeren voor risicokenmerken van populaties, etc.).

Tabel 4. Randvoorwaarden en knelpunten van adequate uitkomstbekostiging

<i>Randvoorwaarde</i>	<i>Potentiële knelpunten</i>
1. Adequate afbakening populatie	<ul style="list-style-type: none"> • Toewijzing geleverde zorg en uitkomsten lastig • Hoog risico bij veelomvattende definities
2. Adequate definitie zorgbundel(s)	<ul style="list-style-type: none"> • Ontbreken (adequate) zorgstandaarden • Onvoldoende flexibiliteit en hoge transactiekosten
3. Risicodragende aanbieder(s)	<ul style="list-style-type: none"> • Onduidelijkheid over geschikte hoofdaannemer • Risico op machtspositie bij hoofdaannemer • Risico op liftersgedrag in grote (zorg)groepen • Hoge transactiekosten
4. Adequate basisbekostiging	<ul style="list-style-type: none"> • Ontbreken adequate risicocorrectie • Ontbreken adequate risicodeling
5. Waarborgen voor kwaliteit	<ul style="list-style-type: none"> • Onvoldoende kwaliteitstransparantie: gebrekkige registratie, kwaliteitsindicatoren en ICT (dataverzameling) • Vormgeving en implementatie prestatiebeloning complex
6. Gedeelde ICT-infrastructuur	<ul style="list-style-type: none"> • Onvoldoende prikkels bij afzonderlijke partijen om te investeren in noodzakelijke gedeelde ICT • Onvoldoende consensus over inrichting gedeelde ICT • Langdurige transitie naar gedeelde ICT
7. Gezonde concurrentie	<ul style="list-style-type: none"> • Risico op machtsposities als gevolg van concentratie en onderlinge coördinatie
8. Wederzijds vertrouwen	<ul style="list-style-type: none"> • Nadruk op extrinsieke prikkels en korte-termijn contracten kan vertrouwen ondermijnen
9. Geen juridische belemmeringen	<ul style="list-style-type: none"> • Onvoldoende open prestatiebeschrijvingen • Samenhangende zorg in basis- en aanvullende verzekering • Solvabiliteitseisen DNB voor zorgaanbieders bij risicodeling
10. Eenvoud en uitvoerbaarheid	<ul style="list-style-type: none"> • Adequate uitkomstbekostiging onvermijdelijk complex

voor tandartsen als gevolg. Via een versmalling van de zorgbundel (ongevallen zoals ‘gebroken tand’ werden er bijvoorbeeld uitgehaald) is uiteindelijk voorkomen dat Tandplan als verzekering werd beschouwd (De Volkskrant 1988). Dat deze discussie al speelde bij één discipline suggereert aan dat het bij bekostiging per *multidisciplinaire* zorgbundel per verzekerde zeker een reële belemmering kan zijn.

Tabel 4 presenteert een overzicht van de geïdentificeerde randvoorwaarden en de gesignaleerde potentiële knelpunten. Duidelijk is dat niet aan alle randvoorwaarden simultaan volledig kan worden voldaan omdat zij tot op zekere hoogte conflicteren. Zo conflicteert de randvoorwaarde eenvoud en uitvoerbaarheid met de randvoorwaarde van adequate risicocorrectie en risicodeling en staat een veelomvattende zorgbundel voor een brede populatie mogelijk op gespannen voet met de randvoorwaarde van gezonde concurrentie. Bij de praktische vormgeving van adequate bekostigingsmethoden zal het dus gaan om het zoeken naar een goede balans als het gaat om het voldoen aan deels conflicterende randvoorwaarden. Omdat het op voorhand vaak onduidelijk is waar een goede balans ligt en deze bovendien contextafhankelijk is, is het van groot belang om nieuwe vormen van uitkomstbekostiging geleidelijk te implementeren (via pilots) en zorgvuldig te monitoren en te evalueren.

Naast deze tien noodzakelijke randvoorwaarden die betrekking hebben op de bekostiging geldt voorts nog een aantal *algemene systeemeisen*. Hierbij kan gedacht worden aan adequate prikkels voor verzekeraars (om te investeren in doelmatigheid, bijvoorbeeld via uitkomstbekostiging) en consumenten (Van Kleef et al. 2014, KPMG 2014). Voor een doelmatig zorggebruik is het van belang dat ook consumenten gebaat zijn bij een goede kosten-baten afweging. Substitutie en coördinatie kunnen worden gefrustreerd wanneer consumenten weigeren gebruik te maken van doelmatige aanbieders. Gelijkenschakeling van prikkels zou kunnen plaatsvinden via gepaste eigen betalingen (Van Kleef en Van de Ven 2012), een bonus voor doelmatig gebruik en/of deelname aan *health promotion* interventies (voor stoppen met roken, gezond eten, etc.), of onvolledige vergoeding bij gebruik van ondoelmatige zorgaanbieders of genees- en hulpmiddelen.²⁶

1.7 Conclusie

Een theoretisch optimale bekostigingssystematiek (i.e. adequate uitkomstbekostiging) bestaat uit twee bouwstenen: een integrale, multidisciplinaire basisbekostiging per verzekerde en expliciete prikkels voor kwaliteit via prestatiebeloning. Mits adequaat vormgegeven en geïmplementeerd verdient een dergelijke systematiek de voorkeur boven de huidige (veelal monodisciplinaire) bekostigingssystemen omdat het stimuleren bevat voor goede kwaliteit, kostenbewust gedrag, goede coördinatie en doelmatige substitutie, kosteneffectieve innovatie, en effectieve preventie. Alvorens uitkomstbekostiging tot goede uitkomsten langs deze dimensies kan leiden dient echter eerst aan een aantal noodzakelijke randvoorwaarden te worden voldaan. Sterker nog, indien niet aan de randvoorwaarden wordt voldaan, dan is de *theoretisch* optimale bekostigingsmethode niet *praktisch* optimaal. Zo zijn bij een integrale basisbekostiging per verzekerde de prikkels tot risicoselectie en beknibbelen op kwaliteit maximaal; bij inadequate risicocorrectie en afwezige prikkels voor kwaliteit leidt de bekostiging dan mogelijk tot slechtere uitkomsten dan onder de huidige bekostigingsmethoden. Om het slechtste van twee werelden te voorkomen dient de implementatie van uitkomstbekostiging goed doordacht en stapsgewijs te gebeuren. Op de korte termijn kan, in geval van onvervulde randvoorwaarden, een combinatie van basisbekostigingsmethoden (zoals prospectieve bekostiging per verzekerde gecombineerd met retrospectieve

²⁶ Bij gepaste eigen betalingen worden eigen betalingen gereduceerd bij gebruik van zorg die in verhouding tot de kosten effectief is. De optie tot onvolledige vergoeding bij het gebruik van niet-gecontracteerde zorg zou het voor verzekeraars makkelijker maken om verzekerden te sturen naar doelmatige zorgaanbieders.

bekostiging per zorgactiviteit en/of zorgbundel per patiënt) plus prestatiebeloning praktisch de voorkeur verdienen. Naarmate de randvoorwaarden beter worden vervuld kan het risico van aanbieders geleidelijk worden vergroot en neemt de kans op succesvolle implementatie toe zodat daadwerkelijk sprake is van *adequate* uitkomstbekostiging, ofwel: een zo eenvoudig mogelijk, vraaggestuurd bekostigingssysteem dat expliciet is gericht op het stimuleren van zorgaanbieders tot het realiseren van goede uitkomsten van zorg in termen van kwaliteit, kosten, coördinatie en preventie, en dat tevens stimuleert tot kosteneffectieve innovatie en geen prikkels bevat voor ongewenst gedrag.

Het is duidelijk dat de vormgeving en implementatie van een dergelijk bekostigingssysteem niet eenvoudig is en dat er nog een lange weg te gaan is alvorens adequate uitkomstbekostiging in Nederland kan worden gerealiseerd. Gelukkig is er in het buitenland al behoorlijk wat ervaring opgedaan met (vormen van) uitkomstbekostiging. De vraag welke ervaringen dat zijn en wat Nederland daarvan kan leren staat centraal in het volgende hoofdstuk.

2. Ervaringen met uitkomstbekostiging uit het buitenland

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat de tweede onderzoeksvraag centraal: *Welke ervaringen zijn in het buitenland opgedaan met uitkomstbekostiging in de zorg en welke kwalitatieve en kwantitatieve effecten op uitkomsten van zorg zijn hierbij gevonden? Welke lessen kunnen worden geleerd?* Inventarisatie van de literatuur heeft geresulteerd in elf internationale voorbeelden, waarvan zeven uit de Verenigde Staten, drie uit het Verenigd Koninkrijk en één uit Duitsland. Negen initiatieven zijn nog steeds operationeel (zie Tabel 5). Bij de selectie zijn drie inclusiecriteria gehanteerd: (1) er is sprake van prestatiebeloning en/of een multidisciplinaire basisbekostiging per patiënt of per verzekerde; (2) beschikbaarheid van gedegen kwantitatieve en/of kwalitatieve informatie over effecten van de initiatieven met betrekking tot ten minste één van de vijf uitkomstdimensies²⁷; (3) beschikbaarheid van een heldere beschrijving van de kenmerken en effecten in Nederlands- of Engelstalige literatuur.

Tabel 5. Geincludeerde buitenlandse initiatieven van uitkomstbekostiging in de zorg.

Type bekostiging	Initiatief	Looptijd	Land, regio ^a	Initiator
Prestatiebeloning	1. Hospital quality incentive demonstration	2003–09	VS	Overheid
	2. Hospital value-based purchasing	2012–nu	VS	Overheid
	3. Advancing quality program	2008–nu	Engeland, NW	Overheid
	4. Commissioning for quality & innovation	2009–nu	Engeland	Overheid
	5. Quality and outcomes framework	2004–nu	VK	Overheid
Per patiënt (multidisciplinair)	6. IHA bundled payment demonstration	2010–13	VS, Ca	Private organisatie
Per patiënt (multidisciplinair) + prestatiebeloning	7. PROMETHEUS payment model	2006–nu	VS	Private organisatie
	8. Geisinger ProvenCare	2006–nu	VS, Pa	Geisinger health
Per verzekerde (multidisciplinair) + prestatiebeloning	9. Medicare accountable care organizations	2012–nu	VS	Overheid
	10. Alternative quality contract	2009–nu	VS, Ma	Zorgverzekeraar
	11. Gesundes Kinzigtal	2005–nu	DE, Kinzigtal	Artsennetwerk

^a DE = Duitsland, NW = Noordwesten, VK = Verenigd Koninkrijk, VS = Verenigde Staten.

In de volgende paragrafen worden de elf initiatieven achtereenvolgens besproken, waarbij een onderscheid is gemaakt op basis van het type bekostiging: prestatiebeloning (vijf initiatieven; de basisbekostiging wordt hierbij intact gelaten), multidisciplinaire basisbekostiging per patiënt zonder (één initiatief) en met prestatiebeloning (twee initiatieven), en multidisciplinaire basisbekostiging per verzekerde plus prestatiebeloning (drie initiatieven).²⁸ De belangrijkste succes- en faalfactoren en geleerde lessen worden samengevat in paragraaf 2.6.

²⁷ Met ‘gedegen informatie over effecten’ doelen wij op de beschikbaarheid van onderzoek waarin effecten van het betreffende initiatief in kaart worden gebracht op basis van gegevens van vóór en van na de start van het initiatief voor zowel de interventie- als een controlegroep. Dit is het geval voor negen initiatieven. Voor twee initiatieven (de IHA bundled payment demonstration en het PROMETHEUS payment model) geldt dat dus niet; toch worden deze initiatieven in het onderzoek meegenomen omdat het implementatieproces en de knelpunten die daarbij optraden helder zijn omschreven en interessante lessen voor Nederland bieden.

²⁸ Bij de bespreking van de initiatieven worden de kenmerken van de betreffende bekostigingssystematiek en de evaluatieresultaten (inclusief de drie belangrijkste succes- en/of faalfactoren) en lessen in afzonderlijke tabellen gepresenteerd. De geleerde lessen zijn vooral gedestilleerd met het oog op de relevantie voor Nederland.

Internationale voorbeelden vooral afkomstig uit de VS en het VK

Van de elf geïncludeerde initiatieven van uitkomstbekostiging komen er zeven uit de VS en drie uit het VK. De verklaring voor de nadruk in dit onderzoek op initiatieven uit de VS en het VK is drieledig: (1) beide landen lopen voorop met het experimenteren met uitkomstbekostiging in de zorg; (2) evaluatie van uitkomstbekostiging is vooral in de VS vaak goed mogelijk als gevolg van het gefragmenteerde zorgsysteem (adequate controlegroepen zijn bijvoorbeeld vaak beschikbaar/goed te definiëren); (3) een inclusiecriteria was dat initiatieven beschreven moeten zijn in Nederlands- of Engelstalige literatuur.

In Tabel 6 is aangegeven op welke dimensies van goede uitkomsten van zorg de initiatieven betrekking hebben. Sommige initiatieven zijn/waren gericht op slechts één of enkele dimensies. Dit is bijvoorbeeld het geval bij prestatiebeloning-programma's die verbetering van kwaliteit van zorg vaak als voornaamste doel hebben. Niettemin gaat het hier om relevante ervaringen met uitkomstbekostiging met interessante lessen voor Nederland. Vijf initiatieven bevatten prikkels voor goede uitkomsten op alle vijf de dimensies. Echter, de *mate waarin* sprake is van dergelijke prikkels verschilt per initiatief.

Tabel 6. Buitenlandse initiatieven van uitkomstbekostiging in relatie tot het bestaan van prikkels voor het realiseren van goede uitkomsten van zorg langs vijf dimensies.^a

<i>Initiatief</i>	<i>Goede kwaliteit van zorg</i>	<i>Kostenbewust gedrag</i>	<i>Doelmatige coördinatie en substitutie</i>	<i>Kosten-effectieve innovatie</i>	<i>Effectieve preventie</i>
1. Hospital quality incentive demonstration	X				
2. Hospital value-based purchasing	X	X			
3. Advancing quality program	X				
4. Commissioning for quality & innovation	X			x	
5. Quality and outcomes framework	X				
6. IHA bundled payment demonstration		x	x	x	x
7. PROMETHEUS payment model	X	x	x	x	x
8. Geisinger ProvenCare	X	x	x	x	x
9. Medicare accountable care organizations	X	X	X	X	X
10. Alternative quality contract	X	X	X	X	X
11. Gesundes Kinzigtal	X	X	X	X	X

^aEen 'X' geeft aan dat er sprake is van een sterke prikkel voor goede uitkomsten op (een deel van) de dimensie; een 'x' geeft aan dat dergelijke prikkels weliswaar aanwezig zijn, maar in mindere mate omdat de bekostiging per patiënt plaatsvindt in plaats van per verzekerde (initiatieven 6-8) of omdat de uitkomst slechts beperkt wordt gestimuleerd via prestatiebeloning (initiatief 4).

2.2 Prestatiebeloning

*Hospital quality incentive demonstration*²⁹

De Hospital Quality Incentive Demonstration (HQID) was een samenwerking tussen CMS (de uitvoeringsorganisatie van de ouderenverzekering Medicare) en Premier Inc. (een coalitie van ongeveer 2.500 ziekenhuizen) die liep van oktober 2003 tot en met september 2009. Het was een pay-for-performance programma gericht op het verbeteren van de patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg in ziekenhuizen voor diverse aandoeningen/behandelingen. Van de 421 ziekenhuizen die werden uitgenodigd hebben er uiteindelijk 266 deelgenomen. De HQID fungeerde als pilot

²⁹ Gebaseerd op: Glickman et al. 2007, Lindenauer et al. 2007, Bhattacharya et al. 2009, Ryan 2009, Ryan 2010, Ryan & Blustein 2012, Ryan et al. 2012, Jha et al. 2012.

om input te leveren voor de vormgeving van een ander initiatief: het landelijke *hospital value-based purchasing program* dat in 2012 van start is gegaan (zie verderop).

Hoewel de prestatiebeloning alleen van toepassing was op de bekostiging van zorg geleverd aan Medicare verzekerden (65+), werd de kwaliteit van zorg gemeten voor *alle* patiënten die werden opgenomen in het ziekenhuis voor één van de volgende redenen: longontsteking, hartfalen, bypassoperatie, hartinfarct, of heup- of knie vervanging. Voor elke aandoening/behandeling is een aantal kwaliteitsindicatoren gedefinieerd (zie kader).

Kwaliteitsindicatoren in de Hospital Quality Incentive Demonstration (www.cms.gov)

Acute myocardial infarction

1. Aspirin at arrival
2. Aspirin prescribed at discharge
3. Angiotensin converting enzyme Inhibitor for left ventricular systolic dysfunction
4. Smoking cessation advice/counseling
5. Beta blocker prescribed at discharge
6. Beta blocker at arrival
7. Thrombolytic received within 30 minutes of hospital arrival
8. Percutaneous coronary intervention received within 120 minutes of hospital arrival
9. Inpatient mortality rate (*outcome indicator*)

Coronary Artery Bypass Graft

10. Aspirin prescribed at discharge
11. Bypass graft using internal mammary artery
12. Prophylactic antibiotic received within 1 hour prior to surgical incision
13. Prophylactic antibiotic selection for surgical patients
14. Prophylactic antibiotics discontinued within 24 hours after surgery end time
15. Inpatient mortality rate (*outcome indicator*)
16. Post-operative hemorrhage or hematoma (*outcome indicator*)
17. Post-operative physiologic and metabolic derangement (*outcome indicator*)

Heart failure

18. Left ventricular function assessment
19. Detailed discharge instructions
20. Angiotensin converting enzyme Inhibitor for left ventricular systolic dysfunction
21. Smoking cessation advice/counseling

Pneumonia

22. % of patients receiving an oxygenation assessment within 24 hours prior to or after hospital arrival
23. Initial antibiotic consistent with current recommendations
24. Blood culture collected prior to first antibiotic administration
25. Influenza screening/vaccination
26. Pneumococcal screening/vaccination
27. % of pneumonia patients receiving first dose of antibiotics within four hours after hospital arrival
28. Smoking cessation advice/counseling

Hip and knee replacement

29. Prophylactic antibiotic received within 1 hour prior to surgical incision
30. Prophylactic antibiotic selection for surgical patients
31. Prophylactic antibiotics discontinued within 24 hours after surgery end time
32. Post-operative hemorrhage or hematoma (*outcome indicator*)
33. Post-operative physiologic and metabolic derangement (*outcome indicator*)
34. Readmissions 30 days post discharge (*outcome indicator*)

Prestatiebeloning vond plaats als een opslag op de DRG betaling per patiënt op basis van een overall score waarbij alle indicatoren even zwaar meetelden. Hoewel drie aandoeningen proces- en uitkomstindicatoren bevatten, lag de nadruk op processen (27 van de 34 indicatoren waren

procesindicatoren). De indicatoren zijn onder andere geselecteerd op basis van validiteit en betrouwbaarheid, en een aangetoonde relatie met kwaliteitsuitkomsten. Een aantal indicatoren werd gecorrigeerd voor bepaalde patiëntkenmerken zoals leeftijd, geslacht en chronische aandoeningen. Scores op de indicatoren werden jaarlijks door ziekenhuizen aangeleverd; hier moest echter wel verantwoording over worden afgelegd en gegevens werden uitgebreid gecontroleerd. Ziekenhuizen konden voor een behandeling alleen deelnemen als aan het einde van een ‘prestatiejaar’ minimaal 30 patiënten waren behandeld.

Het project bestond uit twee fases. In fase 1 (2003-2006) betaalde CMS een opslag van 2% aan ziekenhuizen in de top 10% van alle ziekenhuizen. De opslag kwam bovenop de jaarlijkse DRG-betaling die ziekenhuizen voor Medicare patiënten met de betreffende aandoening ontvingen.³⁰ Ziekenhuizen in het op één na hoogste deciel kregen een opslag van 1%. Het wel of niet krijgen van een beloning alsmede de omvang daarvan voor een bepaald ziekenhuis hing dus deels af van de prestaties van andere ziekenhuizen. Vanaf jaar drie werden tevens afslagen van maximaal 2% opgelegd aan ziekenhuizen die onder het 20^{ste} percentiel van jaar t-2 scoorden. In de tweede fase (2006-2009) is geëxperimenteerd met een alternatieve vormgeving. Per behandeling/aandoening konden ziekenhuizen in aanmerking komen voor beloning voor goede prestaties (score in jaar t boven de mediane score van jaar t-2), topprestaties (score in de top 20% in jaar t; ziekenhuizen ontvangen dan ook de opslag voor goede prestaties) en verbetering in prestaties (behoren tot de top 50% in jaar t én tot de top 20% met de grootste procentuele verbetering). De totale prestatiebeloning in fase 2 was per saldo gemiddeld \$12 miljoen per jaar (in fase 1: \$8.2 miljoen).

Tabel 7. Kenmerken van de Hospital Quality Incentive Demonstration in de VS.

Basisbekostiging	Bekostiging per zorgbundel per patiënt (DRG's, monodisciplinair).
Wat wordt beloond?	Goede scores op 9 kwaliteitsindicatoren voor hartinfarct (1 uitkomst), 8 indicatoren voor bypassoperatie (3 uitkomsten), 4 indicatoren voor hartfalen, 7 indicatoren voor longontsteking en 6 indicatoren voor heup/knie-verbinding (3 uitkomsten). Zorgzwaarte-correctie voor o.a. leeftijd, geslacht en aanwezigheid van chronische aandoeningen.
Wie wordt beloond?	266 ziekenhuizen die acute zorg leveren en bekostigd worden via het CMS inpatient prospective payment system.
Hoe wordt beloond?	Jaarlijkse beloning van maximaal 2% van het DRG-tarief voor betreffende aandoening. Scores op indicatoren per aandoening geaggregeerd tot ongewogen gemiddelde die wordt gebruikt voor het bepalen van de prestatiebeloning. Bonusberekening in fase 1 gebaseerd op het behalen van relatieve targets en in fase 2 op basis van relatieve en absolute targets alsmede verbetering in prestaties.

De impact van het HQID is in diverse studies onderzocht. Voor fase 1 vonden de meeste studies voor alle behandelingen een grotere kwaliteitsverbetering in deelnemende ziekenhuizen dan in een controlegroep van niet-deelnemende ziekenhuizen. Het effect was echter beperkt; zo vond één studie dat het project in de eerste twee jaar heeft geleid tot een totale verbetering van circa 4% (Lindenauer et al. 2007). Daarnaast is niet aangetoond dat deze verbetering ook heeft geleid tot betere kwaliteitsuitkomsten. Zo vonden Bhattacharya et al. (2009) dat de gemiddelde scores per behandeling vrijwel volledig werden gedreven door de procesindicatoren en dat de scores geen relatie hadden met uitkomsten die niet expliciet werden beloond (zoals complicaties en sterfte voor heup- en knieverbinding). Voorts is gebleken dat de HQID voor vier behandelingen

³⁰ In het Medicare-programma bevatten de DRG's geen component voor het specialistenhonorarium.

in de eerste drie jaar geen effect heeft gehad op voor risico gecorrigeerde sterfte binnen 30 dagen na de behandeling en op voor risico gecorrigeerde kosten tot 60 dagen na de behandeling (Ryan 2009). Tenslotte lijkt het HQID in de eerste fase niet te hebben geleid tot een grotere ongelijkheid tussen etnische groepen in de ontvangen kwaliteit van zorg (Ryan 2010). Factoren die daar mogelijk aan hebben bijgedragen zijn de afwezigheid van prikkels tot risicoselectie op basis van etniciteit (kwaliteit werd vooral gemeten via procesindicatoren en beloningen waren beperkt) en de mogelijkheid dat ziekenhuizen etniciteit niet associëren met zorgzwaarte.

Tabel 8. Evaluatieresultaten van de Hospital Quality Incentive Demonstration in de VS.

Conclusie	<ul style="list-style-type: none"> • Hoewel het project in de beginfase heeft geleid tot kleine verbeteringen in proceskwaliteit, heeft zich dat niet vertaald in een lagere kostengroei en betere gezondheidsuitkomsten.
Effecten	<ul style="list-style-type: none"> • Geïnccludeerde indicatoren: beperkt positief effect op procesindicatoren in fase 1, doch dit effect verdween in fase 2 a.g.v. een inhaalslag van andere ziekenhuizen • Geen effect op niet-geïnccludeerde (onbeloonde) indicatoren • Tijdens de totale looptijd (6 jaar) geen effect op sterftecijfers t.o.v. controleziekenhuizen • Ongelijkheid tussen etnische groepen in ontvangen kwaliteit van zorg niet toegenomen
3 belangrijkste succes- en/of faalfactoren	<ul style="list-style-type: none"> • Succes: indicatoren met verbeterpotentieel • Faal: procesindicatoren schijnbaar geen relatie met uitkomstkwaliteit • Faal: verbetertargets niet voor alle ziekenhuizen bereikbaar
Lessen	<ul style="list-style-type: none"> • Prestatiebeloning het meest effectief als er genoeg verbeterpotentieel is en de kosten van kwaliteitsverbetering beperkt en/of eenmalig zijn • Richt de beloning op andere indicatoren zodra scores een plateau hebben bereikt (monitoren van scores op oorspronkelijk indicatoren blijft dan wel van belang) • Complexiteit in de vormgeving maakt het voor zorgaanbieders lastig om bij hun medische besluitvorming rekening te houden met de financiële prikkels • Stel verbetertargets zodanig vast dat alle aanbieders worden geprikkeld tot verbetering

De positieve effecten op proceskwaliteit hebben zich niet voortgezet in fase 2, ondanks dat het totaal aan uitbetaalde beloningen 50% hoger lag dan in fase 1. De verbetering ten opzichte van controleziekenhuizen was voor de meeste behandelingen significant kleiner dan in fase 1. Het is goed mogelijk dat dit te maken had met het feit dat de deelnemende ziekenhuizen aan het eind van fase 1 al vrij hoog scoorden en dat controleziekenhuizen een inhaalslag hebben gemaakt. Een andere verklaring is dat de prikkels voor verbetering in fase 2 kleiner waren geworden vanwege meer complexiteit; in fase 2 golden immers drie typen beloningen: voor absolute prestaties, voor relatieve prestaties en voor verbetering in prestaties. Het is mogelijk dat deze nieuwe structuur voor ziekenhuizen te ingewikkeld werd om adequaat op te kunnen reageren. Daarnaast lijkt de nieuwe vormgeving in fase 2 niet te hebben geleid tot grotere verbeteringen onder initieel slecht scorende ziekenhuizen dan onder gemiddeld of goed scorende ziekenhuizen. Dit was echter wel de bedoeling (kwaliteitsverbetering werd in fase 2 immers expliciet beloofd). Een mogelijke verklaring is dat de grens die behaald moest worden om überhaupt in aanmerking te komen voor de ‘verbeterbeloning’ (de mediane score in het betreffende jaar) achteraf gezien voor veel laag-scorende ziekenhuizen onhaalbaar was.

Jha et al. (2012) hebben tenslotte gekeken naar het lange-termijn effect op gestandaardiseerde sterfte binnen 30 dagen na behandeling. Zij vonden geen bewijs dat het demonstratieproject tijdens de gehele looptijd (zes jaar) onder deelnemende ziekenhuizen heeft geleid tot een grotere afname van sterftecijfers ten opzichte van controleziekenhuizen. Deze bevinding gold ook voor de subgroep van ziekenhuizen met de laagste kwaliteitsscores voorafgaand aan het project.

*Hospital value-based purchasing program*³¹

In 2012 is de HQID in gewijzigde vorm landelijk uitgerold onder alle circa 3.500 ziekenhuizen die acute zorg leveren onder het Medicare inpatient prospective payment system. De wijzigingen betreffen onder andere een verplichte deelname, aangepaste indicatorset (naast patiëntveiligheid en zorginhoudelijke kwaliteit tevens patiënttevredenheid en kosten) en andere berekening van beloningen. Expliciete verbetertargets zijn grotendeels afgeschaft en vervangen voor een lineair puntensysteem aan de hand waarvan scores worden vertaald in beloningen. Per indicator worden twee scores berekend (variërend tussen 0 en 10 punten), één voor de absolute prestatie en één voor verbetering, beide ten opzichte van een minimum en een benchmark. De hoogste van beide scores is de score die het ziekenhuis krijgt voor de betreffende indicator. Voor elk ziekenhuis wordt vervolgens een gewogen gemiddelde berekend op basis van de scores op de individuele indicatoren. Hierbij geldt de volgende verhouding: proceskwaliteit 20%, patiënttevredenheid 30%, uitkomstkwaliteit 30%, kosten 20%. Deze verhouding wordt jaarlijks aangepast met als doel kosten en uitkomstkwaliteit een steeds groter gewicht te geven. Beloningen worden gefinancierd via een generieke korting op de DRG-betalingen van alle ziekenhuizen (1% in 2012, circa \$850 miljoen). Dit percentage wordt stapsgewijs verhoogd naar 2% in 2017 (\$1.91 miljard). De eerste aanpassingen van de DRG-betalingen ('payment adjustments') op basis van het hospital value-based purchasing program (HVBP) vonden plaats in oktober 2012 op basis van scores op procesindicatoren (gewicht: 70%) en patiënttevredenheid (gewicht: 30%) gemeten tussen juli 2011 tot april 2012 (in die periode bevatte het initiatief nog geen andere indicatoren).

Tabel 9. Kenmerken van het Hospital Value-Based Purchasing program in de VS.

Basisbekostiging	Bekostiging per zorgbundel per patiënt (DRG's, monodisciplinair).
Wat wordt beloofd?	Goede scores op: 3 indicatoren voor hartinfarct (1 uitkomst), 2 indicatoren voor hartfalen (1 uitkomst), 3 indicatoren voor longontsteking (1 uitkomst), 1 indicator voor infecties, 3 procesindicatoren voor operaties, 8 indicatoren voor patiënttevredenheid, 8 uitkomst-indicatoren voor aandoeningen opgelopen in het ziekenhuis, één samenstelde indicator voor patiëntveiligheid en complicaties, en 1 kostenindicator ('spending per beneficiary'). Zorgzwaartecorrectie bij uitkomstindicatoren en kosten (o.a. leeftijd, geslacht en chronische aandoeningen). Scores op indicatoren geaggregeerd tot totaalscore waarbij het gewicht van uitkomstkwaliteit en kosten geleidelijk wordt verhoogd (in 2015: proceskwaliteit 20%, patiënttevredenheid 30%, uitkomstkwaliteit 30%, kosten 20%).
Wie wordt beloofd?	Alle circa 3.500 Amerikaanse ziekenhuizen die acute zorg leveren en worden bekostigd via het CMS inpatient prospective payment system.
Hoe wordt beloofd?	Generieke korting op betreffende DRG-betalingen aan ziekenhuizen; korting wordt herverdeeld van slecht-presterende naar goed-presenterende ziekenhuizen. Het kortingspercentage neemt toe tot 2% in 2017. Lineair puntensysteem: per indicator een score voor absolute prestatie en voor verbetering (beide t.o.v. een minimum en een benchmark). De hoogste is de score die het ziekenhuis krijgt. Gewogen totaalscore bepaalt de beloning. Periode waarover de score wordt gemeten verschilt per indicator en is hoger voor uitkomsten dan voor processen. Frequentie van betalen: jaarlijks.

Ryan et al. (2014) hebben onderzoek gedaan naar het effect van het HVBP op proceskwaliteit en patiënttevredenheid in de eerste negen maanden (juli 2011 tot april 2012). Hiertoe vergeleken zij de verandering in kwaliteit tussen deelnemende ziekenhuizen en controleziekenhuizen in de vijf jaar voorafgaand aan het project en negen maanden na het project. Het effect werd bepaald voor

³¹ Gebaseerd op: Ryan & Blustein 2012, Ryan & Damberg 2013, Ryan et al. 2014.

zowel de afzonderlijke indicatoren als voor ongewogen gemiddelde scores voor proceskwaliteit en patiënttevredenheid. De onderzoekers vonden geeft bewijs voor verbeterde prestaties in de eerste negen maanden: HVBP bleek geassocieerd met een niet-significante verslechtering van 0.51 respectievelijk 0.30 procentpunt voor proceskwaliteit en patiënttevredenheid. HVBP bleek wel te hebben geleid tot verbetering van de twee afzonderlijke indicatoren voor longontsteking, doch dat werd veroorzaakt door kwaliteitsverschillen tussen deelnemende en niet-deelnemende ziekenhuizen voorafgaand aan het project. Daarnaast bleek de proceskwaliteit (doch niet de patiënttevredenheid) van deelnemende ziekenhuizen te zijn toegenomen voorafgaand aan het project (ten opzichte van de controlegroep); het is mogelijk dat ziekenhuizen hun kwaliteit verbeterden anticiperend op de introductie in 2012, doch dit is niet expliciet onderzocht.

Ter verklaring van deze teleurstellende bevindingen hebben Ryan en Damberg (2013) op basis van de uitgebreide (onderzoeks)ervaring met pay-for-performance in de gezondheidszorg zeven 'best-practice' criteria afgeleid en het HVBP daar vervolgens naast gelegd (zie Tabel 10). Hieruit blijkt dat het project op sommige punten goed scoort, maar op andere punten minder. Daarnaast merken de auteurs op dat hoewel de huidige vormgeving met prikkels voor absolute prestaties en voor verbetering op basis van een lineair puntensysteem theoretisch aantrekkelijk is, het tegelijkertijd complex is; de ervaringen met de HQID suggereren dat complexiteit niet bijdraagt aan positieve resultaten, integendeel.

Tabel 10. Vormgeving van het Hospital Value-Based Purchasing program ten opzichte van 7 criteria.

<i>Best-practice criterium</i>	<i>Mate van overeenstemming met best practice</i>
Indicatoren met voldoende verbeterpotentieel	Matig: hoewel alleen procesindicatoren zijn opgenomen waarvoor nog geen plateau is bereikt, hebben andere indicatoren (e.g. voor patiëntveiligheid) een lage prevalentie en voor veel ziekenhuizen een beperkt verbeterpotentieel.
Grootschalige bekendheid van het project onder zorgaanbieders	Sterk: Quality Improvement Organizations ondersteunen ziekenhuizen bij het doorvoeren van verbeteringen en informeren hen over het project. Het zijn groepen van kwaliteitsexperts, artsen en consumenten die in dienst van CMS verantwoordelijkheid hebben om zorgaanbieders te ondersteunen bij het doorvoeren van kwaliteitsverbetering.
Vormgeving m.b.t. indicatoren en bonusberekening sluit aan op die van andere projecten	Zwak: er is weinig tot geen afstemming met andere programma's voor prestatiebeloning (zowel in de private als in de publieke sector), hoewel CMS wel stappen heeft genomen om dit te verbeteren.
Zowel absolute prestaties als verbetering in prestatie beloond	Sterk: absolute prestaties en verbetering worden in gelijke mate gestimuleerd
Periodieke herijking van indicatoren en verbetertargets	Matig: hoewel CMS flexibel is in het verwijderen/toevoegen van indicatoren, is het lastig om andere aspecten van de vormgeving aan te passen vanwege het langdurige juridische proces dat met dergelijke wijzigingen gepaard gaat.
Beloningen van voldoende omvang	Onduidelijk: weinig bekend over welke omvang 'voldoende' is. Beloningen waren beperkt in jaar 1 (in totaal is \$150 miljoen uitbetaald, circa \$50.000 per deelnemend ziekenhuis), maar zullen in omvang toenemen.
Technische ondersteuning aan zorgaanbieders	Matig: Quality Improvement Organizations ondersteunen ziekenhuizen bij het doorvoeren van verbeteringen en informeren hen over het project.

Onderstaande tabel vat de belangrijkste evaluatieresultaten met betrekking tot het HVBP samen. Hierbij dient te worden opgemerkt dat het project nog door slechts één studie is geëvalueerd, en alleen voor de eerste negen maanden. Vervolgonderzoek moet duidelijk maken of het project op de langere termijn wel tot verbeteringen kan leiden.

Tabel 11. Evaluatieresultaten van het Hospital Value-Based Purchasing program in de VS

Conclusie	<ul style="list-style-type: none"> • Project heeft in de eerste negen maanden niet geleid tot een betere proceskwaliteit en patiënttevredenheid. Hoewel deelnemende ziekenhuizen hun proceskwaliteit verbeterden in de 3 jaar voorafgaand aan het project, is de oorzaak daarvan onduidelijk.
Effecten	<ul style="list-style-type: none"> • In de eerste 9 maanden geen effect op geïncludeerde procesindicatoren en patiënttevredenheid
3 belangrijkste succes- en/of faalfactoren	<ul style="list-style-type: none"> • Succes: absolute prestaties en verbetering in gelijke mate gestimuleerd • Faal: sommige indicatoren hebben beperkt verbeterpotentieel • Faal: weinig afstemming met andere prestatiebeloning-programma's
Lessen	<ul style="list-style-type: none"> • Kies indicatoren met voldoende verbeterpotentieel • Zorg voor grootschalige bekendheid van het programma onder zorgaanbieders • Pas de vormgeving (indicatoren en bonusberekening) aan op de vormgeving van andere prestatiebeloning-programma's (waaronder die van andere verzekeraars) • Beloon zowel absolute prestaties als verbetering in prestaties • Pas een periodieke herijking toe van indicatoren en verbetertargets • Zorg voor beloningen van voldoende omvang • Geef technische ondersteuning aan deelnemende zorgaanbieders

*Advancing quality program*³²

De ontwikkeling van het Advancing Quality program (AQP) begon in 2007 na een werkbezoek van medewerkers van de *National Health Service* (NHS) aan de VS met als doel om na te gaan in hoeverre de HQID in de NHS ingevoerd kon worden. De conclusie was dat dit haalbaar was omdat de indicatoren relevant zijn voor de NHS en benodigde ICT-infrastructuur aanwezig was. De vormgeving van het AQP werd grotendeels gebaseerd op die van de HQID en gesteund door de British Medical Association, het National Institute of Clinical Excellence en het Department of Health. Het project is in oktober 2008 van start gegaan in het noordwesten van Engeland in één van de tien NHS zorgregio's (populatie: 6.8 miljoen). In deze regio zijn 24 ziekenhuizen gevestigd die allemaal deelnemen aan het project. In april 2010 is het programma opgegaan in een landelijk pay-for-performance programma (het *commissioning for quality and innovation framework* of CQUIN, zie verderop). Ziekenhuizen in andere delen van Engeland zijn sindsdien echter nog niet met vergelijkbare prikkels voor kwaliteitsverbetering geconfronteerd.³³

De ziekenhuizen leveren zelf de benodigde gegevens voor berekening van 28 indicatoren voor bypassoperatie (4 processen), hartinfarct (8 processen en 1 uitkomst), hartfalen (4 processen), longontsteking (5 processen) en heup-knievervanging (5 processen en 1 uitkomst). Het betreft dezelfde indicatoren als in de HQID welke onder meer zijn geselecteerd op basis van bewezen relatie met gezondheidsuitkomsten, validiteit en betrouwbaarheid, beïnvloedbaarheid, voldoende verbeterpotentieel, en *high impact* in termen van kosten en volume. De Audit Commission controleert de volledigheid en juistheid van de door de ziekenhuizen aangeleverde gegevens. Ziekenhuizen die bij het aanleveren niet voldoen aan bepaalde targets voor volledigheid en aanleverspecificaties komen niet in aanmerking voor een prestatiebeloning. Premier geeft ziekenhuizen ondersteuning bij de dataverzameling en beheert een website waarmee best-practices en andere informatie kunnen worden uitgewisseld. Voorts participeren alle 24 ziekenhuizen als onderdeel van het AQP in zogenaamde *shared learning events* (bijv.

³² Gebaseerd op: Sutton et al. 2012, Meacock et al. 2014a, Meacock et al. 2014b, Kristensen et al. 2014.

³³ Dit heeft te maken met het feit dat het landelijke CQUIN-programma stakeholders de ruimte biedt om op lokaal niveau afspraken te maken over prestatiebeloning; voornamelijk is dat voor ziekenhuizen buiten het noordwesten van Engeland dus nog zeer beperkt gebeurd.

bijeenkomsten waarbij geleerde lessen en succesverhalen kunnen worden gedeeld) en worden de totaalscores per aandoening gepubliceerd op een openbare website.

Per ziekenhuis wordt voor elke behandeling een totaalscore bepaald waarbij de indicatoren even zwaar meetellen en uitkomstindicatoren worden gecorrigeerd voor zorgzwaarte. Bij hartinfarct wordt bijvoorbeeld een gestandaardiseerde overlevingsindex berekend op basis van werkelijke en verwachte sterftecijfers gecorrigeerd voor aard van opname, sociaaleconomische status, leeftijd, geslacht, aanwezigheid van chronische aandoeningen, het aantal spoedopnames in het afgelopen jaar en ja/nee palliatieve zorg. In jaar 1 werden ziekenhuizen per behandeling gerangschikt op hun totaalscore; ziekenhuizen in het hoogste kwartiel ontvingen een opslag van 4% van hun omzet met betrekking tot het NHS tarief voor de betreffende behandeling, en ziekenhuizen in het op één na hoogste kwartiel een opslag van 2%. In de zes maanden daarna konden ziekenhuizen drie typen beloningen ontvangen. De eerste was weggelegd voor ziekenhuizen die minimaal de mediane score van alle ziekenhuizen in het eerste jaar haalden. Indien ziekenhuizen hieraan voldeden kwamen zij eventueel in aanmerking voor de twee andere beloningen. Beloning twee werd uitgereikt aan de beste 50% ziekenhuizen, en de derde gold voor de 25% ziekenhuizen met de grootste verbetering ten opzichte van hun score in jaar 1. Gedurende de eerste 18 maanden is £4.8 miljoen aan beloningen uitgekeerd. Alle ziekenhuizen kozen ervoor de ontvangen gelden door te sluisen naar de zorgteams die de beloningen hadden binnengehaald, waarbij wel gold dat de middelen in de patiëntenzorg geïnvesteerd moesten worden.

Tabel 12. Kenmerken van het Advancing Quality Program in noordwest Engeland.

Basisbepaling	Bepaling per zorgbundel per patiënt (DRG's, monodisciplinair).
Wat wordt beloofd?	Goede scores op: 9 procesindicatoren voor hartinfarct (1 uitkomst), 4 voor bypass, 4 voor hartfalen, 5 voor longontsteking en 6 voor heup/knie-vervanging (1 uitkomst). Per 2011 gelden daarnaast 4 procesindicatoren voor dementie, 3 voor psychose en 7 voor beroerte, alsmede patiëntervaringen en <i>patient-reported outcome measures</i> . Zorgzwaartecorrectie voor uitkomstindicatoren (o.a. voor leeftijd, geslacht en comorbiditeit). Per aandoening worden individuele indicatorscores geaggregeerd tot een ongewogen gemiddelde score.
Wie wordt beloofd?	Alle 24 ziekenhuizen die acute zorg leveren in het noordwesten van Engeland
Hoe wordt beloofd?	In jaar 1 een beloning van maximaal 4% van de omzet op basis van tarieven voor de betreffende aandoeningen. Bonusberekening in jaar 1 op basis van het behalen van twee relatieve targets; in de eerste 6 maanden van jaar 2 op basis van het behalen 1 absolute target, 1 relatieve target en 1 target voor relatieve verbetering. Sindsdien alleen sprake van negatieve prikkels; afslagen kunnen worden voorkomen door te voldoen aan absolute targets gebaseerd op de scores van de 24 ziekenhuizen in het eerste jaar (2008).

Per april 2010 werd de vormgeving opnieuw aangepast; in plaats van beloningen voor goede prestaties worden de verwachte inkomsten met een bepaald percentage gekort; het ingehouden bedrag wordt pas uitbetaald nadat targets (gebaseerd op de ziekenhuisspecifieke scores van jaar 1) zijn behaald. De indicatoren voor bestaande aandoeningen zijn ongewijzigd gebleven. Wel zijn per 2011 vier procesindicatoren toegevoegd voor dementie, drie procesindicatoren voor psychose en zeven procesindicatoren voor beroerte. Tenslotte worden nu ook patiëntervaringen en uitkomsten vanuit patiëntperspectief (*patient-reported outcome measures*, PROM) in kaart gebracht. De korting die ziekenhuizen in de periode april 2010 – april 2012 jaarlijks in totaal maximaal kon worden opgelegd was £3.2 miljoen (als alle ziekenhuizen hun targets voor de zes behandelingen niet wisten te behalen).

In twee studies is het effect van het AQP onderzocht in de eerste achttien maanden. Om het effect te onderzoeken op sterftcijfers en indicatorscores gebruikten Sutton en collega's (2012) gegevens van achttien maanden voor en achttien maanden na de introductie van AQP van alle Engelse ziekenhuizen voor drie aandoeningen in het AQP (hartinfarct, longontsteking en hartfalen) en zes aandoeningen buiten het AQP. Uiteindelijk zijn 410.384 patiënten met longontsteking, 201.003 patiënten met hartfalen, 245.187 patiënten met hartinfarct, en 241.009 patiënten met andere aandoeningen in het onderzoek geïncludeerd. Voor alle indicatoren zijn de scores sterk verbeterd in de eerste achttien maanden, vooral voor hartfalen en longontsteking. Het voor risico gecorrigeerde sterftepercentage in het ziekenhuis binnen 30 dagen na opname voor de drie aandoeningen samen bleek 1.3 procentpunt meer te zijn gedaald in het noordwesten dan in de rest van Engeland, wat neerkomt op 890 minder sterfgevallen. Voor de aandoeningen die geen onderdeel waren van het AQP was de afname niet significant groter in het noordwesten dan in de rest van Engeland. Dit duidt erop dat de grotere sterftedaling voor de geïncludeerde aandoeningen niet is veroorzaakt door (1) hogere sterftcijfers in het noordwesten voorafgaand aan het AQP (dit werd bevestigd doordat de trends in sterftcijfers voorafgaand aan het AQP niet significant bleken te verschillen tussen beide groepen), (2) een algemene verbetering van de kwaliteit van zorg, en/of (3) een afname van de zorgzwaarte in het noordwesten. Als onderdeel van de evaluatie hebben Sutton et al. ook 250 artsen en managers geïnterviewd en vergaderingen binnen en tussen ziekenhuizen bijgewoond. Ziekenhuizen bleken als gevolg van AQP diverse verbeteringen te hebben doorgevoerd, waaronder het aannemen en/of opleiden van specialistisch verpleegkundigen en de ontwikkeling van nieuwe of verbeterde methoden van dataverzameling en feedback aan zorgteams. Daarnaast ontmoetten werknemers van verschillende ziekenhuizen elkaar regelmatig om over mogelijke knelpunten en best practices te praten. Naast deze factoren heeft de vormgeving mogelijk een bijdrage geleverd aan het positieve resultaat. Ten opzichte van de HQID was sprake van hogere beloningen (maximaal 4% vs. 2% in de HQID) alsmede een grotere kans op beloningen (in het eerste jaar was de hoogste beloning weggelegd voor de beste 25% ziekenhuizen vs. voor de beste 10% in de HQID). Hoe de prestatiebeloning precies wordt vormgegeven en geïmplementeerd alsmede de context waarin dat gebeurt is dus mogelijk van invloed op de effectiviteit.

In een andere studie (Meacock et al. 2014a) zijn veranderingen in drie typen uitkomstmaten onderzocht bij patiënten die voor dezelfde drie aandoeningen (geïncludeerd in het AQP) zijn behandeld in het noordwesten (24 ziekenhuizen) en vergeleken met veranderingen in dezelfde uitkomstmaten voor patiënten behandeld voor dezelfde aandoeningen maar dan in de rest van Engeland (130 ziekenhuizen). De uitkomstmaten waren: voor risico gecorrigeerde sterftcijfers binnen 30 dagen na opname, spoedheropnames binnen 30 dagen, en ligdagen. Het AQP blijkt te hebben geleid tot een significant grotere afname van sterftcijfers (649 minder sterfgevallen) en het aantal ligdagen; het AQP had geen effect op heropnames. De onderzoekers vertaalden de sterftereductie naar voor kwaliteit van leven gecorrigeerde levensverwachting op basis waarvan het aantal gewonnen levensjaren in goede kwaliteit (QALY's) kon worden bepaald. Het project heeft geleid tot 5.227 gewonnen QALY's; dit betreft een conservatieve schatting omdat bypass en heup- en knie vervanging buiten beschouwing werden gelaten. Gegeven dat de totale kosten

uitkwamen op £13 miljoen³⁴, concluderen de onderzoekers dat het AQP in de 18 maanden na de implementatie een kosteneffectief gebruik van NHS-middelen is geweest. Voorts blijkt het AQP te hebben geleid tot een verlaging van het aantal ligdagen met circa 23.000, resulterend in een besparing van £4.4 miljoen die vrijwel volledig ten gunste kwam van zorgaanbieders omdat de bekostiging van een ziekenhuisopname vrijwel onafhankelijk is van het aantal ligdagen.

Tabel 13. Evaluatieresultaten van het Advancing Quality Program in noordwest Engeland.

<i>Conclusie</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Het AQP heeft in de eerste 18 maanden tot een forse verbetering van proceskwaliteit en daling van sterftcijfers geleid. In de twee jaar daarna, de periode waarin voor het eerste gewerkt werd met negatieve prikkels, zetten de verbeteringen in proceskwaliteit zich grotendeels voort; dat geldt echter niet voor het gunstige effect op sterftcijfers.
<i>Effecten</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Significante verbeteringen voor alle indicatoren voor de verschillende aandoeningen. Verbeteringen namen af gedurende de looptijd en bereikten soms een plateau. • Significante relatieve afname van de sterftepercentage in de eerste 18 maanden, gelijk aan tussen de 649 en 890 minder sterfgevallen op een populatie van ruim 71.000 patiënten. • 5227 gewonnen QALY's en £13 miljoen aan totale kosten betekent een kosteneffectief gebruik van NHS-middelen gedurende de achttien maanden na implementatie. • Gunstige effect op sterftcijfers in de eerste 18 maanden blijkt niet te zijn vastgehouden a.g.v. forse sterftedaling bij de controleziekenhuizen tussen 19^e en 42^e maand na het AQP.
<i>3 belangrijkste succes- en/of faalfactoren</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Succes: t.o.v. HQID een grotere kans op en omvang van prestatiebeloning • Succes: werkconferenties waarin ziekenhuizen lessen uitwisselen • Faal: vervangen positieve door negatieve prikkels na 18 maanden.
<i>Lessen</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Verbeteringen in procesindicatoren geen garantie voor goede gezondheidsuitkomsten. • Hoe prestatiebeloning precies wordt vormgegeven en geïmplementeerd alsmede de context waarin dat gebeurt lijkt van invloed te zijn op de uitkomst. • Korte-termijn verbeteringen kunnen op de langere termijn wegvallen, bijvoorbeeld a.g.v. positieve spillover effecten op andere zorgaanbieders en/of aandoeningen/behandelingen.

In een recent onderzoek (Kristensen et al. 2014) is het effect onderzocht van het AQP op sterfte binnen 30 dagen na opname op basis van gegevens van achttien maanden voor implementatie, de eerste achttien maanden na implementatie, en de 24 maanden daarna (in de laatste periode werd gebruik gemaakt van tariefkortingen). In de studie zijn 338.921 patiënten met hartfalen, 390.652 patiënten met hartinfarct, 761.954 patiënten met longontsteking, en 333.991 patiënten met andere aandoeningen (niet in het AQP) opgenomen. Verbetering in individuele indicatoren geconstateerd in de eerste achttien maanden heeft zich voortgezet in de 24 maanden daarna, hoewel verbeteringen langzaam afnamen. Ten opzichte van Sutton et al vonden de onderzoekers een vergelijkbare daling van het sterftepercentage in de eerste achttien maanden, doch die heeft zich niet voortgezet in de twee jaar daarna: de totale verandering in sterfte onder patiënten in AQP-ziekenhuizen ten opzichte van die onder patiënten opgenomen in niet-AQP ziekenhuizen tussen de achttien maanden voorafgaand aan het project en de 42 maanden na het project bleek zeer beperkt en niet significant. Het wegvallen van het gunstige effect op sterfte bleek een direct gevolg van sterftedalingen voor de drie aandoeningen tussen de 19^e en 42^e maand bij controle-ziekenhuizen. Deze resultaten veranderden niet als ook sterfte buiten het ziekenhuis in de analyse werd meegenomen en ook niet als sterfte in het ziekenhuis binnen 90 dagen (in plaats van 30 dagen) werd gebruikt. Mogelijke verklaringen voor het wegvallen van het effect zijn:

³⁴ Dit bedrag bestaat uit alle kosten voor NHS-inkopers met betrekking tot de implementatie van het AQP, inclusief eenmalige bijdragen aan ziekenhuizen ten behoeve van investeringen in infrastructuur voor dataverzameling, uitbetaalde prestatiebeloningen, en kosten van het contract met Premier Inc., het centrale AQ team en uitgevoerde audits (o.a. voor controles op de door ziekenhuizen aangeleverde scores op indicatoren).

korte-termijn verbetering in uitkomstkwaliteit was relatief makkelijk te realiseren (laaghangend fruit); de verandering in de vormgeving van het AQP (i.e. van beloningen voor goede prestaties naar kortingen voor slechte prestaties); en positieve *spillover* effecten op de kwaliteit van zorg van niet-deelnemende ziekenhuizen.

*Commissioning for quality and innovation framework*³⁵

Het Commissioning for quality and innovation framework (CQUIN) – geïmplementeerd in heel Engeland in april 2009 – stelt een deel van de jaarlijkse inkomsten van aanbieders van acute zorg, ambulancezorg, wijkzorg en GGZ afhankelijk van het behalen van specifieke targets voor kwaliteit en innovatie. Voor aanbieders van niet-acute zorg werd deelname verplicht vanaf het tweede jaar; voor ziekenhuizen blijft deelname vooralsnog vrijwillig (per april 2010 is AQP opgegaan in CQUIN). Een verschil met veel andere pay-for-performance programma's is dat CQUIN aanbieders en inkopers de ruimte biedt om lokale afspraken te maken over op welke indicatoren aanbieders worden gescoord en hoe zij precies worden beloond. De gedachte was dat dit tot meer enthousiasme zou leiden onder aanbieders en dat indicatoren en bijbehorende verbetertargets beter aansluiten bij het *baseline* prestatieniveau van aanbieders. Vanuit de overheid zijn richtlijnen ontwikkeld waarin wordt aangegeven welke uitkomstdimensies lokale programma's in ieder geval moeten stimuleren (i.e. patiëntervaring, veiligheid, effectiviteit en innovatie), hoe indicatoren idealiter worden geselecteerd (uitkomsten hebben de voorkeur boven structuren en processen en gebruik van landelijke indicatoren wordt aanbevolen indien beschikbaar), en wat de omvang van de prikkels moet zijn. Binnen CQUIN wordt een deel van de verwachte inkomsten van aanbieders gekort indien de vooraf bepaalde verbetertargets niet worden gehaald. In jaar 1 was 0.5% van de jaarlijkse contractinkomsten van een aanbieder afhankelijk van prestaties op de lokaal bepaalde indicatoren; in het tweede jaar was dit 1.5% en vanaf het derde jaar 2.5%. Aangezien er geen restricties zijn op het aantal indicatoren per programma staat het lokale partijen vrij om bijvoorbeeld een klein aantal *high-powered* indicatoren te hanteren of een groot aantal *low-powered* indicatoren.

Tabel 14. Kenmerken van het Commissioning for Quality and Innovation Framework in Engeland.

Basisbekostiging	Verschilt per type zorgaanbieder.
Wat wordt beloond?	Stakeholders maken lokale afspraken over het aantal en het type indicatoren en over verbetertargets. In de 337 lokale programma's in het 2 ^e jaar (2010-2011) werden ruim 5.000 indicatoren gebruikt, voornamelijk voor structuur- en proceskwaliteit en patiënttevredenheid. De overgrote meerderheid van de indicatoren is ontwikkeld op lokaal en/of regionaal niveau.
Wie wordt beloond?	Aanbieders van acute zorg, ambulancezorg, wijkzorg en GGZ in Engeland.
Hoe wordt beloond?	Verwachte inkomsten gekort als vooraf overeengekomen verbetertargets voor (met name) de lokaal overeengekomen indicatoren niet worden gehaald. In jaar 1, 2 en 3 was het kortingspercentage respectievelijk 0.5%, 1.5% en 2.5%. Het type (absoluut, relatief en/of verbetering) en aantal verbetertargets verschilt per programma.

In het tweede jaar (2010-2011) waren er in totaal 337 lokale CQUIN programma's, met name voor aanbieders van acute zorg, wijkzorg en GGZ. De specifieke doelen van de programma's werden gecoördineerd door 113 topics, geoperationaliseerd aan de hand van ruim 5000 indicatoren. De wens van de overheid dat lokale programma's alleen gebruik zouden maken van lokaal of

³⁵ Gebaseerd op: McDonald et al. 2013 en Meacock et al. 2014b.

regionaal ontwikkelde indicatoren indien nationale indicatoren niet beschikbaar waren is niet vervuld; nationale indicatoren werden alleen gebruikt in programma's voor acute zorg en maken slechts 12% uit van het totaal aantal gebruikte indicatoren binnen die programma's. Daarnaast had de overgrote meerderheid van de indicatoren geen betrekking op kwaliteitsuitkomsten, maar op processen en structuren. Naast structuur- en procesindicatoren werd patiënttevredenheid vaak in de programma's opgenomen; dit was het geval voor respectievelijk 37%, 89%, 77% en 86% van de programma's voor acute zorg, ambulancezorg, wijkzorg en GGZ.

Het CQUIN is uitgebreid geëvalueerd (McDonald et al. 2013). De evaluatie betrof zowel een kwalitatieve analyse van ervaringen van partijen (twaalf case studies waarbij 373 vergaderingen zijn bijgewoond en 230 interviews zijn gehouden) als een kwantitatieve analyse van effecten op gezondheidsuitkomsten. Uit de kwalitatieve analyse blijkt dat CQUIN geen aanmerkelijke invloed heeft gehad op de relaties tussen zorginkopers en -aanbieders en dat de ervaren invloed op de (kwaliteit van de) zorgverlening beperkt is. Borging van verandering wordt als zeer lastig ervaren waarbij continue inspanning nodig is om te voorkomen dat zorgverleners vervallen in hun 'oude' gedrag. Uit de interviews blijkt dat deze bevindingen niet worden veroorzaakt door de beperkte omvang van de prikkel (in jaar twee 1.5% van de jaarlijkse inkomsten). Hoewel CQUIN heeft bijgedragen aan het inzichtelijk maken van lokale prioriteiten voor verbetering, heeft het niet geleid tot het gewenste enthousiasme. Daarnaast voldoen lokale programma's meestal niet aan de eisen die door de overheid zijn gesteld ten aanzien van de keuze van het type indicatoren. Tenslotte gaat het ontwikkelen van programma's alsmede het verzamelen van data en het monitoren van prestaties gepaard met een forse toename van de ervaren werkdruk, wat bij aanbieders tot frustratie leidt vanwege de ogenschijnlijk afwezige positieve invloed op kwaliteit.

Kwantitatieve analyse van de effecten op gezondheidsuitkomsten was lastig vanwege de grote variëteit in (de vormgeving van) lokale programma's en indicatoren. De effecten die konden worden gekwantificeerd waren teleurstellend; geschatte coëfficiënten laten zowel positieve als negatieve effecten zien die meestal niet significant waren. Een aantal voorbeelden:

- Inclusie van indicatoren voor patiëntveiligheid of risico-assessment in programma's heeft niet geleid tot een verandering in het aantal veiligheidsincidenten;
- Inclusie van indicatoren voor liesbreuk-, hernia-, spatader- en knie-/heupoperaties heeft niet geleid tot verbeteringen in gemiddelde gezondheid gemeten via PROM's;
- Inclusie van indicatoren voor beroerte en knie-/heupoperaties heeft alleen voor heup geleid tot een groter aantal patiënten dat binnen 56 dagen weer thuis is;
- Inclusie van indicatoren voor ontslagplanning en -communicatie met andere zorgaanbieders voor mensen met een beroerte of knie-/heupfractuur heeft niet geleid tot een verlaging van het percentage patiënten met heropname binnen 28 dagen voor de betreffende aandoening.

De onderzoekers noemen drie aspecten van de vormgeving en implementatie die mogelijk hebben bijgedragen aan het uitblijven van positieve effecten. Allereerst zijn zorgverleners veelal ontevreden met het vormgevingsproces; ondanks dat programma's lokaal worden ontwikkeld, worden individuele professionals hier vaak niet bij betrokken. Ten tweede is standaardisatie van indicatoren tussen programma's niet van de grond gekomen. Ondanks dat de overheid heeft voorschrijven dat alle programma's (uitkomst)indicatoren dienen te bevatten voor veiligheid, effectiviteit, patiëntervaring en innovatie, is dit in de meeste programma's niet gelukt. Tenslotte

leidt de grote variëteit aan indicatoren en targets ertoe dat benchmarking vaak onmogelijk is, onder andere leidend tot spiegelinformatie die beperkt informatief is. De onderzoekers komen tot verschillende aanbevelingen (zie Tabel 15), onder meer op basis van de bevinding dat de bottom-up benadering in CQUIN weliswaar heeft bijgedragen aan identificatie en prioritering van lokale mogelijkheden voor verbetering, maar dat vormgeving en implementatie uiteindelijk niet overeenstemmen met overheidsvoorschriften. De onderzoekers concluderen dat strengere, landelijke voorschriften nodig zijn om tot betere resultaten te komen, bijvoorbeeld een landelijke lijst van indicatoren die zorginkopers en -aanbieders kunnen gebruiken bij het creëren van een eigen lijst die aansluit bij hun huidige, lokale prioriteiten.

Tabel 15. Evaluatieresultaten van het Commissioning for Quality and Innovation framework in Engeland.

Conclusie	<ul style="list-style-type: none"> • Vooralsnog geen positieve effecten op kwaliteit, veiligheid, patiënttevredenheid en innovatie. Strengere, landelijke voorschriften lijken nodig om tot betere resultaten te komen.
Effecten	<ul style="list-style-type: none"> • Geen aanmerkelijke invloed op de relaties tussen stakeholders • Ervaren invloed op (kwaliteit van de) zorgverlening beperkt • Lokale prioriteiten voor verbetering zijn inzichtelijk gemaakt • Lokaal enthousiasme voor prestatiebeloning en indicatoren niet van de grond gekomen • Lokale programma's voldoen niet aan overheidseisen m.b.t. keuze van het type indicatoren • Forse toename van ervaren werkdruk leidt tot frustratie, o.a. vanwege afwezigheid van positieve effecten op de (kwaliteit van de) zorgverlening • Kwantitatieve evaluatie lastig vanwege grote variëteit in programma's en indicatoren • Kwantitatieve effecten zowel positief als negatief, doch meestal niet significant
3 belangrijkste succes- en/of faalfactoren	<ul style="list-style-type: none"> • Faal: bottom-up ontwikkeling van indicatoren en targets (wildgroei) • Faal: lokale vormgeving sluit slecht aan bij andere verbeterinitiatieven • Faal: kosten dataverzameling/monitoring leidt af van kwaliteitsverbetering
Lessen	<ul style="list-style-type: none"> • Hanteer een lange-termijn perspectief. Ieder jaar veel tijd besteed aan het ontwikkelen en overeenkomen van nieuwe doelen/indicatoren; gedragsverandering daardoor vaak tijdelijk. • Vermijd lokale ontwikkeling van indicatoren. Indicatorontwikkeling van kost tijd en vereist specifieke expertise die lokaal vaak niet aanwezig is. Werken met <i>pick-list</i> met gevalideerde indicatoren voorkomt dat tijd en inspanning verloren gaan aan lokale indicatorontwikkeling. • Hanteer een klein aantal <i>high-impact</i> indicatoren. Lokale programma's bevatten vaak een groot aantal indicatoren dat, in combinatie met het jaarlijks verwijderen en toevoegen van indicatoren, het lastig maakt om gedragsverandering te borgen/institutionaliseren. • Betrek individuele professionals zoveel mogelijk bij de vormgeving en implementatie. • Vormgeving dient zoveel mogelijk aan te sluiten bij andere prikkels en verbeterinitiatieven. In CQUIN hadden lokale partijen vaak geen kennis van andere initiatieven en prikkels. • Vermijd het gebruik van 'alles of niets' verbetertargets. Het gebruik van één of enkele absolute verbetertargets wordt door aanbieders als demotiverend ervaren omdat verbetering niet altijd leidt tot beloning (i.e. als targets niet wordt gehaald). • Maak benchmarking mogelijk. De bottom-up benadering heeft geleid tot een groot aantal indicatoren en verbetertargets. Dit bemoeilijkt vergelijking tussen aanbieders en maakt het lastig om hen te voorzien van betekenisvolle spiegelinformatie als extra verbeterstimulans. • Besteed aandacht aan de kosten en baten van dataverzameling en monitoring. Beide zijn binnen CQUIN als een zware last en als een afleiding van kwaliteitsverbetering ervaren. De mate waarin dit als zodanig door aanbieders wordt ervaren hangt o.a. af van de mate waarin methoden voor dataverzameling gebruik (kunnen) maken van bestaande (ICT-)systemen.

*Quality and outcomes framework*³⁶

Het quality and outcomes framework (QOF) is een pay-for-performance programma voor huisartsenpraktijken dat in 2004 is geïmplementeerd in het Verenigd Koninkrijk. Hoewel

³⁶ Gebaseerd op: Gillam et al. 2012, Meacock et al. 2014b, Roland & Campbell 2014, Harrison et al. 2014.

deelname vrijwillig is nemen vanaf het begin vrijwel alle ongeveer 8.600 praktijken deel.³⁷ Het project begon in 2004 met het belonen van goede scores op 146 indicatoren in vier domeinen: chronische zorg (circa 60% van de indicatoren), praktijkorganisatie (e.g. informatie voor patiënten en opleiding en training, 30%), patiëntervaring (1 indicator) en overige diensten (e.g. vaccinaties bij kinderen en bevolkingsonderzoek, 10%). Binnen domeinen zijn de indicatoren verdeeld over verschillende subdomeinen; tot 2014 waren er bijvoorbeeld twintig subdomeinen binnen het domein chronische zorg, waaronder diabetes, hartfalen, hypertensie, astma, kanker en depressie. Wederom betreft het met name structuur- en procesindicatoren. De scores worden jaarlijks door praktijken zelf aangeleverd via een landelijk ICT-netwerk. Indicatoren worden niet gecorrigeerd voor zorgzwaarte. In plaats daarvan mogen praktijken bepaalde patiënten uitsluiten bij het berekening van de scores. Hierbij kan gedacht worden aan patiënten die zich niet houden aan het afgesproken behandelplan (e.g. niet op komen dagen op vervolgsafspraken), patiënten met contra-indicaties, of patiënten die pas kort bij de praktijk staan ingeschreven. Dit systeem van *exception reporting* was cruciaal om huisartsen ‘aan boord’ te krijgen en prikkels voor risicoselectie te mitigeren. Misbruik wordt bestraft met hoge boetes.

Tabel 16. Kenmerken van het Quality and Outcomes Framework in het Verenigd Koninkrijk.

Basisbepoosting	Bepoosting per zorgbundel per verzekerde (abonnement, monodisciplinair).
Wat wordt beloond?	Tot 2014: goede scores op circa 140 indicatoren (vooral processen) voor kwaliteit van chronische zorg, praktijkorganisatie (vervallen in 2012 en vervangen voor diverse <i>public health</i> indicatoren voor o.a. obesitas en roken), patiëntervaringen (uitzetten van vragenlijsten en bespreken van resultaten met patiënten) en overige diensten (zoals vaccinaties bij kinderen). Mogelijkheid tot <i>exception reporting</i> . Per 2014 is het aantal indicatoren gereduceerd. Daarnaast worden indicatoren ontwikkeld voor verwijzingen naar het ziekenhuis, spoedopnames en case management van kwetsbare ouderen.
Wie wordt beloond?	Alle ongeveer 8.600 huisartsenpraktijken in het Verenigd Koninkrijk.
Hoe wordt beloond?	Tot 2014: voor iedere indicator gold een minimum- en maximumdoel; behalen van het maximumdoel leidde tot het maximum aantal punten. Bij maximale score (1.000 punten) was de beloning 25% van de praktijkomzet. Beloning vond jaarlijks plaats op basis van zelfgerapporteerde scores. Vanaf 2014: grotendeels ongewijzigd, doch het percentage van de omzet dat afhankelijk is van scores op indicatoren is met een derde verlaagd.

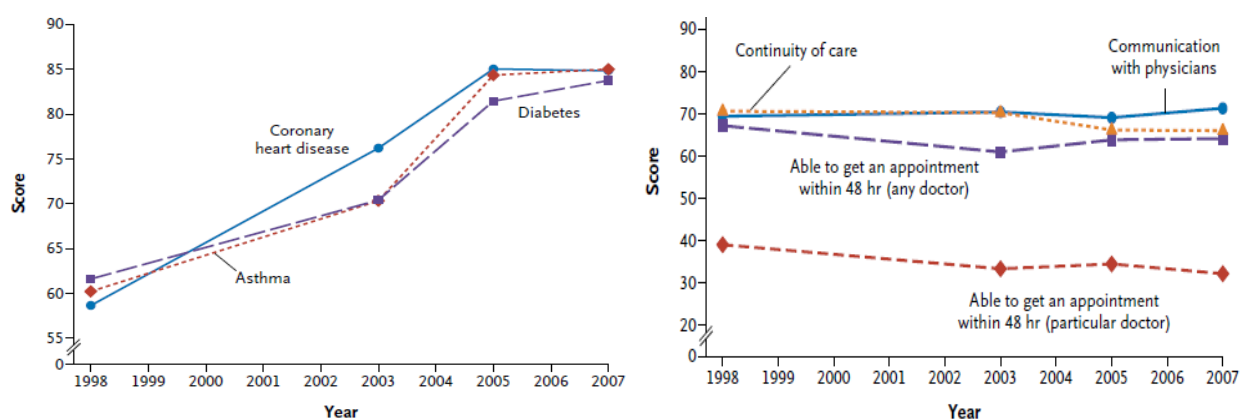
Tot 2014 konden praktijken maximaal 1.000 punten scoren voor goede scores op de indicatoren; het aantal punten per indicator weerspiegelde het gewicht van een indicator bij de berekening van de prestatiebeloning. Een gemiddelde praktijk bestaande uit vier huisartsen kon in de periode 2005-2006 bij een maximale score £130.000 verdienen (25% van de praktijkomzet). De beloning was gebaseerd op het halen van absolute doelen. Voor de meeste indicatoren gold zowel een minimumdoel (meestal 25%) als een maximumdoel (variërend tussen de 50% en 90%, afhankelijk van de indicator). Sinds 2004 is jaarlijks ongeveer £1 miljard aan beloningen uitgekeerd. De middelen mochten naar eigen invulling worden besteed, en waren dus gebaseerd op zelfgerapporteerde scores die bovendien worden gepubliceerd (<http://qof.hscic.gov.uk>). Praktijken zijn vanaf het begin massaal gebruik gaan maken van het landelijke ICT-systeem met EPD. Daarnaast hebben zij op grote schaal verpleegkundigen en administratief medewerkers aangenomen ten behoeve van behandeling van chronisch zieken respectievelijk het verzamelen en terugkoppelen van informatie over prestaties op de indicatoren.

³⁷ Dit is op zichzelf niet zo verrassend gezien de substantiële omvang van de prestatiebeloning, zie verderop.

Het QOF is verschillende keren aangepast op basis van de jaarlijkse onderhandelingen tussen de British Medical Association en het Department of Health, en advies van het National Institute of Clinical Excellence. Hierbij kan gedacht worden aan toevoeging/verwijdering van indicatoren, aanpassing van prestatiedoelen en herverdeling van punten over indicatoren. Tijdens de laatste onderhandelingen is besloten om het aantal indicatoren in 2014 fors te verlagen en vrijkomende middelen – ongeveer een derde van de totale prestatiebeloning – als abonnementshonorarium te betalen. Hoewel de oorspronkelijke vormgeving onder meer als doel had het inkomen van huisartsen te verhogen om het tekort aan huisartsen te verkleinen, zijn stakeholders de forse financiële prikkel steeds meer gaan zien als afleiding, resulterend in minder aandacht voor de agenda van de patiënt tijdens consulten.

De impact van het QOF is uitgebreid onderzocht in tientallen studies. De resultaten hiervan zijn recentelijk samengevat in een systematisch literatuuronderzoek (Gillam et al. 2012). In totaal zijn 94 artikelen geïncludeerd en de bevindingen onderverdeeld in drie categorieën: effectiviteit (47 studies), kosteneffectiviteit (vijf studies) en neveneffecten (40 studies). In het eerste jaar lijkt het QOF te hebben geleid tot een betere proceskwaliteit en vaak ook tot betere intermediaire uitkomsten voor de meeste aandoeningen, doch met name voor hartziekte, diabetes, astma en beroerte. Vanaf jaar twee namen de verbeteringen echter af en kwamen de scores weer in lijn met de trend die zich had ingezet voorafgaand aan het QOF (zie Figuur 2); het is goed mogelijk dat de afvlakking te maken had met het feit dat veel praktijken de maximumdoelen behaalden (en dus de maximale beloning). Voor diabetes en astma was de (beperkte) verbetering vanaf jaar twee echter groter dan kon worden voorspeld op basis van de trend. Tenslotte vond een (klein) aantal studies geen relatie tussen gemiddelde scores op de kwaliteitsindicatoren c.q. het behalen van maximumdoelen en finale kwaliteitsuitkomsten zoals ziekenhuisopnames en sterfte.

Figuur 2. Gemiddelde scores op kwaliteitsindicatoren in het Verenigd Koninkrijk, 1998-2007



Bron: Roland & Campbell 2014. De linker grafiek toont de gemiddelde scores op indicatoren voor hartziekte, astma en diabetes op basis van een representatieve steekproef van huisartsenpraktijken voor en na de introductie van het QOF in 2004. Scores kunnen variëren tussen 0% (i.e. geen enkele indicator is gehaald voor geen enkele patiënt) en 100% (i.e. alle indicatoren zijn gehaald voor alle patiënten). De rechter grafiek toont scores voor de patiëntpercepties van communicatie met artsen, toegankelijkheid en continuïteit. Communicatie werd gemeten via 7 vragen met antwoordmogelijkheden van 'zeer slecht' tot 'uitstekend', continuïteit met de vraag 'Hoe vaak ziet u uw eigen dokter?', en toegankelijkheid als het percentage patiënten dat aangaf in staat te zijn binnen 48 uur een afspraak te maken. Alle scores zijn herschaald naar een range van 0 tot 100.

Met betrekking tot kosteneffectiviteit is door critici herhaaldelijk de volgende vraag gesteld (Gillam et al. 2012): *if £1 billion a year of additional funding to GPs has yielded only modest improvements in quality of care, might greater benefits have been achieved if this investment*

had funded an alternative approach to improvement? Het beschikbare bewijs lijkt daarnaast te suggereren dat dezelfde baten hadden kunnen worden behaald tegen lagere kosten (bijvoorbeeld 20% of 15% van de praktijkomzet). Het QOF als geheel is niet onderzocht op kosteneffectiviteit. Wel hebben Walker et al. (2010) een poging gedaan door de omvang van beloningen te relateren aan verwachte gezondheidsbaten voor negen indicatoren. Zij concluderen dat de beloningen bij de kleine verbeteringen van de indicatoren een kosteneffectief gebruik van NHS-middelen zijn geweest. De substantiële administratiekosten van het QOF zijn echter niet in het onderzoek meegenomen en daarnaast zijn geen *werkelijke* gezondheidsbaten onderzocht.

Tabel 17. Evaluatieresultaten van het Quality and Outcomes Framework in het Verenigd Koninkrijk.

Conclusie	<ul style="list-style-type: none"> • Kleine verbeteringen in proceskwaliteit en intermediaire uitkomsten hadden mogelijk ook tegen lagere kosten kunnen worden behaald. Inconsistente effecten op onbeloonde indicatoren, doch wel bewijs voor afname van continuïteit van zorg en verzakelijking van de arts-patiëntrelatie.
Effecten	<ul style="list-style-type: none"> • In jaar 1 heeft QOF geleid tot betere proceskwaliteit en betere intermediaire uitkomsten voor de meeste aandoeningen. Vanaf jaar 2 namen verbeteringen af en kwamen scores in lijn met de pre-QOF trend. Voor diabetes en astma lag verbetering (iets) boven de trend. • Waarschijnlijk geen invloed op finale kwaliteitsuitkomsten zoals opnames en sterfte. • Bewijs suggereert dat dezelfde baten hadden kunnen worden behaald tegen lagere kosten. • Geen verbetering in patiënttevredenheid, wel lichte afname van continuïteit van zorg. • Inconsistente effecten op onbeloonde indicatoren, positief (ervaren) effect op praktijkorganisatie, teamwork, taakherschikking en werkdruk.
3 belangrijkste succes- en/of faalfactoren	<ul style="list-style-type: none"> • Succes: combinatie prestatiebeloning met landelijk ICT-systeem en publicatie indicatorscores • Succes: belonen van absolute prestaties en verbetering in prestaties • Faal: teveel procesindicatoren en te grote omvang prestatiebeloning
Lessen	<ul style="list-style-type: none"> • Prestatiebeloning kan bijdragen aan betere kwaliteit, maar is het geen <i>magic bullet</i>. Idealiter gecombineerd met andere initiatieven (e.g. spiegelinformatie) om zorg blijvend te verbeteren. • Risico op ongewenste neveneffecten kan worden verkleind door indicatoren en prikkels zoveel mogelijk af te stemmen op de medisch-professionele normen en waarden. • Aandoeningsspecifieke indicatoren kunnen nuttig zijn, maar zijn inadequaet voor bijvoorbeeld kwetsbare ouderen met multimorbiditeit (een steeds groter wordende patiëntengroep). • Prestatiebeloning van 25% van praktijkomzet waarschijnlijk onnodig hoog; bovendien lijkt het te hebben geleid tot een disproportionele focus op gemeten aspecten van zorg verleend door huisartsen (en negatieve <i>spillovers</i> op andere belangrijke aspecten zoals continuïteit).

Er zijn geen significante verbeteringen gevonden in door patiënten ervaren kwaliteit ten aanzien van communicatie, coördinatie en algemene tevredenheid. Continuïteit van zorg lijkt echter iets te zijn verslechterd (zie Figuur 2). Uit kwalitatief onderzoek blijkt bovendien dat de aard van de consulten en zorgverlening zodanig is veranderd dat patiënten een zakelijker, meer biomedische zorgverlening ervaren. Huisartsen erkennen dat de nadruk op protocol-gedreven zorg mogelijk heeft geleid tot minder tijd om daadwerkelijk te luisteren naar de zorgen van patiënten. Het QOF heeft daarnaast een inconsistent effect gehad op onbeloonde indicatoren; sommige studies vonden bewijs voor een positief *spillover* effect op onbeloonde indicatoren voor geïnccludeerde aandoeningen, terwijl andere studies juist (kleine) verslechtingen van onbeloonde indicatoren vonden. Voorts blijkt uit interviews met huisartsen en verpleegkundigen dat QOF een positieve invloed heeft gehad op de praktijkorganisatie en dat het heeft geleid tot meer teamwork, doelmatige taakherschikking en minder werkdruk. Wel geven professionals aan dat als gevolg van de hoge beloningen voor gemeten kwaliteit, andere belangrijke dimensies van uitkomsten

(zoals innovatie, continuïteit, en patiëntgerichtheid) mogelijk zijn verschaald. Tenslotte lijken huisartsen geen misbruik te hebben gemaakt van het systeem van *exception reporting*.

2.3 Multidisciplinaire bekostiging per patiënt

*IHA Bundled payment demonstration*³⁸

De Integrated Healthcare Association (IHA) is een organisatie zonder winstoogmerk met als belangrijkste doel het faciliteren van constructieve samenwerking tussen zorgverzekeraars, artsen(groepen) en ziekenhuizen in Californië, met name op het gebied van prestatiemeting en innovatieve bekostigingsmethoden. In opdracht van de overheid startte IHA in september 2010 een *bundled payment* pilot met een beoogde looptijd van drie jaar en vijf doelen: (1) het testen van de haalbaarheid en praktische uitvoerbaarheid van het bundelen van de betalingen voor ziekenhuizen, artsen en andere aanbieders voor orthopedische en cardiologische zorg alsmede zwangerschapszorg, (2) het samen met stakeholders ontwikkelen van tien multidisciplinaire zorgbundels, (3) het werven van aanbieders en verzekeraars en het faciliteren van contractering tussen beide partijen, (4) het evalueren van de pilot, en (5) het daaruit afleiden van succes- en faalfactoren. De pilot startte eind 2010 met zes particuliere verzekeraars en acht ziekenhuizen en had betrekking op particulier verzekerden tussen de 18 en 65 jaar (vanaf het 65^{ste} levensjaar vallen Amerikanen onder de federale ouderenverzekering Medicare).

Tabel 18. Kenmerken van de IHA Bundled Payment Demonstration in Californië, VS.

Oude basisbekostigingssysteem	Per zorgactiviteit of –product (monodisciplinair).
Betrokken zorgpartijen	Bij de start 6 particuliere zorgverzekeraars en 8 ziekenhuizen; aan het eind van de looptijd nog 3 verzekeraars en 2 ziekenhuizen.
Afbakening populatie	Op basis van persoonskenmerken (particulier verzekerden jonger dan 65 jaar met de betreffende aandoening en een laag risico op complicaties) en het verzekerd zijn bij een deelnemende zorgverzekeraar.
Multidisciplinaire zorgbundel(s)	10 bundels voor acute orthopedische en cardiovasculaire behandelingen en zwangerschapszorg. Pre- en postoperatieve zorg veelal uitgesloten, behalve tot de initiële operatie herleidbare complicaties en heropnames tot 90 dagen.
Risicodragende zorgorganisatie	Ziekenhuizen (hoofdaanemers).
Basisbekostiging	Prospectief en op basis van historisch kostenniveau en onderhandeling.
Risicocorrectie en –deling	Geen risicocorrectie, bundeldefinitie beperkt tot laag-risico patiënten, volledige risico-overdracht voor de betreffende zorgbundel.
Contractering	Jaarlijks tussen verzekeraars en hoofdaanemers en tussen hoofdaanemers en onderaanemers.
Waarborgen/prikkels voor goede kwaliteit van zorg	Geen, hoewel behandelingen deels zijn geselecteerd op basis van voldoende ruimte voor kwaliteitsverbetering.

De eerste stap was het bijeen brengen van stakeholders en het selecteren van behandelingen die via de nieuwe systematiek bekostigd zouden gaan worden. Bij de selectie van de behandelingen werden vier criteria gehanteerd: (1) voldoende volume van de behandelingen in doelpopulaties, (2) genoeg mogelijkheden voor kwaliteitsverbetering, (3) een substantieel besparingspotentieel, en (4) consensus onder stakeholders. Nadat stakeholders het eens waren over de behandelingen formuleerde IHA conceptdefinities van de zorgbundels die vervolgens werden voorgelegd aan een technische commissie met vertegenwoordigers van de verschillende stakeholders. Daarna

³⁸ Gebaseerd op: Kary 2013, Williams & Robinson 2013, Ridgley et al. 2014 en Williams & Yegian 2014.

begon wederom een consensusproces waarbij IHA ondersteuning bood bij technische zaken zoals inclusiecriteria en het in beeld brengen van de zorgwaarde van patiënten. Uiteindelijk heeft dit geleid tot tien zorgbundeldefinities, waaronder voor heupvervangende (zie kader), meniscusverwijdering, hartkatheterisatie en zwangerschapszorg.

Definitie van zorgbundel/-episode voor totale heupvervangende (www.iha.org)

Episode includes all covered services provided to a qualified patient during the 90-day episode period for:

- An index procedure of total or partial hip replacement for patients with degenerative osteoarthritis
- Revision procedure performed during the episode due to complications associated with original procedure
- Patient complications arising during the stay for index procedure
- Treatment of complications related to the index or revision procedure (regardless of treatment setting)
- Readmission of the patient during the 90-day episode period for one of the DRGs defined in Attachment A

Services within the episode period which may not be separately billed (if they occur):

- Inpatient facility charges; all that would be included in DRG for facility (incl. prosthesis, testing, inpatient prescription drugs)
- Inpatient professional charges: anesthesiologists, radiologists, hospitalists, other consultants (e.g., cardiologist)
- Surgeon/assistant surgeon charges and X-rays and imaging services
- Services in optional outpatient rehabilitation package (if negotiated)
- All services associated with readmissions as defined in Attachment A
- Facility charges for treatment of complications during episode
- Radiology charges for treatment of complications during episode
- Professional fees for treatment of complications during episode (e.g., emergency medicine, surgeon, anesthesiologist)
- Facility charges, professional fees and ancillary charges while patient is located in an inpatient rehabilitation setting

Services excluded from standard definition and that may be separately billed:

- Skilled nursing facilities
- Physical therapy (in home, or at hospital outpatient facility, except as included in outpatient Rehab package)
- Home health care/nursing charges, except as included in outpatient rehabilitation package
- Durable medical equipment
- Outpatient prescription drugs

Parties may negotiate to include services for rehabilitation during the 21 days following surgery:

- Initial evaluation by physical therapist
- Evaluation by home health aide or occupational therapist of physical environment of patient and need for equipment
- Blood draws for patients receiving anti-coagulants twice per week for 3 weeks (done by home health agency)

For inclusion in the pilot, a patient must be:

- Covered by a participating employer and insurer on date of surgery
- Over age 18 and under age 65
- Being admitted to a hospital contracting to provide services under the pilot for the specific insurer
- Undergoing surgery by an orthopedic surgeon contracting to provide services under the pilot for the specific insurer
- Presenting for procedure with an ASA rating of <3 (i.e., fitness classification is 'healthy' or 'mild systemic disease')

Patients are excluded from the pilot when:

- Transferred at any time during initial hospital stay
- Primary coverage with participating employer and health plan ends at any time during the episode
- Clinical history demonstrates clinical condition of active cancer, HIV/AIDS and/or end-stage renal disease
- Body mass index is 40 or greater

Met betrekking tot de bekostiging zijn tijdens het consensusproces zes beslissingen genomen:

1. De bundeldefinities zijn definitief en kunnen tijdens latere contractonderhandelingen tussen verzekeraars en ziekenhuizen (i.e. de hoofdaanemers) niet worden gewijzigd.
2. Zorg voorafgaand aan de opname en na ontslag uit het ziekenhuis valt buiten de bundel, met uitzondering van tot de initiële operatie herleidbare complicaties en heropnames binnen 90 dagen. Dit was een moeizaam compromis tussen ziekenhuizen (die de bundel graag zo smal mogelijk wilden houden) en verzekeraars (die liefst ook pre- en postoperatieve zorg onder de bundel wilden scharen). Steeds moest een expliciete afweging worden gemaakt tussen de reikwijdte van de bundel en de administratieve lasten; specifieke zorg en/of complicaties die de bundel beperkt 'vollediger' maken maar de administratieve lasten substantieel vergroten zijn uiteindelijk meestal buiten de bundeldefinitie gelaten.

3. Het *ziekenhuis* ontvangt de betaling *voorafgaand* aan de levering van de zorgbundel.³⁹ In het vorige hoofdstuk is gebleken dat de afbakening van de populatie problematisch kan zijn bij het ziekenhuis als hoofdaannemer. In dit project was dat echter geen discussiepunt vanwege de aard van de bekostiging (per *patiënt* met een bepaalde zorgvraag) en het feit dat de zorgbundels uiteindelijk alleen betrekking hadden op zorg geleverd binnen het ziekenhuis.
4. De bekostiging (prijs) per zorgbundel is minimaal gelijk aan de oude bekostiging voor de betreffende zorg. Ook dit was zeer een moeizaam compromis en heeft tijdens het project blijvend geleid tot moeizame en langdurige onderhandelingen.
5. Volledige risico-overdracht voor zorg die onder de bundel valt: ziekenhuizen lopen 100% risico over onder- en overschrijdingen van de prijs per zorgbundel. Ziekenhuizen zijn hier uiteindelijk mee akkoord gegaan vanwege de relatief enge bundeldefinities.
6. Geen zorgzwaarte-correctie maar in plaats daarvan het beperken van de bundel tot patiënten met een relatief lage zorgzwaarte (i.e. met een geringe kans op complicaties). Dit was een pragmatische keuze; de verwachting was dat het ontwikkelen van en bereiken van consensus over zorgzwaartecorrecties te lang zou duren om binnen het project tot getekende contracten te kunnen komen. Ook werd onderkend dat meerjarige declaratie- en zorginhoudelijke data (cruciaal voor gedegen zorgzwaartecorrectie) op korte termijn niet beschikbaar zouden zijn.

Het project is geëvalueerd door een onafhankelijk onderzoeksbureau. Ondanks alle inspanningen is uiteindelijk weinig ervaring opgedaan met het leveren van zorg onder multidisciplinaire bekostiging per patiënt voor de tien zorgbundels. Hoewel veel expertise is verworven in het ontwikkelen van zorgbundels en andere technische implementatieaspecten, hebben uiteindelijk slechts twee ziekenhuizen een *bundled payment* contract afgesloten. De belangrijkste reden hiervoor was het lage volume; in drie jaar tijd zijn in de relevante doelpopulatie bijvoorbeeld maar 35 orthopedische behandelingen uitgevoerd. Eén van de oorzaken voor dit geringe aantal was dat drie van de zes verzekeraars en zes van de acht ziekenhuizen zich tijdens het project terug trokken. Hoewel het oorspronkelijke evaluatieplan een kwantitatieve analyse bevatte van de impact op zowel kosten als kwaliteit, is vanwege het lage volume en opgelopen vertraging in de implementatie besloten deze analyse te laten vervallen en de evaluatie te beperken tot een kwalitatieve analyse van het implementatieproces. Dit bracht zes knelpunten aan het licht:

- Problemen bij het definiëren van zorgbundels. Hoewel de consensusprocedure belangrijke voordelen bood en cruciaal was voor de acceptatie, leidde het ook tot flinke vertragingen, met name bij het definiëren van de zorgbundels. Uiteindelijk is gekozen voor een beperkte reikwijdte, zowel met betrekking tot het aantal geïnccludeerde patiënten als ten aanzien van de zorg die onder de bundels valt. Dit is deels een gevolg van bezorgdheid onder aanbieders over het risico dat zij zouden gaan dragen bij een brede definitie, gegeven ook de beslissing om geen zorgzwaarte-correctie en/of stoploss clausules toe te passen c.q. te verplichten. Achteraf gezien was de reikwijdte van de bundels te beperkt om genoeg volume te kunnen realiseren, wat het voor ziekenhuizen en verzekeraars vervolgens financieel onaantrekkelijk maakte om zorgprocessen te herinrichten respectievelijk te investeren (de aanpassing van)

³⁹ Dit in tegenstelling tot een retrospectief model waarbij aanbieders ‘gewoon’ per activiteit of zorgproduct worden betaald en na afloop de declaraties worden vergeleken met het vooraf afgesproken bedrag per zorgbundel.

administratieve (declaratie)systemen; de kosten daarvan kunnen immers over slechts een beperkt aantal patiënten worden gespreid;

- Gebrek aan vertrouwen en tegengestelde belangen. Dit had zowel betrekking op de definitie als op de prijzen van de zorgbundels. De zorgverzekeraars pleitten voor een lagere prijs in vergelijking tot wat zij aanbieders voorheen betaalden. Aanbieders wezen echter op de hoge implementatiekosten en het risico dat zij zouden gaan dragen, en eisten juist hogere prijzen. Conflicterende zienswijzen en een gebrek aan vertrouwen leidden vaak tot onbevredigende compromissen en moeizame en langdurige onderhandelingen;
- Ontbreken technische infrastructuur voor verwerking van declaraties. De declaratiesystemen van zorgverzekeraars zijn voornamelijk geënt op bekostiging per zorgactiviteit/-product en bleken ongeschikt voor multidisciplinaire bekostiging. De ICT-systemen van ziekenhuizen bleken daarnaast onbruikbaar voor het betalen van gecontracteerde onderaannemers. De lage patiëntaantallen belemmerden bovendien het snel kunnen testen van aanpassingen van ICT- en declaratiesystemen. Maar zelfs toen nieuwe software voor het verwerken en betalen van declaraties beschikbaar kwam was het vanwege de kleine aantallen niet aantrekkelijk om in die software te investeren. Men besloot de betreffende declaraties handmatig te verwerken;
- Onzekerheid over wat is toegestaan binnen de huidige wet- en regelgeving. Onzekerheid over juridische aspecten van de nieuwe bekostiging heeft geleid tot flinke vertraging en een afname van enthousiasme onder partijen om te blijven deelnemen. Een voorbeeld van een juridische belemmering was de verplichting om ieder contract ter goedkeuring voor te leggen aan het California Department of Managed Health Care (DMHC). Die verplichting vloeyde voort uit twijfels over of verzekeraars wel in staat zouden zijn om goed toezicht te houden op ziekenhuizen met betrekking tot de bekostiging van gecontracteerde onderaannemers. Welke stappen zou de verzekeraar nemen om te garanderen dat ziekenhuizen over voldoende reserves beschikken om deze betalingen te dekken? Indien dergelijk toezicht naar mening van DMHC ontoereikend was werd het betreffende contract niet goedgekeurd;
- Andere prioriteiten. Gedurende de pilot werd duidelijk dat partijen vaak andere prioriteiten hadden die eveneens tijd en middelen vergen, zoals fusies en ontwikkeling van *accountable care organizations* (ACO's, zie paragraaf 2.5). Stakeholders kregen steeds meer het idee dat de ontwikkeling van een ACO, waarbij zorgaanbieders (financieel) verantwoordelijk worden voor het gehele zorgcontinuüm van zorg voor een vooraf afgebakende verzekerdenpopulatie, rendabeler zou zijn dan het bundelen van zorgactiviteiten voor specifieke behandelingen;
- Discussie over polisvoorwaarden. Hoewel verzekeraars hadden uitgesproken zich in de pilot alleen bezig te willen houden met de implementatie van een nieuwe bekostigingsmethode, konden zij discussies over hun polisvoorwaarden niet voorkomen. Ziekenhuizen eisten dat verzekeraars hun best zouden doen verzekerden naar hun instellingen te sturen, bijvoorbeeld via kwijtschelding van eigen betalingen. De tijd die nodig is om nieuwe polisvoorwaarden goed te laten keuren ligt in Californië echter rond de twee jaar. Prikkel voor consumenten om deelnemende ziekenhuizen te bezoeken bleven in de pilot dus achterwege, leidend tot teleurstelling onder ziekenhuizen.

In Tabel 19 worden de resultaten van het demonstratieproject samengevat. Hoewel het project is uitgelopen op een mislukking, is een aantal interessante knelpunten in het implementatieproces geëxpliciteerd die vervolgens zijn vertaald in een aantal concrete lessen en aanbevelingen.

Tabel 19. Evaluatieresultaten van de IHA Bundled Payment Demonstration in Californië, VS.

Conclusie	<ul style="list-style-type: none"> • Het project is uiteindelijk mislukt; slechts twee ziekenhuizen hebben met drie verzekeraars een <i>bundled payment</i> contract afgesloten. Kwalitatieve analyse van het implementatieproces geeft echter inzicht in belangrijke praktische obstakels
Effecten	<ul style="list-style-type: none"> • Onbekend (analyse van effecten niet mogelijk vanwege een te laag volume)
Knelpunten bij implementatie (faalfactoren)	<ul style="list-style-type: none"> • Problemen en vertraging bij het definiëren van zorgbundels • Gebrek aan vertrouwen en tegengestelde belangen • Ontbreken technische infrastructuur voor verwerken van declaraties • Vertraging en onzekerheid over wat mag binnen huidige wet- en regelgeving • Partijen ontwikkelen andere prioriteiten • Tijdrovende discussie over polisvoorwaarden
Lessen	<ul style="list-style-type: none"> • Stapsgewijze implementatie; begin klein, breid uit indien mogelijk • Zorg voor voldoende volume; kleine aantallen verkleinen besparingspotentieel, enthousiasme om deel te nemen, en de mogelijkheid tot adequate evaluatie • Houdt zorgbundels zo simpel mogelijk, vooral in de beginfase • Hanteer adequate methoden voor beperking van financieel risico voor aanbieders • Werk tijdig aan oplossingen voor technische problemen bij de uitvoering • Waak ervoor dat de herinrichting van zorgprocessen niet wordt overschaduwed door technische / administratieve aspecten van de implementatie • Hanteer adequate (financiële) prikkels voor consumenten

Op basis van hun bevindingen komen de onderzoekers tot de volgende lessen en aanbevelingen:

- Begin klein, breid uit indien mogelijk. Vormgeving en implementatie van multidisciplinaire bekostiging per patiënt bleek veel moeilijker dan gedacht. Het vereist veel (administratieve) inspanning, aanpassing van declaratie- en ICT-systemen en het overwinnen van juridische en andere obstakels. Het besparingspotentieel moet groot zijn, wat alleen kan worden bereikt bij voldoende volume. Daarnaast valt idealiter de gehele zorgepisod van een patiënt (inclusief pre- en postoperatieve zorg) onder de bundel, doch dat leidt tot complexe bundeldefinities en weerstand onder zorgaanbieders. Stapsgewijze implementatie is het meest levensvatbaar;
- Zorg voor voldoende volume. Lage patiëntaantallen verminderen de bereidheid van partijen om te investeren in procesherinrichting en administratieve systemen. Daarnaast bemoeilijkt het adequate evaluatie. Volume kan worden verhoogd door te focussen op veelvoorkomende aandoeningen en zoveel mogelijk verzekeraars en aanbieders te laten deelnemen;
- Houdt zorgbundels zo simpel mogelijk, vooral in de beginfase. Discussies over de definitie van zorgbundels kan leiden tot vertragingen en onbevredigende compromissen. Daarnaast belemmeren gedetailleerde definities de praktische uitvoerbaarheid;
- Hanteer adequate methoden voor beperking van financieel risico. Het risico van aanbieders werd in de pilot gemitigeerd door de bundel te beperken tot patiënten met een relatief lage zorgzwaarte. Dat droeg echter bij aan een laag volume. Andere risicobeperkende methoden zoals zorgzwaarte-correctie, herverzekering en stoploss clausules dienen te worden verkend;
- Werk tijdig aan technische oplossingen bij de uitvoering. Declaratie- en ICT-systemen bleken ongeschikt voor de nieuwe bekostiging, leidend tot demotiverende vertragingen en een afnemend enthousiasme. Handmatige verwerking van declaraties is een pragmatische oplossing, doch praktisch alleen uitvoerbaar bij kleine patiëntaantallen;

- Focus op procesherinrichting. Multidisciplinaire bekostiging levert alleen meerwaarde voor de patiënt als (zorg)processen doelmatiger worden ingericht. Dit vereist tijd en aandacht, wat al snel kan worden verstoord door administratieve rompslomp rondom de implementatie;
- Adequate prikkels voor consumenten. Betrokkenheid van aanbieders is cruciaal voor succes; prikkels voor verzekeren om van deelnemende aanbieders gebruik te maken kan daar een bijdrage aan leveren en vergroot bovendien het volume.

2.4 Multidisciplinaire bekostiging per patiënt plus prestatiebeloning

In deze paragraaf worden twee initiatieven besproken: het PROMETHEUS payment model en het ProvenCare model. Beide initiatieven vertonen gelijkenissen met het IHA bundled payment project in de zin dat sprake is van multidisciplinaire bekostiging per zorgbundel per patiënt; de bekostiging heeft betrekking op het geheel aan zorgactiviteiten dat een patiënt met een bepaalde aandoening idealiter ontvangt tijdens de zorgperiode. Een verschil is dat in PROMETHEUS en ProvenCare ook sprake is van prestatiebeloning voor goede kwaliteit van zorg, wat in principe niet het geval was bij de IHA bundled payment demonstration.

PROMETHEUS payment model⁴⁰

Het bekostigingsmodel PROMETHEUS, ontwikkeld in 2006 door het Health Care Incentives & Improvement Institute (HCI3, een particuliere organisatie zonder winstoogmerk) met financiële ondersteuning van het Commonwealth Fund, bundelt (betalingen voor) zorgactiviteiten voor een bepaalde aandoening of behandeling. Het belangrijkste doel van het model is het bevorderen van goede coördinatie van zorg door aanbieders gezamenlijk (financieel) verantwoordelijk te maken voor de kosten van vooraf gedefinieerde zorgbundels. Het model omvat twee componenten: de basisbekostiging per patiënt en een prestatiebeloning voor goede kwaliteit.

De basisbekostiging bestaat uit een voor zorgzwaarte gecorrigeerd, *evidence-based* bedrag per patiënt en een opslag voor 'potentieel vermijdbare complicaties' (zoals ziekenhuisopnames bij COPD-patiënten en infecties tijdens of na operaties). Diverse werkgroepen ontwikkelen criteria voor het bepalen van basisbedragen voor acute en chronische aandoeningen. Zorgactiviteiten die onder de bekostiging voor een bepaalde zorgperiode vallen zijn geselecteerd aan de hand van statistische analyses op declaratiegegevens en op basis van geaccepteerde medische richtlijnen en expertadviezen. Aldus reflecteert de zorgbundel de meest adequate (evidence-based) methode voor het behandelen van de betreffende aandoening. Er zijn zorgbundels ontwikkeld voor zeven chronische aandoeningen (o.a. COPD en diabetes; looptijd één jaar); drie acute aandoeningen (hartinfarct, longontsteking en beroerte; 30 dagen); vijf klinische operaties (o.a. heupvervanging en bypassoperatie; 210 dagen, waarvan 180 dagen vóór de operatie); en zes poliklinische operaties (o.a. galblaasverwijdering; 5-11 maanden). Om deelname te stimuleren en vertrouwen van aanbieders te winnen heeft HCI3 ervoor gekozen de zorgbundels zoveel mogelijk evidence-based te maken en basisbedragen te baseren op zowel kosten als (proces)kwaliteit van zorg.

⁴⁰ Gebaseerd op: De Brantes et al. 2009/2010, Hussey et al. 2011, Eijkenaar et al. 2012. PROMETHEUS is een acroniem voor Provider Payment Reform for Outcomes, Margins, Evidence, Transparency, Hassle reduction, Excellence, Understandability, and Sustainability.

Tabel 20. Kenmerken van het PROMETHEUS payment model in de VS.

Oude basis-bekostiging	Veelal per zorgactiviteit of -product (monodisciplinair).
Betrokken zorgpartijen	Tussen 2008 en 2011 namen diverse zorginkopers (verzekeraars en werkgevers) en zorgaanbieders deel aan een pilot in 3 regio's ('communities').
Afbakening populatie	Op basis van persoonskenmerken (mensen jonger dan 65 jaar met betreffende aandoening/behandeling) en verzekerd/werknemer zijn bij deelnemende verzekeraar/werkgever.
Multidisciplinaire zorgbundel(s)	21 bundels: 7 voor chronische zorg (looptijd één jaar), 3 voor acute aandoeningen (30 dagen), 5 voor klinische behandelingen (210 dagen, waarvan 180 vóór de operatie) en 6 voor poliklinische behandelingen (5-11 maanden). Pre- en postoperatieve zorg veelal geïncorporeerd, alsmede 'potentieel vermijdbare complicaties'.
Risicodragende zorgorganisatie	Niet gespecificeerd; het is niet noodzakelijk dat een bepaalde organisatie als hoofdaannemer optreedt bij de bekostiging. Verzekeraars kunnen (blijven) optreden als 'financial integrator'
Basisbekostiging	Prospectief o.b.v. aanbevolen (<i>evidence-based</i>) zorg en mogelijk ook historische kosten en onderhandeling. Opslag voor potentieel vermijdbare complicaties op basis van historische kosten. Retrospectieve verrekening: tijdens de looptijd van het contract worden aanbieders per zorgactiviteit betaald; na afloop worden declaraties vergeleken met het basisbedrag.
Risicocorrectie en -deling	Basisbedrag gecorrigeerd voor o.a. leeftijd/geslacht, ernst van aandoening en comorbiditeit. Mate van risicodeling afhankelijk van lokale afspraken. Besparingen grotendeels ten gunste van aanbieders (doch alleen bij goede kwaliteit); tekorten (grotendeels) voor verzekeraars
Contractering	Niet gespecificeerd; het bekostigingsmodel laat dit over aan gebruikers
Prikkels voor goede kwaliteit	Complex systeem van prestatiebeloning, geïntegreerd in bekostigingsmodel; besparing op de basisbekostiging alleen uitgekeerd bij goede scores op indicatoren voor alle zorgbundels.

Het basisbedrag wordt gecorrigeerd voor ernst van de aandoening, comorbiditeit⁴¹ en andere specifieke patiëntkenmerken, en berekend aan de hand van de prijzen van de afzonderlijke zorgactiviteiten en, indien gewenst door gebruikers, historische kosten (in het bijzonder die van vermijdbare complicaties). Het systeem berekent opslagen op basisbedragen voor vermijdbare complicaties, ongeacht of complicaties daadwerkelijk optreden.⁴² Deze opslag bedraagt 50% van de verwachte kosten voor de complicaties, berekend aan de hand van de werkelijk kosten in het voorgaande jaar. Voor elke declaratie wordt automatisch nagegaan of het gaat om zorg die onder de bundel valt en of het om 'normale' zorg of een potentieel vermijdbare complicatie gaat. Alle declaraties voor activiteiten die onder de bundel vallen worden opgeteld en vergeleken met het basisbedrag. Overschotten worden in principe verdeeld over de aanbieders. Het basisbedrag, de omvang van het risico voor aanbieders, en de methoden voor het berekenen van het budget kunnen op basis van lokale onderhandelingen tussen aanbieders en inkopers worden aangepast. Voorts bepalen partijen zelf wie eindverantwoordelijk (hoofdaannemer) is, hoe coördinatie en samenwerking plaatsvindt en hoe tekorten of overschotten worden verdeeld.

Naast de basisbekostiging bevat het model een complex systeem van prestatiebeloning. Dit systeem is een integraal onderdeel van de bekostigingssystematiek: de mate waarin besparingen op de basisbekostiging ten gunste komen van aanbieders hangt af van het behalen van vooraf bepaalde targets voor goede kwaliteit. Per aandoening worden scores berekend op gevalideerde structuur- (o.a. aanwezigheid van patiëntregistraties), proces- (o.a. longfunctiemetingen bij

⁴¹ Patiënten met meerdere chronische aandoeningen waarvoor afzonderlijke basisbedragen kunnen worden berekend worden toegewezen aan één specifiek basisbedrag aan de hand van een hiërarchie. Zo staat diabetes hoger in de hiërarchie dan hypertensie. Voor een diabetespatiënt met hypertensie geldt dan het basisbedrag voor diabetes dat (onder andere) is gecorrigeerd voor de aanwezigheid van hypertensie.

⁴² Potentieel vermijdbare complicaties zijn gedefinieerd via een iteratief proces waarbij veel is overlegd met en advies gevraagd aan artsen en andere experts.

astmapatiënten) en uitkomstindicatoren (o.a. het cholesterolniveau van patiënten met hartfalen), alsmede patiëntervaringen. De scores worden bepaald voor *alle* patiënten met de betreffende aandoening (i.e. niet alleen patiënten van wie de zorg via PROMETHEUS wordt bekostigd). De indicatoren zijn geselecteerd op basis van de eis dat benodigde data aanwezig zijn in bestaande bronnen en eenvoudig kunnen worden aangeleverd door de zorgaanbieders zelf. Per indicator geldt een maximum puntenaantal. Het behaalde puntenaantal per indicator is de score (e.g. 80%) vermenigvuldigd met het maximumaantal. De punten worden vervolgens opgeteld tot een score per aandoening, waarbij uitkomsten een groter gewicht krijgen dan processen. De aandoening-specifieke scores worden geaggregeerd tot een overall score die wordt vergeleken met een target die varieert tussen de 50 en 90; hoe dichter 90 wordt benaderd, hoe hoger de prestatiebeloning. Een aanbieder komt dus pas in aanmerking voor een beloning als goed wordt gescoord op alle aandoeningen die via PROMETHEUS worden bekostigd. Om samenwerking te bevorderen hangen de overall scores voor 70% af van wat de aanbieder zelf doet en voor 30% van de scores van andere zorgverleners die de patiënt voor de betreffende aandoening behandelen. Indien een aanbieder bijvoorbeeld een score heeft behaald van 70 voor chronische zorg en patiënten met een hartinfarct verwijst naar een ziekenhuis dat 63 punten heeft behaald voor bypassoperatie, dan krijgt de aanbieder een score van $(70 \cdot 70\%) + (63 \cdot 30\%) = 67.9$. Dit geeft een prikkel om patiënten te verwijzen naar aanbieders met hoge kwaliteitsscores. Het deel van gerealiseerde besparingen dat overblijft (omdat niet alle aanbieders een score van 90 halen) wordt verdeeld over de aanbieders die behoren tot de top 25% met de hoogste overall score.⁴³

Deelnemende zorgaanbieders worden regelmatig voorzien van spiegelinformatie over hun scores op de indicatoren en over de financiële stand van zaken (e.g. hoeveel is nog over van het vooraf bepaalde basisbedrag en de beschikbare gelden voor vermijdbare complicaties per aandoening? Welke complicaties zijn opgetreden? Etc.). Daarnaast biedt HCI3 aanbieders ondersteuning bij het analyseren van hun historische declaratiegegevens voor patronen in kosten en gebruik voor zorg die onder de zorgbundels valt.

PROMETHEUS is tussen 2008 en 2011 in een pilot getest door inkopers en aanbieders in drie regio's ('sites'). Het implementatieproces is onderzocht door Hussey et al. (2011) op basis van case studies en interviews. Ten tijde van de pilot waren dertien zorgbundels beschikbaar: zes voor chronische zorg, drie voor acute aandoeningen en vier voor (poli)klinische operaties. Twee sites richtten zich op chronische zorg; de derde op operaties. Overwegingen van de eerste twee sites om te kiezen voor chronische zorg was het grotere ervaren verbeter-/besparingspotentieel; overwegingen van de derde site om te kiezen voor operaties was het helder afgebakende zorgpad en het feit dat minder aanbieders bij de zorg zijn betrokken (i.e. minder coördinatieproblemen en -kosten). Na drie jaar bleek het model in geen van de sites daadwerkelijk te zijn gebruikt voor de bekostiging van aanbieders voor de betreffende zorgbundels; men lag vaak maanden achter op geplande mijlpalen. De vertraging had te maken met implementatieproblemen als gevolg van de complexiteit van het bekostigingsmodel en het feit dat het wordt toegepast naast oorspronkelijke bekostigingssystemen. Hussey et al. beschrijven zes uitdagingen bij de implementatie van een

⁴³ Het is de bedoeling dat de methodologie voor het bepalen van de prestatiebeloning wordt verfijnd en afgestemd op de specifieke kenmerken van de setting waarin de bekostigingssystematiek wordt geïmplementeerd.

bundled payment model en de ervaringen van de pilot sites met betrekking tot die uitdagingen (zie Tabel 21). Tabel 22 bevat een overzicht van de belangrijkste evaluatieresultaten.

Tabel 21. Uitdagingen bij de implementatie van multidisciplinaire bekostiging per patiënt en ervaringen van deelnemers aan de pilot van het PROMETHEUS payment model (Hussey et al. 2011).

<i>Uitdaging</i>	<i>Ervaringen van de 'pilot sites'</i>
Definiëren van zorgbundels	<ul style="list-style-type: none"> • Sites hadden moeite om de bekostiging- en bundeldefinities toe te passen op eigen data • De <i>evidence base</i> for potentieel vermijdbare complicaties werd in twijfel getrokken
Definiëren van de bekostigingsmethode	<ul style="list-style-type: none"> • Er zijn geen contracten afgesloten tussen betrokken zorgaanbieders en -verzekeraars • Verzekeraars zijn terughoudend met het verdelen van <i>shared savings</i> en aanbieders met het accepteren van <i>downside risk</i> (i.e. risico voor overschrijding van basisbedrag) • 'Kip-en-ei probleem' van het herinrichten van zorg vóórdat betalingen veranderen
Implementeren van kwaliteitsmeting	<ul style="list-style-type: none"> • De nadruk ligt op veel gebruikte (landelijk gedefinieerde) procesindicatoren • Elektronische zorgdossiers zijn cruciaal, maar implementatie vergt tijd en is kostbaar
Verdeling financiële verantwoordelijkheid	<ul style="list-style-type: none"> • Aanbieders hebben zich nog beperkt bezig gehouden met het (onderling) verdelen van financiële verantwoordelijkheden • De pilot heeft geleid tot functionele integratie tussen aanbieders bij alle sites
Betrekken van zorgaanbieders	<ul style="list-style-type: none"> • Leidinggevende artsen en managers ondersteunen de onderliggende concepten van het bekostigingsmodel, maar <i>frontline</i> artsen zijn nog beperkt betrokken bij het model • Noodzaak tot vertalen van data-analyses (van bijv. declaratiegegevens) in informatie die zorgaanbieders direct kunnen gebruiken bij het doorvoeren van verbeteringen
Herinrichting van zorg(processen)	<ul style="list-style-type: none"> • Veranderingen vooral gericht op het verbeteren van coördinatie tussen aanbieders • De sites zaten na 3 jaar in de beginfase van het plannen van zorgproces-herinrichting • Ondanks het potentieel om geld te besparen via reductie van de kosten van 'normale' zorg (e.g. plaatsen van implantaten) hebben sites hier niet of nauwelijks op gefocust

De implementatie van het PROMETHEUS model heeft geleid tot meer complexiteit omdat het wordt toegepast naast de bestaande bekostigingssystematiek. Daarnaast maakt het model zelf gebruik van complexe beslisregels om te bepalen of gedeclareerde zorgactiviteiten onder de zorgbundel vallen en of het gaat om 'normale' zorg of om potentieel vermijdbare complicaties. Bovendien is de software afhankelijk van de kwaliteit en volledigheid van de informatie die zorgaanbieders vermelden op de declaraties. Alle deelnemende partijen stuiten herhaaldelijk op gevallen waarbij zorgactiviteiten incorrect waren geclassificeerd en/of professionals het oneens waren met classificatie van zorg als een potentieel vermijdbare complicatie. Het rechtzetten van fouten en het ophelderen van onduidelijkheden heeft geleid tot veel vertraging; de sites wilden er zeker van zijn dat het proces van het 'vullen' en verwerken van (declaraties in) de bundels foutloos verliep alvorens de bijbehorende basisbedragen werden gebruikt bij de bekostiging.

Stakeholders (vooral aanbieders) uitten daarnaast hun zorgen over het bekostigingsmodel dat in hun ogen zou kunnen leiden tot financiële verliezen. Sites begonnen met een beperkt financieel risico voor aanbieders; besparingen zouden grotendeels ten gunste van aanbieders komen terwijl tekorten grotendeels door inkopers zouden worden gedragen. Implementatie bleek echter lastiger dan verwacht; zowel aanbieders als verzekeraars bleken niet bereid om eventuele besparingen te 'reserveren' ten behoeve van de prestatiebeloning. Ook waren sommige verzekeraars het oneens met het idee dat aanbieders zouden moeten delen in besparingen omdat deze net zo goed het gevolg zouden kunnen zijn van natuurlijke variatie in kosten. Daarnaast twijfelden aanbieders of eventuele besparingen en ontvangen prestatiebeloningen voldoende zouden zijn om benodigde investeringen in herinrichting van de zorgverlening te compenseren.

Tabel 22. Evaluatieresultaten van het PROMETHEUS payment model in de VS.

Conclusie	<ul style="list-style-type: none"> • In de eerste 3 jaar zijn pilot sites er niet in geslaagd het model te gebruiken voor de bekostiging van zorgaanbieders. Kwalitatieve analyse van het implementatieproces geeft inzicht in belangrijke praktische obstakels
Effecten	<ul style="list-style-type: none"> • Onbekend (alleen informatie over het implementatieproces beschikbaar)
Knelpunten bij implementatie (faalfactoren)	<ul style="list-style-type: none"> • Problemen en vertraging bij het definiëren van zorgbundels • Problemen bij het toepassen en het uitwerken van de details van de bekostigingsmethode • Obstakels bij het registreren en meten van de vooraf bepaalde kwaliteitsindicatoren • Problemen bij het verdelen van (financiële) verantwoordelijkheden • Aan boord krijgen van individuele professionals is cruciaal maar kost tijd en inspanning • Hervorming van zorgverlening (e.g. het herinrichten van processen) is cruciaal maar kost tijd en is complex, zeker voor chronische aandoeningen
Lessen	<ul style="list-style-type: none"> • Houdt het systeem zo eenvoudig mogelijk en zorg ervoor dat partijen de belangrijkste (onderliggende) elementen onderschrijven en begrijpen. Complexiteit en onduidelijkheid leiden tot onzekerheid en een gebrek aan vertrouwen bij partijen, met name zorgverleners • Start direct met het wegnemen van belangentegenstellingen tussen partijen • Ga uit van een implementatieperiode van meerdere jaren; realisatie van gewenste verbeteringen vergt tijd en inspanning • ‘Actionable’ spiegelinformatie voor individuele zorgprofessionals is cruciaal en draagt bovendien bij aan de <i>buy-in</i> voor het bekostigingsmodel onder artsen • Waak ervoor dat de herinrichting van zorgprocessen niet wordt overschaduwed door technische / administratieve aspecten van de implementatie

Experimenteren met het PROMETHEUS model heeft ook positieve effecten gehad. Zo heeft het partijen inzicht gegeven in het feit dat hun huidige informatie-infrastructuur en methoden van dataverzameling nog onvoldoende faciliterend zijn bij het inzichtelijk maken en meten van prestaties, zowel in termen van kosten als kwaliteit. Daarnaast heeft het geleid tot nieuwe communicatielijnen tussen aanbieders onderling en tussen aanbieders en inkopers, alsmede tot inzicht in aspecten van de zorg die verbetering behoeven.

*Geisinger ProvenCare*⁴⁴

Geisinger Health System (GHS) is een door artsen geleid geïntegreerd zorgsysteem in de staat Pennsylvania. Het bestaat onder andere uit een multidisciplinaire groep van 875 artsen die zorg leveren in 60 praktijken/klinieken. Medisch specialisten leveren zorg in drie grote ziekenhuizen. In één van deze ziekenhuizen werken alleen artsen die zijn aangesloten bij Geisinger, terwijl in de andere ziekenhuizen ook externe artsen werken. Verder omvat het systeem drie poliklinische operatiecentra, diverse specialistische ziekenhuizen en twee verslavingszorgklinieken. Naast een netwerk van zorgaanbieders heeft GHS een eigen zorgverzekeraar, het Geisinger Health Plan (GHP). GHP is een *health maintenance organization* met ruim 300.000 verzekerden waarvan de meesten een vaste eerstelijnsarts hebben. GHP sluit contracten met GHS, maar ook met andere aanbieders. GHS behandelt ook verzekerden van andere verzekeraars (30% van de patiënten van GHS is verzekerd bij GHP) en het staat GHP-verzekerden vrij om zorg van andere aanbieders ontvangen (GHS levert ongeveer 40% van de zorg voor GHP verzekerden). Binnen het GHS zijn artsen in loondienst; hun salaris is voor 85-90% gebaseerd op productiviteit en voor 10-15% op het behalen van targets voor kwaliteit van zorg, patiënttevredenheid en kosten.

⁴⁴ Gebaseerd op: Casale et al. 2007, Paulus et al. 2008, McCarthy et al. 2009, Lee et al. 2012.

Het management van GHS is opgesplitst in ‘diensten’ die afzonderlijk verantwoordelijk zijn voor de zorgverlening en het behalen van financiële targets. Strategische functies zoals overall kwaliteitsverbetering en innovatie zijn echter gecentraliseerd. In 2005 kregen de afzonderlijke diensten de opdracht innovatieve verbeterprojecten te ontwikkelen; zij werden aangespoord om grootschalige procesherinrichting voor zowel acute als chronische zorg door te voeren. Dit heeft geleid tot verschillende verbeterprogramma’s rondom zorgcoördinatie en -transities, preventie, chronische en acute zorg, en patiëntactivering. Deze programma’s worden altijd eerst gericht op de 30% GHS-patiënten die verzekerd zijn bij GHP, maar kunnen, indien succesvol, later breder worden ingezet. Bij de ontwikkeling en implementatie van innovaties wordt gebruik gemaakt van een geïntegreerd ICT-systeem dat sinds 2007 in alle GHS locaties operationeel is. Het systeem bevat 3 miljoen patiëntendossiers en een online *patient portal* dat zelfmanagement faciliteert en patiënten in staat stelt hun eigen dossier in te zien en te communiceren met artsen.

Een voorbeeld van een innovatie ontwikkeld binnen GHS is het ProvenCare model (zie Tabel 23). In dit model worden zorgprocessen voor acute zorgepisodes heringericht en samengevoegd in een bundel van *evidence-based* zorgactiviteiten. De eerste behandeling waarop het model werd toegepast was bypassoperatie in 2006. Een werkgroep van hartchirurgen van het GHS vertaalde 20 algemene medische richtlijnen in 40 meetbare activiteiten die zoveel mogelijk zijn gebaseerd op best practices. De processen worden periodiek geactualiseerd (het model voor bypass bestaat inmiddels uit 67 activiteiten) en zijn door een multidisciplinair team van onder andere ICT-professionals ingebed in bestaande en nieuwe werkwijzen en het geïntegreerde ICT-systeem. Hierbij wordt ervoor gezorgd dat processen gemonitord worden en dat automatisch actie wordt ondernomen naar de betrokken aanbieder (bijvoorbeeld via een reminder) indien een proces incompleet blijkt. Stuurgroepen zijn verantwoordelijk voor het vaststellen van gewenste uitkomsten, monitoren van de voortgang, uitvoeren van financiële analyses, en onderhandelen over tarieven en tariefvoorwaarden. Verder is voorlichtingsmateriaal voor patiënten vernieuwd en wordt actieve participatie van patiënten in het eigen zorgproces gestimuleerd, onder meer via het laten ondertekenen van een document waarin staat dat ook de patiënt zich committeert aan het behandelplan en de nieuwe manier van werken.⁴⁵

Voor GHP verzekerden die een bypassoperatie ondergaan geldt een vaste prijs die betrekking heeft op alle reguliere pre- en postoperatieve zorg, alle ziekenhuistarieven en artsenhonoraria, en behandeling van alle gerelateerde complicaties en heropnames binnen 90 dagen na de operatie. De prijs wordt gekort met een bedrag dat gelijk is aan 50% van de gemiddelde kosten van een gerelateerde complicatie/heropname gemeten over twee voorgaande jaren. Het financieel risico voor (de kosten van) het behandelen van complicaties wordt volledig gedragen door GHS. Naast het voorkómen van complicaties is het wel/niet gevolgd hebben van alle aanbevolen processen de voornaamste prestatie maatstaf en vereist om besparingen te kunnen ontvangen.⁴⁶

⁴⁵ Momenteel wordt het ProvenCare model toegepast op zeventien behandelingen/aandoeningen, waaronder bariatrische chirurgie, chronische nieraandoeningen, COPD, diabetes, hypertensie, osteoporose, perinatale zorg, operatie bij longkanker en heup- en knie vervanging.

⁴⁶ Men heeft ook met het idee gespeeld om het goed uitvoeren van de afzonderlijke processen te stimuleren via prestatiebeloning. Gezien het grote aantal processen en de complexe inhoud zag GHP hier echter niets in. Tevens was GHP van mening dat de processen voor het grootste deel al worden uitgevoerd en dat prestatiebeloning zorgverleners mogelijk zou aanzetten tot het manipuleren van de scores.

Tabel 23. Kenmerken van het Geisinger ProvenCare model in Pennsylvania, VS.

Oude basis-bekostiging	Ziekenhuizen en andere zorgorganisaties: per zorgproduct of ligdag (monodisciplinair). Artsen: salaris o.b.v. productiviteit (85-90%) en kwaliteit, innovatie en kosten (10-15%)
Betrokken zorgpartijen	Geisinger Health System (geïntegreerd zorgsysteem) en Geisinger Health Plan (verzekeraar)
Afbakening populatie	Op basis van persoonskenmerken (patiënten jonger dan 65 jaar met betreffende aandoening c.q. die betreffende behandeling ondergaan) en het verzekerd zijn bij Geisinger Health Plan
Multidisciplinaire zorgbundel(s)	17 bundels voor o.a. bypassoperatie, COPD, diabetes, hypertensie, osteoporose, perinatale zorg, en heup-/knievervanging. Bijvoorbeeld voor bypass: ziekenhuistarieven, honoraria, pre- en postoperatieve zorg, en gerelateerde complicaties en heropnames binnen 90 dagen
Risicodragende zorgorganisatie	Geisinger Health System (geïntegreerd zorgsysteem)
Basisbekostiging	Prospectief op basis van aanbevolen zorg (<i>evidence-based</i> richtlijnen) en historische kosten
Risicocorrectie en –deling	Onduidelijk of sprake is van risicocorrectie. Volledige risico-overdracht voor zorg die onder de bundel valt (i.e. upside en downside risk)
Contractering	Tussen GHP en GHS. Individuele zorgprofessionals zijn in loondienst van GHS
Prikkels voor goede kwaliteit	Doorlopen van alle vooraf gedefinieerde stappen (proceskwaliteit) vereist alvorens eventuele besparingen worden uitgekeerd

Uit een evaluatie blijkt dat de introductie van het ProvenCare model voor bypassoperatie positieve effecten heeft gehad op zowel proces- als uitkomstkwaliteit. Daarnaast zijn ook positieve financiële resultaten geboekt (zie Tabel 24). Hierbij is gebruik gemaakt van gegevens van voor en na de interventie voor zowel GHP-verzekerde patiënten (de interventiegroep) als van patiënten verzekerd bij andere zorgverzekeraars. Vërgaande integratie van zorgaanbieders en –processen, actieve betrokkenheid van zorgverleners bij de (implementatie van) procesherinrichting en de hoogwaardige ICT-infrastructuur zijn belangrijke succesfactoren gebleken. Ten aanzien van het laatste verwoordde Paulus et al. (2008) één en ander als volgt: *Central to nearly all Geisinger innovation is the use of the electronic health record and data infrastructure to automate care, remove geographic barriers, and empower consumers. Only within the past few years has Geisinger begun to leverage key benefits after a long period of implementation.*

Tabel 24. Evaluatieresultaten voor bypassoperatie van het Geisinger ProvenCare model in Pennsylvania, VS.

Conclusie	<ul style="list-style-type: none"> • Voor bypass positief effect op proces- en uitkomstkwaliteit, alsmede positieve financiële resultaten. Succes heeft geleid tot toepassing van ProvenCare op 16 andere behandelingen.
Effecten	<ul style="list-style-type: none"> • Percentage patiënten bij wie alle processen zijn verricht gestegen van 59% naar 100% • Sterfte in het ziekenhuis is gedaald van 1.5% naar 0% • Het percentage patiënten met complicaties is gedaald van 38% naar 30% • Het percentage patiënten met een heropname binnen 30 dagen gedaald van 6.9% naar 3.8% • Het aantal patiënten dat is ontslagen uit het ziekenhuis naar huis is gestegen met 10% • Afname van gemiddelde opnameduur van 6.3 naar 5.3 dagen en 5% lagere ziekenhuiskosten
3 belangrijkste succes- en/of faalfactoren	<ul style="list-style-type: none"> • Succes: door artsen geleid geïntegreerd zorgsysteem • Succes: één zorginkoper die tevens onderdeel is van het zorgsysteem • Succes: hoogwaardige, geïntegreerde ICT-infrastructuur
Lessen	<ul style="list-style-type: none"> • Betrokkenheid van artsen bij alle stappen van vormgeving en implementatie belangrijk • Geïntegreerd zorgsysteem geleid door zorgprofessionals: integratie en coördinatie is vaak lastig a.g.v. meerdere zorginkopers met elk een eigen bekostigingsmodellen en prestatie-eisen. Dit is in het geïntegreerde GHS veel minder aan de orde • Hoogwaardige, geïntegreerde ICT-infrastructuur was belangrijke succesfactor, maar heeft veel tijd, geld en inspanning gekost om te realiseren

2.5 Multidisciplinaire bekostiging per verzekerde plus prestatiebeloning

Een verschil tussen de voorbeelden van uitkomstbekostiging besproken in de twee voorgaande paragrafen en de drie initiatieven die in deze paragraaf aan bod komen betreft de reikwijdte van de zorgbundel en het aantal typen aanbieders dat is betrokken bij de levering daarvan. Bij de initiatieven in deze paragraaf is sprake van bekostiging per *verzekerde* (en niet per *patiënt* met een bepaalde zorgvraag), en komt daarmee meer in de buurt van de in paragraaf 1.5 omschreven theoretisch optimale bekostigingssystematiek. Achtereenvolgens worden besproken de *accountable care organizations* in het Medicare-programma in de VS, het *alternative quality contract* in Massachusetts en het *Kinzigtal-project* in het zuidwesten van Duitsland.

*Medicare accountable care organizations*⁴⁷

Het Amerikaanse zorgstelsel wordt vaak bekritiseerd vanwege de schijnbaar onbeheersbare kostengroei, lacunes in de kwaliteit van zorg en de gefragmenteerde zorgverlening. Om deze problemen het hoofd te bieden zijn zowel in de publieke als de private sector verschillende initiatieven gaande gericht op hervorming van bestaande bekostigingssystemen. Hierbij wordt in toenemende mate gewerkt aan de ontwikkeling en toepassing van zogenaamde *global payment contracts* voor groepen van zorgaanbieders die samenwerken als *accountable care organizations* (ACO's). Het ACO-concept heeft de laatste jaren in de VS steeds meer de interesse gewekt van beleidsmakers als een model voor zorgverlening en bekostiging dat kan bijdragen aan beperking van de kostengroei en betere kwaliteit via prikkels voor het verminderen van verspilling, het verbeteren van coördinatie van zorg en het managen van de gezondheid van populaties. ACO's zijn hierbij gedefinieerd als door artsen geleide groepen van zorgaanbieders die gezamenlijk zorginhoudelijk en financieel verantwoordelijk zijn voor alle zorg die een afgebakende populatie verzekerden mogelijk nodig zal hebben (zie kader).⁴⁸

Accountable Care Organizations volgens Song (2014) en Shortell et al. (2010)

An ACO has three key attributes (Song 2014):

1. The ACO is a *group* of providers which often includes physicians, allied professionals, hospitals, post-acute facilities, etc.
2. Providers have *joint accountability* for spending and quality. For spending, this manifests through a spending target, whereby the ACO shares savings with the payer if spending falls below the target and may share risk of spending above the target. For quality, it is implemented via a set of measures, which can include processes, outcomes, patient experience, and others. An ACO might only receive quality payments if a minimum savings is achieved (or vice versa).
3. ACOs are responsible for the spending and quality of a *defined population*. The population may be defined prospectively, i.e. the ACO has a predefined population and knows exactly for which persons it bears responsibility for during the year. It may also be defined retrospectively; the ACO assumes responsibility for any person who received the plurality of their care through the ACO. This does not allow for knowing exactly who the ACO is responsible for at the start of the year.

There are at least three different types of practice arrangements that could serve as ACOs in the US (Shortell et al. 2010):

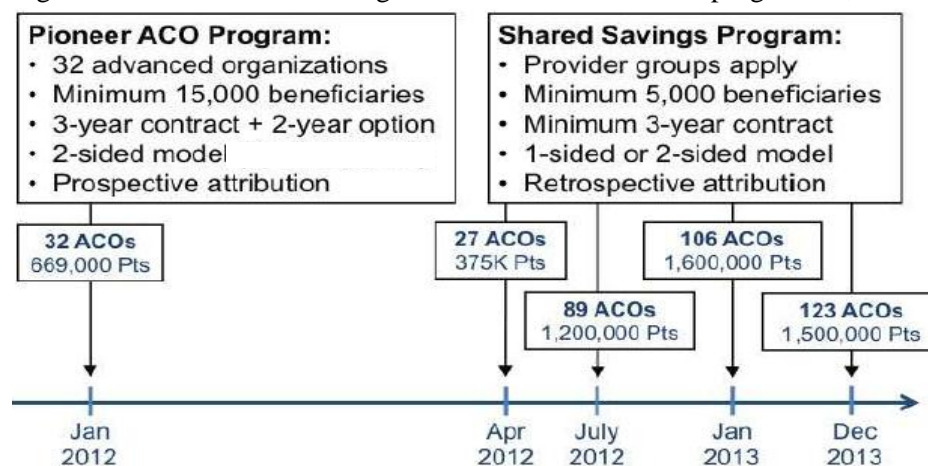
- Integrated Delivery Systems (IDS): involve a common ownership of hospitals, physician practices, and in some cases an insurer. Examples are Kaiser Permanente and Geisinger Health System. These systems typically have aligned financial incentives, electronic health records, team-based care, and resources to support cost-effective care.
- Multispecialty Group Practices (MGP): usually own or have a strong affiliation with a hospital. Examples include Mayo Clinic and Cleveland Clinic. They usually have contracts with multiple insurers in their areas. Most have a history of physician leadership and highly developed mechanisms for providing coordinated care.
- Independent Practice Associations (IPA): consist of individual practices that came together for purposes of contracting with insurers. Over time, however, many of these evolved into organized networks of practices that are actively engaged in practice redesign, quality improvement, and electronic records. An example is Hill Physicians in California.

⁴⁷ Gebaseerd op: Berwick 2011, Fisher et al. 2011, L&M Policy Research 2013, Pham et al. 2014, Song 2014a, www.cms.gov.

⁴⁸ ACO's vertonen gelijkenissen met HMO's (*Health Maintenance Organizations*) in de zin dat sprake is van zorginhoudelijke en financiële verantwoordelijkheid voor alle zorg van een afgebakende populatie. Er is echter een aantal verschillen. Zo zijn ACO's alleen *zorgaanbieder*, terwijl bij HMO's sprake is van verticale integratie van *zorgverlening en -verzekering*. Daarnaast lopen HMO's normaliter 100% risico over de zorgkosten van de populatie, terwijl ACO's slechts een deel van het risico dragen.

In de Affordable Care Act (ACA) zijn de contouren geschetst van twee ACO-modellen in het Medicare-programma: de *Pioneer ACO's* en het *Medicare Shared Savings Program (MSSP)*. In januari 2012 sloten 32 geïntegreerde zorgorganisaties verspreid over het land Pioneer ACO contracten met CMS, de uitvoeringsorganisatie van de federale ouderenverzekering Medicare. Deze zorgorganisaties (1) gingen akkoord met een driejarig contract (met een optie tot vijf jaar); (2) bevatten voldoende huisartsen om minimaal 15.000 Medicare verzekerden te bedienen; (3) hebben aangetoond in staat te zijn tot het aanleveren van gedetailleerde informatie over kosten, kwaliteit en patiëntervaringen; en (4) hebben targets behaald voor kwaliteit van zorg en service. De verzekerdenpopulaties waar de Pioneer ACO's verantwoordelijk voor zijn, zijn gedefinieerd door personen voorafgaand aan het driejarig contract aan de ACO's toe te wijzen aan de hand van inschrijving bij een bij de ACO aangesloten huisarts en/of het zorggebruik in het verleden. De Pioneer ACO's hebben elk in overleg met CMS een kostendoelstelling ontvangen, berekend als een gewogen gemiddelde van de totale Medicare kosten van de afgebakende populatie in de drie voorafgaande jaren waarbij kosten van het recentste jaar (2011) het zwaarst meetelden. De doelstelling wordt jaarlijks geïndexeerd en gecorrigeerd voor (veranderingen in) het risicoprofiel van de populatie, en kan worden gezien als een *global payment* dat de verwachte zorgkosten van de populatie weerspiegelt voor het hele continuüm van zorg. Verrekening vindt echter jaarlijks achteraf plaats: tijdens het jaar worden betrokken aanbieders 'gewoon' per verrichting of DRG betaald. Pioneers dragen zowel risico over besparingen (*upside risk*) als over overschrijdingen (*downside risk*), beide gemaximeerd als percentage van de totale Medicare uitgaven voor de betreffende populatie. Voorts hangt vanaf jaar twee (2013) de mate waarin besparingen ten gunste komen van de ACO af van de scores op 33 indicatoren voor kwaliteit van zorg en service (in het eerste jaar golden alleen beloningen voor het adequaat *aanleveren* van de scores).⁴⁹ De indicatoren worden per ACO gemeten voor toegewezen verzekerden en hebben betrekking op patiëntervaring, coördinatie en continuïteit van zorg, patiëntveiligheid, (primaire) preventie, en het managen van patiënten(groepen) met een hoog risico op een (chronische) aandoening en/of complicaties (zoals kwetsbare ouderen met multimorbiditeit). Wederom betreft het voornamelijk procesindicatoren, hoewel een aantal indicatoren gericht is op (intermediaire) uitkomsten.

Figuur 3. Accountable Care Organizations in het Medicare-programma, VS



Bron: Song (2014).

⁴⁹ Zie <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram/Downloads/ACO-Shared-Savings-Program-Quality-Measures.pdf> voor de lijst met indicatoren.

Sinds de start van het Pioneer ACO-programma in januari 2012 heeft CMS vier ‘ACO-golven’ uitgerold in het kader van het MSSP (zie Figuur 3). De vormgeving van het MSSP is gebaseerd op de ervaringen van een demonstratieproject (zie kader). Overeenkomstig het Pioneer-model komen zorgorganisaties in aanmerking voor participatie in het MSSP als zij akkoord gaan met een driejarig contract, genoeg huisartsen hebben om minimaal 5.000 Medicare verzekerden te bedienen, in staat zijn data aan te leveren over prestaties, en targets halen voor kwaliteit en service. Ook blijft de bestaande bekostiging voor betrokken aanbieders bestaan. In tegenstelling tot bij de Pioneer-ACO’s worden populaties echter *achteraf* gedefinieerd door mensen na afloop van het contract toe te wijzen aan de ACO op basis van werkelijk zorggebruik. Dit zou ACO’s moeten aanzetten tot het doorvoeren van verbeteringen waar alle patiënten (dus niet alleen toegewezen patiënten) van profiteren. Verzekerden die zijn toegewezen aan een ACO zijn vrij om zorg te ontvangen van zorgaanbieders die niet zijn aangesloten bij de ACO. Dit geeft ACO’s een prikkel om ervoor te zorgen dat patiënten binnen het eigen netwerk blijven, bijvoorbeeld door een goede service, klantvriendelijke bejegening en goede toegankelijkheid.

Tabel 25. Kenmerken van het Accountable Care Organization model in Medicare, VS.

Oude basisbekostiging	Per zorgactiviteit of zorgproduct (DRG, monodisciplinair)
Betrokken zorgpartijen	Ca. 360 ACO’s (vanaf januari 2013: 23 Pioneers) en CMS
Afbakening populatie	Op basis van persoonskenmerken (Medicare-verzekerden van 65 jaar en ouder) en zorggebruik in het verleden (prospectief of retrospectief)
Multidisciplinaire zorgbundel(s)	Alle zorg die Medicare-verzekerden toegewezen aan een ACO mogelijk nodig hebben
Risicodragende zorgorganisatie	ACO’s (hoofdaannemer)
Basisbekostiging	Vooraf bepaalde kostendoelstelling o.b.v. historische kosten en risicokenmerken van populatie. Retrospectieve verrekening: tijdens het jaar worden aanbieders per activiteit/product betaald; na afloop worden declaraties vergeleken met de kostendoelstelling.
Risicocorrectie/-deling	Kostendoelstelling gecorrigeerd voor (veranderingen in) risicoprofiel van populatie. Gemaximeerde upside en downside risico’s voor Pioneer ACO’s; voor ACO’s in het MSSP keuze uit een variant met alleen upside risico (50% van besparing vanaf 2%) of een variant met upside (60% van besparing) en downside risico (gemaximeerd)
Contractering	Tussen ACO’s en CMS over een drie- tot vijfjarig contract. ACO’s contracteren onderaannemers of nemen hen in dienst
Prikkels voor goede kwaliteit	Het behalen van targets op 33 indicatoren voor kwaliteit (voornamelijk processen) en service is vereist om in aanmerking te komen voor shared savings

Binnen het MSSP kiezen ACO’s uit twee varianten. Bij de eerste variant komt de ACO in aanmerking voor 50% van de besparingen ten opzichte een kostendoelstelling (op ongeveer dezelfde manier bepaald als bij de Pioneers). Hiervoor moet ten minste een besparing van 2% zijn behaald (i.e. de 50% wordt berekend over besparingen boven de 2%). Voorts zijn de totale shared savings gemaximeerd op 7.5% van de totale Medicare uitgaven voor die ACO. Onder deze variant draagt de ACO geen risico voor overschrijdingen. ACO’s die vanaf jaar één risico willen dragen voor overschrijdingen én in aanmerking willen komen voor een hoger percentage van besparingen (i.e. 60%) kunnen kiezen voor variant 2. Overschrijdingen boven de 2% (ten opzichte van de doelstelling) zijn voor eigen risico, doch voor de 3 contractjaren gemaximeerd op respectievelijk 5%, 7.5% en 10%.⁵⁰ De overgrote meerderheid van de ACO’s in het MSSP

⁵⁰ Net als bij de Pioneer ACO’s geldt voor beide varianten dat de mate waarin besparingen ten gunste komen van de ACO afhangt van de scores op 33 indicatoren voor kwaliteit en service.

heeft echter gekozen voor de eerste variant, wat mogelijk verklaard kan worden door het beperkt hogere percentage van besparingen dat ten gunste komt van de ACO (60% vs. 50%). Daarnaast impliceert de afwezigheid van *downside risk* in variant 1 dat bij de ACO aangesloten aanbieders in geval van overschrijding hun reguliere fee-for-service betalingen blijven ontvangen.

Ervaringen met de Physician Group Practice Demonstration (Berwick 2011)

The Physician Group Practice Demonstration, which ran between 2005 and 2011, offered important lessons on the best ways to achieve both quality improvement and cost savings. All ten multidisciplinary practices in the demonstration met at least 29 of the 32 quality goals, most of which were processes related to coronary artery disease, diabetes, heart failure, hypertension, and preventive care. And six of the ten participants produced savings, \$78 million in total. Although this represents only a small fraction of total Medicare expenditures, it also represents a step in the right direction.

The Medicare Shared Savings Program draws on these lessons in an effort to develop a more robust model for shared savings. The demonstration helped identifying factors that are critical to improving quality and increasing opportunities for savings:

- integrated organization supporting expending resources to improve quality and reduce provision of unnecessary care;
- dedicated physician leadership with a proven ability to motivate the implementation of quality improvement programs;
- a central role for health information technology in enabling the organization to manage population health and receive feedback at the point of care.

Van beide Medicare ACO-programma's is het Pioneer-model tot nu toe het meest uitgebreid geëvalueerd; voor zowel het eerste (2012) als het tweede jaar (2013) zijn inmiddels effecten bekend op kosten en kwaliteit. De groei in maandelijkse Medicare kosten voor de bijna 670.000 Pioneer ACO-verzekerden is vergeleken met (1) de groei voor verzekerden niet aangesloten bij een ACO maar wel woonachtig in regio's waar Pioneer-ACO's actief zijn en (2) de groei voor verzekerden in andere (doch qua marktstructuur gelijksoortige) regio's waar *geen* Medicare ACO's zijn gevestigd. In het eerste jaar bleek de groei onder ACO-verzekerden 0.5 procentpunt lager te liggen dan de groei onder vergelijkbare verzekerden die niet waren aangesloten bij een ACO. Volgens actuariële berekeningen van CMS betekende dit in jaar 1 een netto besparing van \$87 miljoen (i.e. alle besparingen minus alle verliezen), met name gerealiseerd door middel van afnames van het aantal (her)opnames in ziekenhuizen. Er waren wel forse verschillen tussen de 32 ACO's; dertien hadden een lagere kostengroei ten opzichte van de controlegroep (variërend van \$33 tot \$102 per verzekerde per maand lager), achttien vertoonden een vergelijkbare groei en één een hogere groei. De ACO's met een relatieve kostendaling verschilden sterk van elkaar voor wat betreft locatie, omvang, structuur en gemiddelde Medicare-uitgaven, suggererend dat ACO's besparingen kunnen realiseren in uiteenlopende marktomstandigheden en -structuren.⁵¹ De relatieve kostendaling lijken niet ten koste te zijn gegaan van de kwaliteit; ACO's scoorden beter op vijftien indicatoren en hetzelfde op elf indicatoren (voor zeven indicatoren was goede vergelijking niet mogelijk). Zo bleken 25 ACO's een significant lager (voor risico gecorrigeerd) percentage verzekerden met heropnames te hebben ten opzichte van een benchmark op basis van alle Medicare-verzekerden. Ook scoorden ACO's gemiddeld beter op intermediaire uitkomsten voor hypertensie en diabetes ten opzichte van een controlegroep van tien zorgorganisaties buiten het ACO-programma verspreid over het land.

Na het eerste jaar verlieten negen ACO's het Pioneer-programma, waarvan er zes naar het MSSP overstapten. Het is mogelijk dat organisaties, ondanks de positieve resultaten van jaar 1,

⁵¹ In een onafhankelijk onderzoek is zelfs een totale besparing gevonden van \$146.9 miljoen in het eerste jaar; de maandelijkse kosten per ACO-verzekerde lagen gemiddeld \$20 lager dan het geval zou zijn geweest indien de verzekerde niet bij een ACO aangesloten was geweest.

worstelden met de overgang naar het ACO-model, vooral met betrekking tot het dragen van financieel risico voor overschrijdingen (*downside risk*). De 23 overgebleven Pioneer-ACO's realiseerden in jaar 2 samen echter wederom een 0.5 procentpunt lagere kostengroei, leidend tot een grotere besparing dan in jaar 1 (\$96 miljoen), ondanks dat zes ACO's significante verliezen hadden. De gemiddelde overall kwaliteitsscore van Pioneer-ACO's op basis van alle 33 indicatoren nam toe van 71% in 2012 naar 84% in 2013 (voor 28 individuele indicatoren verbeterden de scores significant).

Voor het MSSP zijn alleen voor jaar 1 (2012-2013) enkele resultaten beschikbaar. De totale besparing voor Medicare was \$383 miljoen, gerealiseerd door 118 ACO's waarvan er 58 besparingen realiseerden van meer dan 2% (en dus in aanmerking kwam voor shared savings). Ten opzichte van het jaar voorafgaand aan het MSSP zijn de gemiddelde scores op 30 van de 33 indicatoren gestegen; ten opzichte van niet-ACO aanbieders scoorden ACO's significant hoger op 17 van de 22 indicatoren waarvoor vergelijking mogelijk was.

Tabel 26. Evaluatieresultaten van het Pioneer ACO-programma in Medicare, VS.

Conclusie	<ul style="list-style-type: none"> Pioneer-programma heeft in de eerste 2 jaar geleid tot besparingen. Dit lijkt niet ten koste te zijn gegaan van de kwaliteit, integendeel. Ook het MSSP heeft geleid tot besparingen.
Effecten	<ul style="list-style-type: none"> Jaar 1: netto besparing van \$87 miljoen, met name gerealiseerd d.m.v. afname van het aantal (her)opnames. In ander onderzoek is zelfs een totale besparing gevonden van \$147 miljoen. Jaar 1: ACO's scoorden beter op 15 indicatoren t.o.v. de controlegroep. Van de 32 ACO's hadden er 25 een significant lager percentage verzekerden met heropnames t.o.v. een benchmark. ACO's scoorden ook beter op intermediaire uitkomsten. Jaar 2: netto besparing van \$96 miljoen. Gemiddelde kwaliteitsscore o.b.v. 33 indicatoren nam toe van 71% in 2012 naar 84% in 2013 a.g.v. betere scores op 28 indicatoren. Netto besparing in het MSSP was \$383 miljoen in jaar 1. T.o.v. het jaar voorafgaand aan het MSSP zijn gemiddelde scores op 30 van de 33 indicatoren gestegen; ACO's scoorden hoger dan niet-ACO aanbieders op 17 van de 22 indicatoren waarvoor vergelijking mogelijk was.
3 belangrijkste succes en/of faalfactoren	<ul style="list-style-type: none"> Succes: door artsen geleide geïntegreerde zorgorganisaties Succes: ontwikkeling gedeelde ICT-infrastructuur staat centraal Succes: meerjarencontract: vertrouwen en investeringen terugverdienen
Lessen	<ul style="list-style-type: none"> ACO's met een relatieve kostendaling in jaar 1 verschillen sterk m.b.t. locatie, omvang, structuur en gemiddelde Medicare-uitgaven, suggererend dat ACO's besparingen kunnen realiseren in uiteenlopende marktomstandigheden en -structuren. Een aantal zorgorganisaties verliet het Pioneer-programma na 1 jaar; de ontwikkeling van een ACO is een moeizaam proces, met name m.b.t. het dragen van (<i>downside</i>) risico. Succesfactoren: vergaande integratie van zorgaanbieders, leiderschap van artsen en een centrale rol voor een gezamenlijke ICT-infrastructuur t.b.v. het monitoren en managen van de gezondheid van populaties en het genereren van zorginhoudelijke (spiegel)informatie voor zowel aanbieders als patiënten op het moment van zorggebruik. In de beginperiode hebben zorgorganisaties de tijd nodig voor 'opstartprioriteiten' zoals het leren kennen van hun populaties, het betrekken van artsen, nieuw personeel, identificeren van verbeter-mogelijkheden, het voldoen aan programma-eisen zoals aanlevering van kwaliteitsindicatoren, en het (door)ontwikkelen van gedeelde ICT. Daarna kan de focus geleidelijk worden verlegd naar het doorvoeren van verbeterstrategieën voor (met name) patiënten met hoge kosten/risico's en het verder betrekken van zorgverleners en patiënten. Bij het ontwikkelen van netwerken van artsen en zorginstellingen bestaat het gevaar dat te snelle groei als ACO ten koste kan gaan van <i>physician engagement</i> bij het effectief managen van de gezondheid van hun patiënten.

Vanuit de private zorgverzekeraars is er overigens veel kritiek op het ACO-model, onder andere vanwege de marktmacht die veel ACO's hebben of ontwikkelen. Toch zijn veel verzekeraars zelf actief betrokken bij de implementatie van ACO's; in de publieke en private sector samen bestaan er momenteel meer dan 600 ACO's. Een voorbeeld van een ACO-contract in de private sector is het Alternative Quality Contract in de staat Massachusetts.

*Alternative Quality Contract*⁵²

In 2009 werd door Blue Cross Blue Shield of Massachusetts (BC), met 3.5 miljoen verzekerden en een marktaandeel van 80% de grootste private zorgverzekeraar van de staat⁵³, het Alternative Quality Contract (AQC) geïntroduceerd. Het doel was het ontwikkelen van een bekostigings-systeem waarmee financiële en zorginhoudelijke doelen gelijk worden geschakeld en prikkels worden ingebracht voor levering van zorg van hoge kwaliteit, beheersing van gebruik en kosten, en de beste gezondheidsuitkomst van de juiste zorg geleverd op het juiste moment en in de juiste setting. Het AQC is een vorm van integrale, populatiegebonden bekostiging per verzekerde. Zorgorganisaties⁵⁴ met een AQC zijn verantwoordelijk voor het managen van alle zorg voor hun populatie met een vooraf vastgesteld bedrag. Daarnaast kunnen zij prestatiebeloningen verdienen voor het halen van targets op indicatoren. Deelname vereist dat een organisatie huisartsen bevat die gezamenlijk ten minste 5.000-10.000 *ingeschreven* patiënten hebben (afhankelijk van de mate van risicodeling) met een HMO-polis. Dit laatste is vereist omdat verzekerden bij deze polissen een vaste arts moeten kiezen, wat het voor BC mogelijk maakt om geleverde zorg en uitkomsten eenvoudig toe te schrijven aan specifieke artsen(groepen). Een AQC heeft in principe een looptijd van vijf jaar, in tegenstelling tot traditionele contracten die vaak een looptijd van één jaar hebben.⁵⁵ Het AQC heeft drie hoofdkenmerken: een integrale basisbekostiging per verzekerde met jaarlijkse groeimarges, prestatiebeloningen voor goede kwaliteit en (technische) ondersteuning voor deelnemende zorgorganisaties.

1. De basisbekostiging dekt het gehele continuüm van zorg voor BC-verzekerden met een HMO-polis, inclusief alle ziekenhuiszorg, poliklinische zorg, geneesmiddelen, GGZ, revalidatie en langdurige zorg. De zorgorganisatie draagt risico voor de kosten van alle zorg, ongeacht door wie wordt geleverd. BC onderhandelt met iedere deelnemende organisatie over een basisbedrag, waarbij de kosten van *ingeschreven* BC-verzekerden uit het jaar ervoor als uitgangspunt gelden (om deelname te stimuleren kreeg in 2009 geen enkele zorgorganisatie een basisbedrag dat lager was dan de kosten in 2008). De focus ligt op

⁵² Gebaseerd op: Chernew et al 2011, Song et al 2012, McWilliams et al 2013, Ruwaard 2014, Safran 2014, Song 2014a/b.

⁵³ Het zorgstelsel van Massachusetts komt in veel opzichten overeen met het Nederlandse stelsel: gereguleerde concurrentie tussen verzekeraars en tussen aanbieders, een geconcentreerde private zorgverzekeringsmarkt en vrijwel de gehele populatie is verzekerd voor ziektekosten.

⁵⁴ Met 'zorgorganisatie' wordt in dit verband bedoeld een groep van zorgaanbieders (vaak met artsen, andere individuele zorgprofessionals, ziekenhuizen en instellingen voor postoperatieve zorg) die samen verantwoordelijk zijn voor alle zorgkosten en kwaliteit voor een afgebakende populatie (i.e. een ACO). Het kan bijvoorbeeld gaan om grote multidisciplinaire artsengroepen, zogenaamde 'independent practice associations' die contracteren namens kleinere praktijken, of joint ventures tussen ziekenhuizen en artsengroepen.

⁵⁵ De lange looptijd dient drie doelen. Allereerst geeft het artsen langer de tijd om de vruchten te plukken van het beheersen van zorggebruik. Ten tweede wordt premiestijging beter voorspelbaar omdat groeimarges voor bekostiging in het contract worden gespecificeerd. Ten slotte stimuleert het aanbieders om te investeren in lange-termijn verbeterprojecten en creëert het vertrouwen tussen verzekeraar en aanbieder.

beheersing van *kostengroei*. Er wordt onderhandeld over jaarlijkse groeimarges, gebaseerd op de gemiddelde voorspelde kostenstijging en zodanig vastgesteld dat na vijf jaar de groei die normaal gesproken zou hebben plaatsgevonden met 50% is gedaald. Organisaties met hoge basisbedragen krijgen lagere groeimarges dan organisaties met lagere basisbedragen. Hoewel organisaties met veel marktmacht in theorie hogere marges kunnen afdwingen, is BC succesvol geweest in het verkleinen van dergelijke verschillen.

Tabel 27. Kenmerken van het Alternative Quality Contract in Massachusetts, VS

Oude basisbekostiging	Per zorgactiviteit of zorgproduct (DRG, monodisciplinair)
Betrokken zorgpartijen	19 zorgorganisaties (5.500 huisartsen, 13.000 specialisten), 1 verzekeraar
Afbakening populatie	O.b.v. persoonskenmerken (particulier verzekerden < 65 jaar), het verzekerd zijn bij BC, en inschrijving bij een vaste huisarts (HMO-polis vereist).
Multidisciplinaire zorgbundel	Alle zorg die ingeschreven BC-verzekerden mogelijk nodig hebben
Risicodragende zorgorganisatie	Multidisciplinaire zorgorganisatie / ACO (hoofdaannemer)
Basisbekostiging	Basisbedrag per verzekerde bepaald o.b.v. historische kosten, risicoprofiel van de populatie en onderhandeling. Onderhandeling over jaarlijkse groeimarges gebaseerd op de gemiddelde voorspelde kosten(stijging). Veelal retrospectieve verrekening: individuele aanbieders worden per activiteit/product betaald en na afloop van elk jaar worden declaraties vergeleken met het basisbedrag.
Risicocorrectie/-deling	Basisbudget en groeimarges gecorrigeerd voor (veranderingen in) risicoprofiel van populatie. Upside en downside risico en onderhandeling over risicodeling (varieert tussen 50-100%). Verplichte herverzekering. <i>Unit cost corridor</i> laat bekostiging toe-/afnemen bij hogere/lagere afgesproken prijzen dan verwacht.
Contractering	In principe vijfjarig contract tussen zorgorganisaties en BC. Zorgorganisaties contracteren onderaannemers of nemen hen in dienst.
Prikkels voor goede kwaliteit	Periodieke spiegelinformatie over kwaliteit van zorg (64 indicatoren), benchmarking. Prestatiebeloning van maximaal 10% van basisbekostiging; percentage besparingen (overschrijdingen) dat voor rekening komt van zorgorganisatie toe (af) naar mate beter wordt gescoord op kwaliteit.

Zorgorganisaties worden op verschillende manieren beschermd tegen teveel financieel risico. Allereerst wordt de basisbetaling geïndexeerd en gecorrigeerd voor (veranderingen in) de gezondheidstoestand van ingeschreven patiënten met behulp van een statistisch model dat voor iedere verzekerde een risicoscore genereert op basis van demografische informatie en diagnose-codes uit declaratiedata.⁵⁶ Dit reduceert de prikkel tot risicoselectie. Ten tweede kunnen organisaties kiezen voor risicodeling of volledige risico-overdracht. Het risico voor organisaties varieerde in 2012 tussen de 50% en 100%, zowel voor besparingen als voor overschrijdingen.⁵⁷ Ten derde zijn alle organisaties verplicht een herverzekering te hebben die een deel (meestal 70-90%) van de kosten dekt boven een bepaald bedrag (zoals \$100,000 per persoon). Tenslotte bevat het contract een *unit cost corridor*, die de basisbekostiging laat toenemen (afnemen) indien BC hogere (lagere) tarieven afspreekt met aanbieders dan vooraf verwacht.⁵⁸ Gedurende het jaar worden de meeste zorgorganisaties betaald per zorgactiviteit

⁵⁶ Een hogere risicoscore weerspiegelt een lagere gezondheid en hogere verwachte kosten. De risicoscores worden berekend op basis van informatie van het lopende jaar. De methode komt overeen met die gehanteerd door CMS bij het bepalen van vereveningsbijdragen voor zorgverzekeraars in het kader van Medicare (Pope et al. 2004).

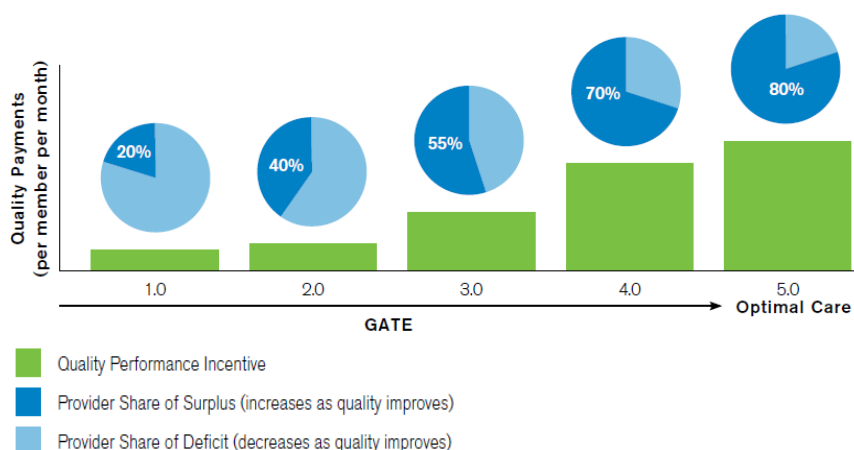
⁵⁷ Het percentage wordt bepaald op basis van de omvang van de organisatie (het aantal ingeschreven verzekerden), de mate van integratie en de mate waarin organisaties in staat worden geacht tot het dragen van financieel risico voor (fluctuaties in) de totale zorgkosten van hun patiënten.

⁵⁸ Bijvoorbeeld, als de (afgesproken) tarieven van een ziekenhuis dat regelmatig wordt gebruikt door een AQC zorgorganisatie wijzigen, dan wordt de basisbekostiging van die zorgorganisatie voor die wijziging gecorrigeerd.

of -product. Alle betalingen voor zorg, ongeacht door wie geleverd, worden ten laste gelegd van het basisbedrag. De prijzen variëren tussen ziekenhuizen en tussen artsen(groepen), wat een sterke prikkel geeft voor deelnemende aanbieders om te verwijzen naar aanbieders met lage prijzen. Aan het einde van het jaar wordt bij de *reconciliation* de balans opgemaakt waarbij BC overschrijdingen terugvordert en besparingen uitkeert.

2. Het tweede kenmerk van het AQC betreft prestatiebeloning waarbij opslagen van maximaal 10% van de basisbekostiging kunnen worden verdiend. Beloningen worden bepaald op basis van scores op geaccepteerde indicatoren. De indicatoren komen overeen met de indicatoren gebruikt in de ACO-programma's en zijn geselecteerd als zijnde medisch relevant en valide/betrouwbaar voor het niveau waarop ze worden berekend (arts, artsengroep of ziekenhuis). De helft van de beloning is gebaseerd op prestaties op 32 indicatoren voor ambulante zorg (19 processen, 5 uitkomsten en 8 patiëntervaringen) en de andere helft op prestaties op 32 indicatoren voor ziekenhuiszorg (20 processen, 5 uitkomsten en 8 patiëntervaringen). De beloning moet elk jaar opnieuw worden verdiend en is een grote potentiële inkomstenbron. De vormgeving is gebaseerd op absolute prestaties en blijft voor alle organisaties gelijk over de hele contractperiode. De beloning wordt bepaald op basis van een overall score, berekend door scores op individuele indicatoren te middelen waarbij uitkomsten en patiëntervaringen zwaarder meetellen dan processen. Er wordt gewerkt met vijf targets ('gates'). De hoogste wordt empirisch bepaald en geeft de score weer die kan worden behaald door een optimaal presterende organisatie. De laagste is de mediaan van alle organisaties. De beloning wordt bepaald op basis van de score ten opzichte van target 1 en 5. Naast expliciete beloningen voor kwaliteit op de basisbekostiging neemt het percentage van een besparing ('surplus') of tekort ('deficit') op de basisbekostiging dat voor rekening komt van de zorgorganisatie toe (bij besparingen) of af (bij tekorten) naar mate kwaliteitsscores hoger zijn (zie de cirkels in Figuur 4). De basisbekostiging en prestatiebeloning zijn dus in hoge mate geïntegreerd.⁵⁹

Figuur 4. Prestatiebeloning in het Alternative Quality Contract.



Bron: Safran (2014).

⁵⁹ In het AQC is de prestatiebeloning dus niet alleen vormgegeven als een *apart bekostigingsaspect* (i.e. een opslag op de basisbekostiging bij een goede overall kwaliteit), maar ook als *integraal onderdeel* waarbij de mate waarin besparingen/tekorten op de basisbekostiging ten gunste/laste komen van de zorgaanbieder afhankelijk zijn van de behaalde kwaliteitsscores. Zie ook randvoorwaarde vijf op pagina 25.

Unieke koppeling tussen kwaliteit van zorg en kostenbesparing

Een innovatief kenmerk van de AQC bekostigingsmethode is dat kostenbesparing direct gekoppeld is aan kwaliteit. Naarmate zorgverleners betere kwaliteit van zorg leveren krijgen zij niet alleen een hogere prestatiebeloning maar ook een groter deel van de gerealiseerde kostenbesparing. Omgekeerd worden zij minder sterk afgerekend op een eventuele kostenoverschrijding naarmate zij een hogere kwaliteit leveren. Zodoende gaat de hoogste bonus naar zorgverleners die én hoge kwaliteit leveren én lage kosten maken, terwijl de hoogste malus gaat naar zorgverleners die zowel lage kwaliteit als hoge kosten realiseren. Kostenbesparing is voor de zorgaanbieder dus pas echt lonend als het gepaard gaat met goede kwaliteit van zorg.

3. Het derde kenmerk betreft een informatie-/rapportagesysteem dat organisaties ondersteunt bij het managen van hun basisbudget, implementatie van kwaliteitsverbeteringen en het borgen van successen. De ondersteuning omvat periodieke spiegelinformatie over financiële (e.g. declaraties vs. bekostiging) en zorginhoudelijke prestaties (e.g. scores op indicatoren), alsmede werkconferenties waar zorgorganisaties elkaar ontmoeten en *best practices* kunnen uitwisselen. Spiegelinformatie bevat analyses van praktijkvariatie die medisch en financieel relevant zijn, zoals aandoeningsspecifieke variatie in zorg per specialisme (inzicht in welke mate artsen verschillen van collega's in gebruik van bepaalde technologie, behandelingen en diagnostiek) en vermijdbaar gebruik van ziekenhuiszorg (zoals ziekenhuisopnames voor chronisch zieken, heropnames binnen 30 dagen na ontslag en niet-urgent gebruik van spoedeisende zorg). Voorts biedt BC financiële ondersteuning aan zorgorganisaties bij de ontwikkeling en implementatie van gemeenschappelijke ICT-infrastructuur.

In 2009 hadden zeven zorgorganisaties een AQC. Dit betrof circa 3.200 specialisten en 1.600 eerstelijnsartsen (30% van de HMO-verzekerden van BC). In 2014 is het aantal organisaties met een AQC gestegen naar negentien (circa 5.500 eerstelijnsartsen, 13.000 medisch specialisten en 86% van alle HMO-verzekerden in de staat).⁶⁰ BC schrijft geen specifieke organisatiestructuur voor; deelnemende organisaties betreffen multidisciplinaire artsengroepen, *independent practice associations* die contracteren namens kleinere praktijken, en joint ventures tussen ziekenhuizen en artsengroepen. Het aantal eerstelijnsartsen, specialisten en ziekenhuizen per zorgorganisatie varieert van respectievelijk 50-400, 0-982 en 0-6.

De impact van het AQC op kostengroei en kwaliteit is uitgebreid onderzocht door Song (2014). Daartoe analyseerde hij declaraties en scores op indicatoren van BC-verzekerden in de periode 2006-2012, ten opzichte van die van vergelijkbare mensen in andere staten die eveneens privaat verzekerd waren en verplicht waren een vaste eerstelijnsarts te kiezen. De kosten per verzekerde per jaar werden gecorrigeerd voor risico op basis van leeftijd, geslacht en diagnose-informatie. Voor wat betreft kwaliteit had Song alleen beschikking over procesindicatoren voor chronische zorg, preventieve zorg voor volwassenen en zorg voor kinderen. De interventiegroep voor het 2009 cohort (i.e. verzekerden van zorgorganisaties die vanaf het begin deelnamen) bestond uit ruim 490.000 verzekerden ingeschreven bij één van de ruim 1.100 eerstelijnsartsen in zeven zorgorganisaties. De controlegroep bevatte ruim 965.000 verzekerden.

⁶⁰ Vijf zorgorganisaties waren tevens onderdeel van het initiële cohort van 32 ACO's die in 2012 deelnamen aan het Medicare Pioneer ACO-programma.

In Tabel 28 staan de evaluatieresultaten op een rij, alsmede een overzicht van de geleerde lessen. De ‘kosten’ in de tabel hebben alleen betrekking op de zorg geleverd aan verzekerden, dus *exclusief* uitgaven aan shared savings, prestatiebeloningen en ondersteuning aan organisaties ten behoeve van ICT-ontwikkeling. In de eerste twee jaar overtroffen de betalingen aan organisaties de gerealiseerde besparingen op geleverde zorg. Dit patroon zette zich voort 2011 maar nam wel af; in 2012 overtroffen de totale besparingen voor het eerst de totale uitgaven.⁶¹

Tabel 28. Evaluatieresultaten van het Alternative Quality Contract in Massachusetts, VS

Conclusie	<ul style="list-style-type: none"> • AQC na 4 jaar geassocieerd met afname in kostengroei en verbetering in proceskwaliteit voor verzekerden van organisaties die vanaf jaar 1 deelnemen (ongecorrigeerde scores op uitkomstindicatoren verbeterden t.o.v. landelijke gemiddelden). Besparingen met name gerealiseerd in poliklinische <i>facility</i> setting. In jaar 4 overtroffen totale besparingen voor het eerst de totale uitgaven aan shared savings, prestatiebeloning en ICT-ontwikkeling. Positief spillover-effect op de kosten van Medicare-verzekerden in de eerste 2 jaar. 			
Effect op kosten	<p>2009-cohort: vierjaars verandering van -\$62 per verzekerde per kwartaal = afname van 7% t.o.v. pre-AQC en controlegroep. Daling grootst in poliklinische <i>facility</i> setting; geen verandering in klinische setting.</p>	<p>2010-cohort: driejaars verandering van -\$82 per verzekerde per kwartaal = afname van 9% t.o.v. pre-AQC en controlegroep. Daling grootst in poliklinische <i>facility</i> setting; geen verandering in klinische setting.</p>	<p>2011-cohort: tweejaars verandering van -\$97 per verzekerde per kwartaal = afname van 9% t.o.v. pre-AQC en controlegroep. Daling alleen significant in poliklinische <i>facility</i> setting.</p>	<p>2012-cohort: éénjaars verandering van -\$59 per verzekerde per kwartaal = afname van 6% t.o.v. pre-AQC en controlegroep. Daling grootst in poliklinische <i>facility</i> setting.</p>
Effect op gebruik	<p>2009-cohort: In jaar 1 alleen besparingen a.g.v. verwijzing naar aanbieders met lage prijzen. In jaar 2 vooral door lagere prijzen, maar ook door lager zorggebruik (ca. 30%). Na 4 jaar kon helft van totale afname in kostengroei worden toegeschreven aan afname gebruik, met name hoogwaardige (dure) zorg (e.g. scans).</p>			
Effect op kwaliteit	<p>2009-cohort (alleen procesindicatoren voor jaar 1 en 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3.7 %-punt verbetering in gemiddelde score op indicatoren voor chronische zorg na 2 jaar (t.o.v. controlegroep). Verbetering groter in jaar 2 dan in jaar 1. • 0.4 %-punt verbetering in gemiddelde score op indicatoren voor preventie na 2 jaar (t.o.v. controlegroep), vooral verbetering voor ‘borstkankerscreening’ en ‘geen antibiotica voor acute bronchitis’. • 1.3 %-punt verbetering in gemiddelde score op indicatoren voor kindzorg na 2 jaar (t.o.v. controlegroep), vooral a.g.v. verbetering in jaar 2. • In jaar 3 en 4 bleven scores verbeteren; vergelijking met controlegroep echter niet mogelijk. • Uitkomstindicatoren verbeterden t.o.v. landelijke gemiddelden. 			
3 belangrijkste succes- en/of faal-factoren	<ul style="list-style-type: none"> • Succes: afbakening populatie o.b.v. inschrijving bij een eerstelijnsarts • Succes: meerjarencontract: vertrouwen en investeringen terugverdienen • Succes: integratie financiële prikkels voor kwaliteit en kostenbeheersing, versterkt door ondersteuning via uitgebreid feedback- en rapportagesysteem 			
Lessen	<ul style="list-style-type: none"> • Inschrijving bij arts belangrijk t.b.v. afbakening populaties, patiëntcontact en controle over verwijzingen. • Samenwerking tussen ziekenhuizen en artsen(groepen) en tussen zorgorganisaties onderling (uitwisselen van best practices) is een succesfactor gebleken. • Adequate ICT-infrastructuur cruciaal, maar ontwikkeling en implementatie kostbaar en moeizaam proces. • Prikkels voor aanbieders en consumenten idealiter gelijkgeschakeld t.b.v. betrokkenheid aanbieders. • Gehanteerde indicatoren idealiter breed geaccepteerd (als inhoudelijk relevant), vooral door aanbieders • Frequente spiegelinformatie t.b.v. het identificeren van verbeterprioriteiten (incl. benchmarking) cruciaal. • In goed-presterende zorgorganisaties is veelal sprake van motiverend leiderschap door artsen. • Meerjarencontract cruciaal gebleken voor vertrouwen en zorgaanbieders tijd en ruimte geven om investeringen in doelmatigheidsverbetering terug te verdienen en kosten op lange termijn te beheersen. • Het duurt flinke tijd voordat investeringen in een nieuw bekostigingssysteem terugverdiend worden. • Integrale populatiebekostiging kan leiden tot gunstige spillover-effecten voor andere populaties wanneer betrokken zorgorganisaties verzekerden bedienen van meerdere verzekeraars. 			

⁶¹ Een interessante vraag is of de positieve resultaten zijn behaald door alle zorgorganisaties of dat deze vooral worden gedreven door bepaalde organisaties (en zo ja, welke en waarom). Dit laatste is aannemelijk vanwege de grote variëteit in het aantal artsen per organisatie. Helaas is geen openbare kwantitatieve informatie beschikbaar over verschillen tussen de zorgorganisaties in prestaties ten aanzien van kosten en kwaliteit.

De introductie van het AQC heeft in de eerste twee jaar (2009-2010) ook geleid tot een 3% afname in de kosten voor Medicare-verzekerden (McWilliams et al. 2013). Deze besparingen waren geconcentreerd in gelijksoortige zorgactiviteiten en settings als bij AQC-verzekerden. Het AQC leidde echter niet tot veranderingen in kwaliteit van zorg voor Medicare-verzekerden. Kennelijk waren AQC-organisaties bij het realiseren van *besparingen* beperkt in staat of niet bereid om te differentiëren tussen verzekerden voor wie zij wel risico dragen (BC-verzekerden) en verzekerden voor wie zij dat niet doen. Voor *kwaliteit van zorg* lijkt dat anders te liggen.

Het AQC model staat voor een aantal uitdagingen. Zo wordt nagedacht over hoe prikkels voor kostenbeheersing voor verzekerden gelijkgeschakeld kunnen worden met die van deelnemende zorgaanbieders. Verzekerden met een eerstelijnsarts aangesloten bij een AQC-organisatie zijn vrij om zorg te ontvangen van iedere arts in het netwerk van BC, mits zij een verwijzing hebben voor specialistische zorg. De keuzes die verzekerden maken (zoals ja/nee arts met een AQC, gebruik maken van een andere specialist dan aanbevolen, etc.) hebben geen gevolgen voor de eigen betalingen. Verzekerden die ontevreden zijn met hun arts (bijvoorbeeld omdat zij geen verwijzing krijgen) kunnen jaarlijks switchen naar een andere eerstelijnsarts. Daarnaast zijn zowel BC als de deelnemende organisaties van mening dat een adequate ICT-infrastructuur cruciaal is voor succes, maar dat de ontwikkeling en implementatie van dergelijke infrastructuur een kostbaar, tijdrovend en moeizaam proces blijft.

*Gesundes Kinzigtal*⁶²

Nieuwe wetgeving maakt het in Duitsland sinds 2004 mogelijk en financieel aantrekkelijk om te experimenteren met integrale zorg. Dit heeft geleid tot een groot aantal integrale-zorg projecten, echter het proces verloopt langzaam. Zo zijn de uitgaven aan zorg geleverd via integrale-zorg contracten minder dan 1% van de totale zorguitgaven, en is de overgrote meerderheid van deze contracten gericht op specifieke aandoeningen en integratie van slechts twee of drie sectoren (bijvoorbeeld ziekenhuiszorg, pre- en postoperatieve zorg en revalidatie). De enige uitzondering is het project *Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal* (GK), geïntroduceerd in 2005 in het Zuidwesten van Duitsland en gericht op het realiseren van integrale populatiebepaling dat alle zorg dekt voor een afgebakende populatie verzekerden. In de Kinzigtal-regio wonen 69.000 mensen, van wie bijna de helft (31.000) is verzekerd bij de verzekeraars AOK (29.300) of LKK (1.700). Het doel is komen tot een betere gezondheid van de Kinzigtal-populatie, te realiseren via prikkels voor samenwerking tussen zorgaanbieders, het stimuleren van zelfmanagement en implementatie van programma's voor *health promotion* en preventie. Gezondheidsverbetering moet daarnaast leiden tot kostenbesparingen, zowel op korte als op lange termijn. Het project wordt gemanaged door een joint venture (een BV) tussen een lokaal artsennetwerk en een zorgmanagementbedrijf. Twee-derde van de aandelen is in handen van het artsennetwerk. GK wordt gefinancierd door de verzekeraars en de BV is sinds 2006 financieel verantwoordelijk voor het gehele zorgbudget voor de verzekerden van AOK en LKK. Het lange-termijn contract tussen de BV en de verzekeraars loopt tot half 2015, maar kan daarna worden verlengd.

⁶² Gebaseerd op: Hildebrandt et al. 2010/2012, Maassen 2012, Busse & Stahl 2014.

Het financiële resultaat van GK wordt bepaald aan de hand van het verschil tussen de totale werkelijke zorgkosten en de normatieve zorgkosten voor de 31.000 verzekerden. Dit verschil wordt de *bijdragemarge* genoemd. De normatieve kosten zijn de kosten die verwacht kunnen worden op basis van risicokenmerken van verzekerden (leeftijd, geslacht, en 80 chronische en/of dure aandoeningen) en worden berekend in het kader van het Duitse risicovereveningssysteem. Het resultaat in een jaar is gelijk aan de *verandering* in de bijdragemarge ten opzichte van de referentieperiode (2003-2005). Veronderstel bijvoorbeeld een gemiddelde marge van +2% in de referentieperiode. Veronderstel tevens dat in 2008 de normkosten €106 miljoen en de werkelijke kosten €100 miljoen waren. De *toename* in de marge in 2008 is dan 3.7%: $(6/106) \cdot 100\% - 2\%$. Dit is de toename die kan worden toegeschreven aan het project. In dit geval is sprake van winst, welke wordt gedeeld door de verzekeraars en de BV. Gerealiseerde besparingen zijn de enige inkomstenbron van de BV, wat prikkels geeft tot het stimuleren van aangesloten aanbieders tot het leveren van doelmatige zorg. Een eventueel verlies (i.e. een *afname* van de bijdragemarge) wordt gedragen door de verzekeraars, betekent geen inkomsten voor de BV en opent een mogelijkheid voor de verzekeraars om het contract te ontbinden. De verzekeraars kunnen het contract eventueel ook ontbinden bij een aantoonbare verschraling van kwaliteit.

Tabel 29. Kenmerken van het project Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal in zuidwest Duitsland

Oude basisbekostiging	Per zorgactiviteit of zorgproduct (DRG, monodisciplinair).
Betrokken zorgpartijen	1 zorgmanagement-organisatie (BV) en twee zorgverzekeraars.
Afbakening populatie	O.b.v. gemeente-/postcodegrenzen (woonachtig in de Kinzigtal-regio) en verzekerd zijn bij één van twee zorgverzekeraars (LKK en AOK).
Multidisciplinaire zorgbundel	Alle zorg die AOK- en LKK-verzekerden in Kinzigtal mogelijk nodig hebben
Risicodragende zorgorganisatie	BV inclusief een lokaal artsennetwerk (hoofdaannemer).
Basisbekostiging	Financieel resultaat gebaseerd op verschil (bijdragemarge) tussen werkelijke en normatieve kosten voor de populatie. Resultaat in een jaar is verandering in bijdragemarge t.o.v. referentieperiode (2003-2005). Besparingen zijn enige inkomstenbron voor de BV. Retrospectieve verrekening: aanbieders worden per activiteit/product betaald; na afloop van elk jaar worden de totale zorgkosten vergeleken met de normkosten en de (marge in) referentieperiode.
Risicocorrectie/-deling	Normkosten berekend a.d.h.v. risicokenmerken van verzekerden (leeftijd, geslacht en aandoeningen). Alleen upside risico (shared savings); verzekeraars kunnen contract ontbinden bij (grote) verliezen of verschraling van kwaliteit.
Contractering	Tienjarig contract tussen BV en beide verzekeraars.
Prikkels voor goede kwaliteit	Spiegelinformatie over kwaliteit met benchmarking. Verzekeraars mogen contract ontbinden bij aantoonbare verschraling kwaliteit. Prestatiebeloning voor aangesloten zorgaanbieders op basis van scores op indicatoren.

Tot nu toe hebben zich 23 huisartsen, 6 ziekenhuizen, 24 medisch specialisten, 16 apotheken, 7 fysiotherapeuten, 11 verpleeghuizen en diverse sportclubs en lokale overheden op vrijwillige basis verbonden met GK.⁶³ De bestaande bekostiging (grotendeels bekostiging per zorgactiviteit of -product) is blijven bestaan en vormt 80-90% van de inkomsten van aangesloten aanbieders. De BV betaalt voor diensten die niet gedekt worden door de bestaande bekostiging, maar wel noodzakelijk zijn bij het realiseren van doelmatige zorg van hoge kwaliteit. Hierbij kan gedacht worden aan een uitgebreide intake voor nieuwe patiënten, ontwikkeling van behandelplannen in samenspraak met patiënten, preventieprogramma's, en casemanagement van chronisch zieken. De betalingen voor deze diensten vormen 10-20% van de totale inkomsten van de aanbieders.

⁶³ 80% van de deelnemende artsen is tevens aangesloten bij het artsennetwerk dat voor 67% eigenaar is van de BV.

Ook additionele (ICT-)kosten voor gegevensuitwisseling en implementatie van EPD's worden gedragen door de BV. Deelnemende aanbieders zijn verplicht tot het volgen van vigerende richtlijnen en standaarden en kunnen vanaf het vierde jaar delen in besparingen indien zij goed scoren op indicatoren voor gezondheidsuitkomsten en patiënttevredenheid.

Inmiddels zijn diverse zorgprogramma's ontwikkeld. Patiënten met (een verhoogd risico op) een chronische aandoening krijgen modules aangeboden gericht op preventie van ziekte en/of complicaties. De ontwikkeling van programma's gebeurt aan de hand van vijf principes:

1. Individuele behandelplannen/-doelen. Dit gebeurt als blijkt (bijvoorbeeld tijdens de intake) dat een patiënt een verhoogd risico heeft op een bepaalde ziekte of complicatie. De BV ondersteunt artsen bij casemanagement en geeft financiële prikkels voor doelmatige zorg.
2. Zelfmanagement en *shared-decision making*. Actieve deelname van patiënten aan het eigen zorgproces is een belangrijke voorwaarde om patiënten coproductant van hun gezondheid te laten worden. Artsen krijgen trainingen in *shared-decision making* aangeboden.
3. Vervolgzorg en casemanagement. Via ontwikkeling van zorgpaden en gedeelde patiëntendossiers wordt samenwerking tussen ziekenhuizen en andere aanbieders gefaciliteerd.
4. Juiste zorg op het juiste moment. Bijvoorbeeld in het geval van wachtlijsten ontvangen zorgaanbieders een extra betaling voor spoedeisende zorg.
5. Geïntegreerd elektronisch patiëntendossier (EPD). Zorgverleners van GK-patiënten kunnen medische dossiers met alle relevante informatie inzien als zij een keycard hebben gekregen van de patiënt. De data op deze card zijn eigendom van de patiënt.

Inmiddels zijn er ruim twintig zorgprogramma's, onder andere voor hartfalen (regelmatig contact met wijkverpleegkundigen die patiënten adviezen geven en hun toestand op afstand volgen), osteoporose (screening en voeding- en bewegadvies), rokers (educatie en advies), ouderen (educatie, voeding- en bewegadvies, en sociale participatie) en patiënten met hoge bloedsuikerwaarden en overgewicht (monitoring van bloedsuiker door artsen en patiënten, en voeding- en bewegadvies). Verzekerden kunnen gratis deelnemen aan elk van de programma's (in 2012 deden er circa 9.000 mee). Hoewel verzekerden worden gestimuleerd om gebruik te maken van aangesloten aanbieders en een *doctor of trust* te kiezen, zij zijn volledig vrij om gebruik te blijven maken van de diensten van niet-aangesloten zorgaanbieders.

Bij het ontwikkelen van de zorgprogramma's en het herinrichten van de zorg in de regio maakt de BV gebruik van declaratiegegevens aangeleverd door de verzekeraars, aangevuld met data uit medische patiëntendossiers. Het heeft veel tijd en moeite gekost om te voorkomen dat privacy-wetgeving werd geschonden. De informatie wordt ook gebruikt bij het monitoren van kwaliteit van zorg, het identificeren van hoog-risico patiënten, en het genereren van spiegelinformatie voor aanbieders. De resultaten van zorgprogramma's worden continu gemonitord met behulp van een geavanceerd ICT-systeem, inclusief een EPD. Via dit netwerk zijn tevens de prestaties van individuele aanbieders openbaar voor hun collega's (benchmarking).

De BV en de ziekenfondsen hebben een bedrag gereserveerd voor een onafhankelijke evaluatie van het project. Vanaf 2007 zijn diverse studies gestart die inzicht geven in financiële resultaten, veranderingen in gezondheidsuitkomsten en ervaringen van patiënten en zorgaanbieders. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een controlegroep van vergelijkbare AOK/LKK-verzekerden (al dan

niet woonachtig in Kinzigtal) die niet aan het project deelnemen. De evaluatie vond positieve effecten op kosten, kwaliteit en gebruikerservaringen (zie Tabel 30). Zo is de bijdragemarge in de eerste drie jaar toegenomen met ruim €150 per persoon per jaar in de deelnemende Kinzigtal-populatie (ten opzichte van de controlegroep). Daarnaast is in een subanalyse van de kosten van de 1.700 LKK-verzekerden woonachtig in Kinzigtal over de eerste vijf jaar een positief verschil gevonden van €327 per persoon per jaar (ten opzichte van een controlegroep van circa 16.000 LKK-verzekerden uit nabijgelegen regio's), een relatieve totale kostendaling van bijna 17%.

Voorts zijn positieve effecten gevonden op kwaliteit. De sterftcijfers van deelnemende verzekerden bleken na 2.5 jaar met circa 50% te zijn gedaald ten opzichte van de controlegroep. Ook was in de periode 2005-2010 sprake van een significant grotere toename in proces- en uitkomstkwaliteit van zorg voor patiënten behandeld door aangesloten aanbieders (ten opzichte van patiënten behandeld door niet-aangesloten aanbieders), bijvoorbeeld met betrekking tot het aantal fracturen onder patiënten met osteoporose of het aantal patiënten met hartfalen met een medicatie-voorschrift conform de richtlijn. Tenslotte zijn ervaringen van patiënten en aanbieders tot op heden zeer positief; bijna 100% van de patiënten en ruim 80% van de aanbieders zou opnieuw aan het project deelnemen en deelname aanbevelen aan anderen. Daarnaast ervaren aanbieders een betere coördinatie van zorg en samenwerking met andere aanbieders, alsmede een toename van *health awareness* onder aanbieders en patiënten. De patiënttevredenheid blijkt ook uit het feit dat deelnemende verzekerden significant minder vaak van zorgverzekeraar zijn gewisseld dan niet-deelnemende verzekerden.

Tabel 30. Evaluatieresultaten van het project Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal in zuidwest Duitsland

Conclusie	<ul style="list-style-type: none"> • Het GK-project lijkt te hebben geleid tot significante kostenbesparingen en verbeteringen in proces- en uitkomstkwaliteit van zorg onder de deelnemende Kinzigtal-populatie van 31.000 verzekerden. De ervaringen van patiënten en zorgaanbieders zijn positief.
Effecten	<ul style="list-style-type: none"> • Voor alle 31.000 AOK/LKK-verzekerden: bijdragemarge in eerste 3 jaar toegenomen met €151 per persoon per jaar (t.o.v. controlegroep). • Voor 1.700 LKK-verzekerden: bijdragemarge in eerste 5 jaar toegenomen met €327 per persoon per jaar (t.o.v. controlegroep), een relatieve totale kostendaling van 17%. • Sterftcijfers van deelnemende verzekerden na 2 jaar met 50% gedaald t.o.v. controlegroep. • In eerste 5 jaar: significant grotere toename in proces- en uitkomstkwaliteit voor patiënten behandeld door GK-aanbieders (t.o.v. patiënten behandeld door niet-GK aanbieders) • Positieve ervaringen van aangesloten patiënten en zorgaanbieders.
3 belangrijkste succes- en/of faalfactoren	<ul style="list-style-type: none"> • Succes: meerjarencontract: vertrouwen en investeringen terugverdienen • Succes: zorginhoudelijke informatie en declaratiegegevens over afgebakende populatie • Succes: hoogwaardige gedeelde ICT-infrastructuur
Lessen	<ul style="list-style-type: none"> • Focus op kosten niet geleid tot onderbehandeling of risicoselectie a.g.v.: lange-termijn contract, risicocorrectie, in stand houden oorspronkelijke basisbekostiging (vooral fee-for-service, 80-90% van inkomsten van aanbieders), en uitgebreide onafhankelijke evaluatie. • Korte-termijn besparingen met name het resultaat van generieke verbeteractiviteiten (i.e. activiteiten die niet alleen van toepassing zijn op deelnemende verzekerden) • Beschikbaarheid zorginhoudelijke informatie uit patiëntendossiers alsmede gedetailleerde declaratiegegevens cruciaal voor identificeren van hoog-risico patiënten, ontwikkeling van zorgprogramma's voor patiënten, monitoring van kwaliteit, en genereren spiegelinformatie. • Gedeelde ICT-infrastructuur cruciaal t.b.v. coördinatie van zorg, zelfmanagement, inzichtelijk maken van de resultaten van zorgprogramma's en benchmarking. • Toegang tot data uit medische dossiers lastig a.g.v. mogelijke schending privacywetgeving.

2.6 Succes- en faalfactoren en belangrijkste lessen

In dit hoofdstuk zijn elf internationale voorbeelden van uitkomstbekostiging in de zorg de revue gepasseerd. Vijf voorbeelden hadden betrekking op prestatiebeloning (voornamelijk gericht op het stimuleren van goede kwaliteit), drie voorbeelden hadden betrekking op multidisciplinaire basisbekostiging per patiënt (in twee gevallen inclusief prestatiebeloning) en drie voorbeelden hadden betrekking op multidisciplinaire bekostiging per verzekerde (plus prestatiebeloning). Op één na alle voorbeelden zijn afkomstig uit de Verenigde Staten of het Verenigd Koninkrijk. De initiatieven zijn besproken aan de hand van de belangrijkste kenmerken en de gevonden effecten op uitkomsten. In deze paragraaf geven we een overzicht van de belangrijkste succes- en/of faalfactoren en de geleerde lessen, gebruik makend van de verschillende overzichtstabellen uit de vorige paragrafen van dit hoofdstuk.

Succes- en faalfactoren

Tabel 31 laat zien of het betreffende initiatief al dan niet succesvol is geweest in het verbeteren van uitkomsten van zorg ('oordeel') en wat de drie belangrijkste succes- en/of faalfactoren waren. Hierbij zij opgemerkt dat het oordeel en de geïdentificeerde succes- en faalfactoren tot op zekere hoogte subjectief zijn. In de meeste gevallen is de bijdrage van de betreffende succes- of faalfactor aan de gevonden resultaten niet direct onderzocht, en daarnaast gaat het eindoordeel voorbij aan verschillen in de resultaten tussen initiatieven met hetzelfde oordeel (zo zijn de evaluatieresultaten van het AQC mogelijk positiever dan die van de ACO's, en betekent '+' niet noodzakelijkerwijs dat alleen positieve effecten zijn gevonden). Niettemin geeft Tabel 31 een indruk van de mate waarin de buitenlandse initiatieven over het geheel genomen succesvol zijn geweest en van de factoren die daaraan een bijdrage lijken te hebben geleverd.

Prestatiebeloning. De *Hospital Quality Incentive Demonstration* (HQID) heeft geleid tot verbeteringen in de proceskwaliteit van zorg in Amerikaanse ziekenhuizen, maar dat heeft zich niet vertaald in een lagere kostengroei en betere gezondheidsuitkomsten. Complexiteit in de vormgeving en de (kennelijk) zwakke relatie tussen de gehanteerde procesindicatoren en gezondheidsuitkomsten zijn hier mogelijk debet aan. Het *Hospital Value-based Purchasing Program* (HVP), de opvolger van de HQID, is nog slechts geëvalueerd voor de eerste negen maanden; gedurende deze periode is geen verbetering geconstateerd in proceskwaliteit en patiënttevredenheid. Het *Advancing Quality Program* (AQP) in Engeland, gebaseerd op de HQID, heeft in de eerste anderhalf jaar een forse verbetering van proces- en uitkomstkwaliteit (sterftecijfers) tot gevolg gehad. Specifieke aspecten van de vormgeving (de kans op en omvang van de beloning) en implementatie (e.g. werkconferenties waarin ziekenhuizen lessen kunnen uitwisselen) lijken hieraan een bijdrage te hebben geleverd. De verbetering in uitkomstkwaliteit heeft zich echter niet voortgezet in de twee daarop volgende jaren, precies de periode waarin voor het eerst werd gewerkt met negatieve financiële prikkels. De teleurstellende resultaten van het *Commissioning for Quality and Innovation* (CQUIN) programma lijken te maken hebben gehad met de lokale, bottom-up benadering van de vormgeving en implementatie, alsmede met de dataverzameling gepaard gaande kosten en toegenomen werkdruk. Tenslotte heeft het Britse *Quality and Outcomes Framework* (QOF), geïmplementeerd in 2004, een positieve invloed gehad op zorgprocessen en intermediaire uitkomsten voor enkele chronische aandoeningen. Het is echter aannemelijk dat dezelfde verbeteringen hadden kunnen worden gerealiseerd tegen

lagere kosten en dat het grote aantal procesindicatoren in combinatie met de substantiële beloning (maximaal 25% van de praktijkomzet) heeft geleid tot een afname van de ervaren continuïteit van zorg en een verzakelijking van de arts-patiëntrelatie.

Tabel 31. Succes- en faalfactoren van de buitenlandse initiatieven van uitkomstbekostiging in de zorg.

	<i>Initiatief</i>	<i>Oordeel</i>	<i>Drie belangrijkste succes- en/of faalfactoren</i>
Prestatiebeloning	HQID	+/-	<ul style="list-style-type: none"> • Succes: indicatoren met verbeterpotentieel • Faal: procesindicatoren schijnbaar geen relatie met uitkomstkwaliteit • Faal: verbetertargets niet voor alle ziekenhuizen bereikbaar
	HVP	-	<ul style="list-style-type: none"> • Succes: absolute prestaties en verbetering in gelijke mate gestimuleerd • Faal: sommige indicatoren hebben beperkt verbeterpotentieel • Faal: weinig afstemming met andere prestatiebeloningprogramma's
	AQP	+	<ul style="list-style-type: none"> • Succes: t.o.v. HQID een grotere kans op en omvang van beloning • Succes: werkconferenties waarin ziekenhuizen lessen uitwisselen • Faal: vervangen positieve door negatieve prikkels na 18 maanden.
	CQUIN	-	<ul style="list-style-type: none"> • Faal: bottom-up ontwikkeling van indicatoren en targets (wildgroei) • Faal: lokale vormgeving sluit slecht aan bij andere verbeterinitiatieven • Faal: kosten dataverzameling/monitoring leidt af van kwaliteitsverbetering
	QOF	+/-	<ul style="list-style-type: none"> • Succes: combinatie prestatiebeloning met landelijk ICT-systeem (EPD) en publicatie indicatorscores op openbare website • Succes: belonen van absolute prestaties en verbetering in prestaties • Faal: teveel procesindicatoren en te grote omvang prestatiebeloning
Multidisciplinaire bekostiging per patiënt	IHA BPD	-	<ul style="list-style-type: none"> • Faal: problemen/vertraging bij definiëren zorgbundels → laag volume • Faal: geen vertrouwen/conflicterende belangen (e.g. m.b.t. risico-overdracht) • Faal: ontbreken technische infrastructuur voor verwerken/betalen declaraties
	Prometheus	-	<ul style="list-style-type: none"> • Faal: problemen/vertraging bij definiëren zorgbundels • Faal: bekostigingsmethode lastig toepasbaar en complex • Faal: problemen bij verdelen financiële verantwoordelijkheden en aan boord krijgen individuele zorgaanbieders
	ProvenCare	+	<ul style="list-style-type: none"> • Succes: door artsen geleid geïntegreerd zorgsysteem • Succes: één zorginkoper die tevens onderdeel is van het zorgsysteem • Succes: hoogwaardige, geïntegreerde ICT-infrastructuur
Multidisciplinaire bekostiging per verzekerde	ACO's	+	<ul style="list-style-type: none"> • Succes: door artsen geleide geïntegreerde zorgorganisaties • Succes: ontwikkeling gedeelde ICT-infrastructuur staat centraal • Succes: meerjarencontract: vertrouwen en investeringen terug verdienen
	AQC	+	<ul style="list-style-type: none"> • Succes: afbakening populatie o.b.v. inschrijving bij een eerstelijnsarts • Succes: meerjarencontract: vertrouwen en investeringen terug verdienen • Succes: integratie financiële prikkels voor kwaliteit en kostenbeheersing, versterkt door ondersteuning via uitgebreid feedback- en rapportagesysteem
	GK	+	<ul style="list-style-type: none"> • Succes: meerjarencontract: vertrouwen en investeringen terug verdienen • Succes: beschikbaarheid zorginhoudelijke informatie en declaratiegegevens • Succes: gedeelde ICT-infrastructuur en beschikbaarheid gedetailleerde zorginhoudelijke informatie en declaratie-data over afgebakende populatie

Bekostiging per patiënt. Van de overige zes initiatieven gaat het in drie gevallen om multidisciplinaire bekostiging per zorgbundel per patiënt. Zowel de *IHA Bundled Payment Demonstration* (BPD) als het *PROMETHEUS Payment Model* is mislukt in de zin dat men er niet in is geslaagd de nieuwe bekostigingssystematiek succesvol te implementeren. De oorzaak is deels gelegen in problemen en forse vertraging bij het definiëren van de multidisciplinaire zorgbundels, de conflicterende belangen (onder andere met betrekking tot de verdeling van de financiële verantwoordelijkheden) en onvoldoende afstemming op de bestaande bekostiging en de uitvoeringstechnische aspecten daarvan. Het feit dat het *Geisinger ProvenCare Model* wel

succesvol lijkt te zijn geweest, heeft mogelijk te maken met de hoge mate van integratie van zorg(aanbieders) binnen het Geisinger zorgsysteem en dat sprake is van slechts één zorginkoper die tevens onderdeel is van het zorgsysteem.

Bekostiging per verzekerde. Tenslotte is er bij drie initiatieven sprake van multidisciplinaire bekostiging per verzekerde. In de programma's voor *Accountable Care Organizations* (ACO's), het private *Alternative Quality Contract* (AQC) in Massachusetts, en *Gesundes Kinzigtal* (GK) in zuidwest Duitsland is sprake geweest van kostenbesparingen en kwaliteitsverbeteringen, zij het in uiteenlopende mate. Het gebruik van meerjarencontracten, de integratie van financiële prikkels voor kwaliteit en kostenbeheersing, en een centrale rol voor hoogwaardige, gedeelde ICT lijken in belangrijke mate te hebben bijgedragen aan deze positieve bevindingen.

In Tabel 32 zijn de succes- en faalfactoren per initiatief vertaald naar *algemene*, voor Nederland relevante succes- en faalfactoren bij de implementatie van uitkomstbekostiging in de zorg. De factoren zijn onderscheiden op basis van type bekostiging.

Tabel 32. Algemene succes- en faalfactoren bij de implementatie van uitkomstbekostiging in de zorg.

<i>Succesfactoren</i>	<i>Faalfactoren</i>
Multidisciplinaire basisbekostiging	
<ul style="list-style-type: none"> • Door artsen geleide geïntegreerde zorgorganisaties • Hoogwaardige, gedeelde ICT-infrastructuur • Gebruik van meerjarencontracten (vertrouwen) • Afbakening populatie o.b.v. inschrijving bij arts • Vergaande integratie financiële prikkels voor kwaliteit van zorg en kostenbeheersing • Ondersteuning voor zorgorganisaties bij verbeteren van uitkomsten (e.g via gedegen spiegelinformatie) • Beschikbaarheid gedetailleerde zorginhoudelijke informatie en declaratiegegevens 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemen/vertraging bij definiëren zorgbundels • Verschillende zorginkopers met eigen (prestatie-) eisen en administratieve systemen en processen • Ontbreken technische infrastructuur voor bijvoorbeeld het verwerken en betalen van declaraties • Weinig vertrouwen, conflicterende belangen • Complexe / lastig toe te passen bekostigingsmethode • Onduidelijkheid over en problemen bij verdelen van financiële verantwoordelijkheden • Problemen bij het aan boord krijgen/enthousiasmeren van individuele zorgprofessionals
Prestatiebeloning	
<ul style="list-style-type: none"> • Indicatoren hebben voldoende verbeterpotentieel • (Overheids)sturing bij ontwikkeling indicatoren • Beperkt aantal <i>high-impact</i> indicatoren met aangetoonde relatie met gezondheidsuitkomsten • Belonen absolute prestaties en prestatieverbetering • Voldoende kans op en omvang van prestatiebeloning • Positieve in plaats van negatieve prikkels • Bijeenkomsten waarbij deelnemende aanbieders succes- en faalfactoren kunnen uitwisselen • Combinatie met uniform ICT-systeem, periodieke spiegelinformatie en publicatie van indicatorscores 	<ul style="list-style-type: none"> • Indicatoren hebben weinig verbeterpotentieel • Bottom-up ontwikkeling van indicatoren en targets • Een groot aantal procesindicatoren (<i>box ticking</i>) • Procesindicatoren geen relatie met uitkomstkwaliteit • Dataverzameling leidt af van kwaliteitsverbetering • Verbeter targets niet voor alle aanbieders bereikbaar • Inadequate omvang van prestatiebeloning • Vervangen positieve door negatieve prikkels • Prestatiebeloning slecht afgestemd op basisbekostiging en andere verbeterinitiatieven • Complexiteit in vormgeving en implementatie

Geleerde lessen

De besproken internationale ervaringen met uitkomstbekostiging in de zorg bieden interessante lessen voor Nederland. Hieronder bespreken we de tien belangrijkste (zie Tabel 33).

Tabel 33. Belangrijkste lessen van internationale ervaringen met uitkomstbekostiging in de zorg

- | |
|--|
| 1. Problemen bij definiëren afzonderlijke zorgbundels pleit voor bekostiging per verzekerde. |
| 2. Houd rekening met een meerjarig implementatietraject. |
| 3. Meerjarencontracten maken investeringen in zorgverbetering en preventie aantrekkelijk. |
| 4. Afbakening populatie op basis van inschrijving bij 'eigen' arts biedt voordelen. |
| 5. Risicobeperkende maatregelen zijn noodzakelijk, maar ontwikkeling / implementatie zijn complex. |
| 6. Adequate vormgeving prestatiebeloning / indicatoren en afstemming op basisbekostiging en andere verbeterinitiatieven (bijvoorbeeld van andere verzekeraars) cruciaal, maar complex. |
| 7. Hoogwaardige, gedeelde ICT-infrastructuur is essentieel, maar implementatie kost tijd en is duur. |
| 8. Belemmeringen in bestaande wet- en regelgeving kunnen een belangrijk obstakel zijn. |
| 9. Leiderschap en betrokkenheid van betrokken zorgaanbieders is essentieel. |
| 10. Doelmatigheidsprikkel voor consumenten belangrijk voor <i>buy-in</i> van zorgaanbieders. |

- Problemen bij definiëren afzonderlijke zorgbundels pleit voor bekostiging per verzekerde.*

Uit Tabel 31 blijkt dat twee van de drie initiatieven waarin sprake is van multidisciplinaire bekostiging per patiënt zijn mislukt, terwijl de initiatieven waarin sprake is van bekostiging per verzekerde vrij succesvol zijn geweest. Een belangrijke oorzaak van het mislukken van eerstgenoemde initiatieven waren problemen bij het definiëren van de zorgbundels (e.g. complexiteit en opgelopen vertraging, onder andere als gevolg van belangentegenstellingen); dergelijke problemen zijn bij bekostiging per verzekerde minder aanwezig aangezien sprake is van één of een beperkt aantal multidisciplinaire zorgbundel(s) die vaak betrekking heeft/hebben op het gehele continuüm van zorg. Dat ProvenCare wel succesvol is heeft mogelijk te maken met het feit dat sprake is van een geïntegreerd zorgsysteem (incl. gedeelde ICT) en één aangesloten verzekeraar, waardoor minder sprake is van belangentegenstellingen en van mogelijke integratie- en coördinatieproblemen als gevolg van meerdere verzekeraars die verschillende eisen stellen aan de bekostiging en indicatoren (zoals het geval was bij de IHA BPD en PROMETHEUS). Bij de initiatieven gericht op bekostiging per verzekerde was ook sprake van geïntegreerde zorgorganisaties met een hoogwaardige ICT-infrastructuur. Zoals gezegd in hoofdstuk 1 moet bij bekostiging per verzekerde op diverse punten aan strengere randvoorwaarden zijn voldaan dan bij bekostiging per patiënt vanwege de grotere reikwijdte van de zorgbundel en de kosten die daaronder vallen. Echter, de transactiekosten en de tijd en inspanning benodigd voor het definiëren van afzonderlijke zorgbundels en verdelen van financiële verantwoordelijkheden per bundel kunnen bij bekostiging per patiënt in de praktijk belangrijke obstakels vormen.
- Houd rekening met een meerjarig implementatietraject.* De buitenlandse ervaringen geven aan dat bij het realiseren van uitkomstbekostiging rekening moet worden gehouden met een implementatieperiode van meerdere jaren, waarbij idealiter klein wordt begonnen (zoals een beperkt financieel risico voor de betrokken zorgaanbieders) en pas wordt uitgebreid als dat mogelijk is (bijvoorbeeld als sprake is van adequate risicocorrectie en/of gedeelde ICT). Veelal zal in de beginperiode hard gewerkt moeten worden aan technische aspecten van de uitvoering (zoals het aanpassen van bestaande declaratiesystemen), het op één lijn brengen van stakeholders en creëren van onderling vertrouwen, en het zo mogelijk beperken van complexiteit en administratiekosten. Daarnaast hebben betrokken zorgorganisaties tijd nodig

voor het leren kennen van hun populaties, het identificeren van verbetermogelijkheden, het implementeren van nieuwe ICT, en het registreren en aanleveren van indicatoren. Daarna kan de focus geleidelijk worden verlegd naar het herinrichten van zorgprocessen en doorvoeren van verbeteringen. In ieder geval moet ervoor worden gewaakt dat de herinrichting van zorg niet wordt overschaduwed door technische en administratieve uitvoeringsproblemen.

3. *Meerjarencontracten maken investeringen in zorgverbetering en preventie aantrekkelijk.* Het via meerjarencontracten geven van tijd/ruimte aan partijen om lange-termijn verbeteringen te realiseren draagt bij aan onderling vertrouwen en positieve resultaten. Bij de ACO's, het AQC en GK is sprake van meerjarencontracten; door de betrokken zorgaanbieders wordt dit als positief ervaren, onder meer omdat het blijkt geeft van vertrouwen en hen de tijd geeft om investeringen terug te verdienen en complexe contracten overbodig maken. Dit in tegenstelling tot de IHA BPD en PROMETHEUS, waarin gewerkt werd met jaarcontracten; belangentegenstellingen en een gebrek aan wederzijds vertrouwen hebben de implementatie van deze projecten voortdurend ondermijnd.
4. *Afbakening populatie op basis van inschrijving bij arts biedt voordelen.* Het AQC is het enige initiatief waarbij de populatie onder meer wordt afgebakend op basis van inschrijving bij een 'eigen' arts. De eis dat zorgorganisaties alleen voor een AQC in aanmerking komen als zij (huis)artsen bevatten met een minimumaantal ingeschreven Blue Cross verzekerden is een succesfactor gebleken; zo faciliteert dit regelmatig patiëntcontact en controle over verwijzingen, en zijn geleverde zorg en uitkomsten eenduidig toe te schrijven aan specifieke zorgverleners. Andere initiatieven maken vaak (noodgedwongen) gebruik van ingewikkelde toewijzingsregels om personen toe te schrijven aan zorgaanbieders; zo worden de populaties van de ACO's in het Medicare Shared Savings Program achteraf gedefinieerd op basis van de omvang van het zorggebruik bij de betreffende zorgorganisatie tijdens de contractperiode. Een dergelijke procedure draagt bij aan complexiteit, zorgt voor onzekerheid bij aanbieders en geeft hen bovendien een instrument voor risicoselectie.
5. *Risicobeperkende maatregelen zijn noodzakelijk maar complex.* In alle initiatieven wordt onderschreven dat risicobeperkende maatregelen belangrijk zijn (zeker in de beginperiode waarbij zorgaanbieders nog moeten wennen aan het dragen van financieel risico), maar tegelijkertijd vaak lastig te implementeren. In de IHA BPD is er uiteindelijk voor gekozen om geen zorgzwaarte-correctie toe te passen omdat de verwachting was dat het ontwikkelen van en bereiken van consensus over zorgzwaarte-correcties te lang duren en bovendien de benodigde gegevens niet beschikbaar waren. In plaats daarvan werden zorgbundels beperkt tot patiënten met een lage zorgzwaarte, wat vervolgens leidde tot te lage patiëntaantallen. In PROMETHEUS, de ACO-programma's, het AQC, GK en de prestatiebeloning-projecten werd/wordt om pragmatische redenen gebruik gemaakt van reeds beschikbare (*of-the-shelf*) vereveningsformules die voor andere doeleinden zijn ontwikkeld. Het is echter zeer de vraag in hoeverre die formules geschikt zijn voor een adequate zorgzwaarte-/risicocorrectie in het kader van uitkomstbepaling. Naast ex ante risicocorrectie zijn andere risicobeperkende maatregelen vaak nodig, zeker bij integrale bekostiging per verzekerde vanwege de grote reikwijdte van de zorgbundel. Zo bevat het AQC een *stoploss*-clausule en zijn betrokken

zorgorganisaties verplicht tot het afsluiten van een herverzekering die een deel van de zorgkosten dekt boven een bepaald bedrag. Daarnaast wordt het financieel risico (vrijwel) nooit volledig verschoven naar de zorgorganisaties, maar is veelal sprake van risicodeling waarbij zorgorganisaties delen in gerealiseerde besparingen en (eventueel) tekorten. Het maken van afspraken over risicodeling is in alle initiatieven echter een moeizaam proces waarbij de uitkomst onder meer afhankelijk is van de reikwijdte van de zorgbundel.

6. *Adequate vormgeving prestatiebeloning is cruciaal maar complex.* Een belangrijke les is dat hoewel prestatiebeloning kan bijdragen aan betere kwaliteit, het zeker geen *magic bullet* is en idealiter gecombineerd wordt met andere verbeterinitiatieven (e.g. spiegelinformatie) om de zorg blijvend te kunnen verbeteren. De manier waarop de prestatiebeloning wordt vormgegeven en geïmplementeerd en de context waarin dat gebeurt, is van invloed op de uitkomst. Hoewel de invloed van specifieke aspecten van de vormgeving en implementatie van prestatiebeloning niet direct is onderzocht, kunnen uit de internationale ervaringen de volgende (voorzichtige) lessen worden afgeleid:

- Houd het systeem eenvoudig; complexiteit maakt het lastig voor zorgaanbieders om bij de medische besluitvorming rekening te houden met de financiële prikkels;
- Betrek de betrokken zorgaanbieders actief bij de vormgeving en implementatie;
- Stem de vormgeving en gehanteerde indicatoren zo goed mogelijk af op de basisbepaling en op andere prikkels en verbeterinitiatieven (bijvoorbeeld van andere verzekeraars) waar zorgaanbieders mee worden geconfronteerd;
- Het risico op ongewenste neveneffecten kan worden verkleind door de indicatoren, verbetertargets en financiële prikkels zo goed mogelijk af te stemmen op de medisch-professionele normen en waarden;
- Vermijd lokale ontwikkeling van indicatoren. Indicatorontwikkeling vereist specifieke expertise die lokaal vaak niet aanwezig is. Bottom-up ontwikkeling van indicatoren kan leiden tot wildgroei en bemoeilijkt benchmarking en het genereren van betekenisvolle spiegelinformatie. Het is mogelijk beter om te werken met een landelijke *pick-list* van gevalideerde *high-impact* indicatoren met voldoende verbeterpotentieel;
- Houd rekening met de mogelijk hoge kosten en gerelateerde toename in werkdruk van dataverzameling voor betrokken zorgaanbieders in relatie tot de mogelijke baten;
- Gebruik alleen procesindicatoren met een bewezen positieve relatie met uitkomsten;
- Richt de prestatiebeloning op andere indicatoren zodra scores een plateau hebben bereikt. Blijf de oorspronkelijke indicatoren indien mogelijk wel monitoren;
- Beloon zowel absolute prestaties als verbetering in prestaties; stel targets zodanig vast dat alle aanbieders worden geprikkeld tot verbetering. Vermijd ‘alles of niets’ targets; het gebruik van één of enkele targets kan door aanbieders als demotiverend worden ervaren omdat verbetering niet altijd leidt tot beloning;
- Maak de beloningen niet te klein, maar ook niet te groot. De beloning moet minimaal voldoende zijn om de kosten van kwaliteitsverbetering te dekken. De beloning van maximaal 25% van de praktijkomzet in het QOF is waarschijnlijk onnodig hoog en lijkt te hebben geleid tot een disproportionele focus op de gemeten aspecten van zorg.

7. *Gedeelde ICT is essentieel, maar implementatie kost tijd en is duur.* In alle initiatieven wordt onderschreven dat hoogwaardige, geïntegreerde ICT een cruciale succesfactor is (e.g. ten behoeve van coördinatie van zorg, de ontwikkeling van zorgprogramma's voor patiënten, het faciliteren van zelfmanagement, etc.), maar dat het veel tijd, geld en inspanning kost om te realiseren. Dit wordt met name onderkend in de initiatieven waarin sprake is van bekostiging per verzekerde, hoewel ook andere initiatieven het belang onderschrijven, bijvoorbeeld voor het genereren van spiegelinformatie en het faciliteren van benchmarking. Zo is het Geisinger zorgsysteem al in 1997 gestart met de implementatie van een elektronisch patiëntendossier en data-infrastructuur, terwijl de belangrijkste baten pas na vijf jaar zichtbaar werden.
8. *Bestaande wet- en regelgeving kan een belangrijk obstakel zijn.* De buitenlandse ervaringen laten zien dat belemmeringen in wet- en regelgeving in de praktijk een belangrijk obstakel kunnen vormen bij de implementatie van uitkomstbekostiging. Zo was in de IHA BPD sprake van vertraging en onzekerheid over wat juridisch is toegestaan met betrekking tot de risicodragendheid van zorgaanbieders en de noodzaak van toezicht van verzekeraars op de betalingen van hoofdaanemers aan onderaanemers. En in het GK-project is het verkrijgen van de benodigde toegang tot relevante gegevens uit medische patiëntendossiers omschreven als een zeer moeizaam proces vanwege de mogelijke schending van privacywetgeving.
9. *Leiderschap en betrokkenheid zorgaanbieders essentieel.* Het aan boord krijgen en actief betrekken van individuele zorgprofessionals bij de vormgeving en implementatie is cruciaal. Actieve ondersteuning (bijvoorbeeld bij dataverzameling) en stimulerende spiegelinformatie kan daar een bijdrage aan leveren. Daarnaast wordt vooral in succesvolle initiatieven (i.e. ProvenCare, de ACO-programma's en het AQC) gewezen op het belang van motiverend leiderschap door artsen binnen de betrokken zorgorganisaties.
10. *Doelmatigheidsprikkels voor consumenten belangrijk voor buy-in zorgaanbieders.* De buitenlandse ervaringen geven aan dat financiële prikkels voor consumenten om gebruik te maken van doelmatige zorg belangrijk kunnen zijn voor de mate waarin zorgaanbieders betrokken en enthousiast zijn om deel te nemen. In geen van de initiatieven was sprake van een dergelijke gelijkgeschakeling van financiële prikkels voor consumenten en zorgaanbieders, maar afwezigheid van prikkels voor doelmatig zorggebruik is in de initiatieven wel benoemd als verbeterpunt of belangrijke uitdaging. In IHA BPD eisten ziekenhuizen dat verzekeraars hun verzekerden zoveel mogelijk zouden sturen naar hun instellingen, bijvoorbeeld via kwijtschelding van de eigen betalingen. De verzekeraars zijn hier uiteindelijk niet in mee gegaan, leidend tot teleurstelling en demotivatie onder ziekenhuizen.

3. Op weg naar uitkomstbekostiging in Nederland?

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat de derde onderzoeksvraag centraal: *Waar staat Nederland nu en waar kan/moet het naar toe gegeven de behoefte om te komen tot betere uitkomsten van zorg en de behaalde resultaten in het buitenland? Hoe kunnen de huidige initiatieven met betrekking tot nieuwe bekostigingsmethoden in de zorg worden beoordeeld? Wat is de agenda voor de korte en lange termijn?* Paragraaf 3.2 bevat allereerst een korte samenvatting van de probleemanalyse en herhaalt de definitie van adequate uitkomstbekostiging van hoofdstuk 1. Vervolgens worden in paragraaf 3.3 de huidige initiatieven ter hervorming van bestaande bekostigingssystemen in Nederland besproken en beoordeeld, onder andere op basis van het bestaan van stimulansen voor goede uitkomsten van zorg en de mate waarin essentiële randvoorwaarden (geformuleerd in hoofdstuk 1) zijn vervuld en in dat kader knelpunten optreden (voor zover van toepassing). Tenslotte wordt in paragraaf 3.4 een agenda bepaald ten aanzien van de geleidelijke introductie van adequate uitkomstbekostiging in Nederland, alsmede enkele aanbevelingen gedaan voor betrokken partijen.

3.2 Probleemanalyse en definitie uitkomstbekostiging

Inadequate bekostigingssystemen zijn de laatste jaren herhaaldelijk genoemd als één van de oorzaken van ondoelmatigheid in de zorg. Zo was een belangrijke conclusie van de recente evaluatie van het Nederlandse zorgstelsel dat het bij zorgaanbieders veelal nog ontbreekt aan adequate financiële prikkels voor kwaliteit en doelmatigheid; de huidige bekostigingsmethoden houden fragmentatie in stand, belemmeren goede coördinatie en doelmatige substitutie van zorg, ontmoedigen preventie en kosteneffectieve innovatie, bevorderen over- of onderproductie en hebben geen relatie met gezondheidsuitkomsten (Van Kleef et al. 2014). Zorgaanbieders worden veelal nog *afzonderlijk* en *per activiteit* (zoals een consult) of ‘bundel’ van activiteiten (zoals een DBC-zorgproduct) bekostigd, met als gevolg dat het aanbod vooral is gericht op het leveren van afzonderlijke activiteiten en producten die tussen verschillende typen zorgaanbieders (zoals huisartsen en specialisten) bovendien slecht op elkaar zijn afgestemd. De nadruk ligt bij de bekostiging dus niet op de uiteindelijke gezondheidsuitkomst, patiëntervaring en kosten, maar op optimalisatie op het niveau van afzonderlijke activiteiten waardoor het geheel aan zorg dat een patiënt nodig heeft beperkte samenhang vertoont.

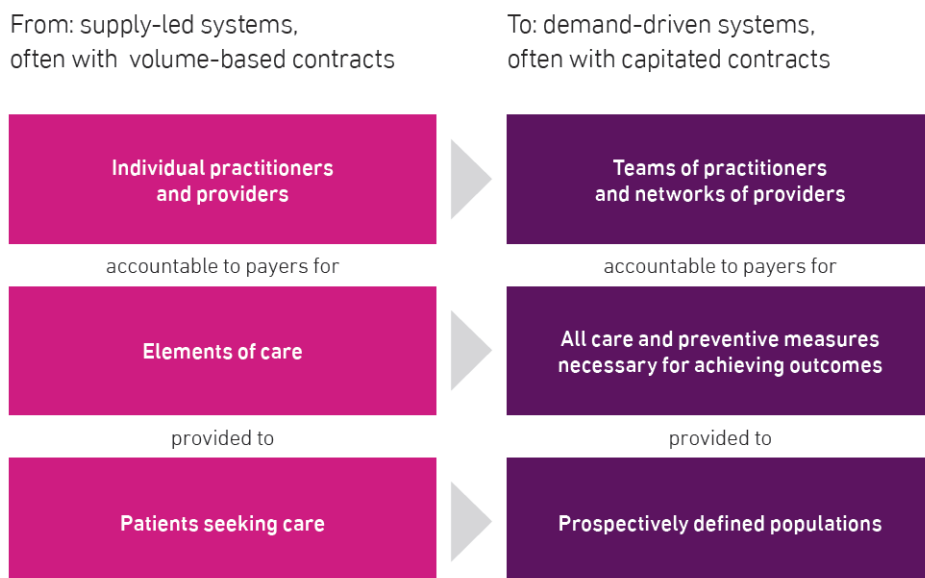
Huidige bekostiging draagt bij aan ondoelmatige zorg

De bekostigingssystematiek in de Nederlandse gezondheidszorg is in veel opzichten suboptimaal. Het is productie- en aanbodgericht met beperkte prikkels tot kostenbeheersing, kwaliteit, innovatie en preventie. Daarnaast wordt coördinatie en doelmatige substitutie meestal niet beloond en daarmee ook niet gestimuleerd. En dat terwijl het belang daarvan steeds groter wordt gezien de stijgende kosten en de complexere wordende zorgvraag.

De onvrede over de huidige bekostiging en de wens om te komen tot een meer vraaggerichte uitkomstgerelateerde bekostiging wordt in Nederland breed gedeeld. In 2011 nam de Tweede Kamer zelfs een motie aan waarin de regering opgeroepen werd om te komen tot een breed gedeelde visie op ‘uitkomstbekostiging’ met als doel de introductie van uitkomstbekostiging uiterlijk in 2020 (Tweede Kamer 2011). In een brief aan de Tweede Kamer liet minister Schippers weten deze ambitie te delen en de komende jaren stevig op uitkomstbekostiging te willen inzetten (Tweede Kamer 2012).

Idealiter zijn *multidisciplinaire teams* van zorgprofessionals en *netwerken* van zorgorganisaties uiteindelijk *gezamenlijk verantwoordelijk* voor het realiseren van vooraf gedefinieerde, meetbare *uitkomsten* van zorg die niet alleen betrekking hebben op patiënten die zorg nodig hebben, maar ook op helder afgebakende *populaties*. Realisatie daarvan vereist vérgaande hervorming van de wijze waarop de zorgverlening en de bekostiging daarvan zijn georganiseerd en op elkaar afgestemd. Schematisch ziet de transitie richting adequate uitkomstbekostiging er als volgt uit:

Figuur 5. Transitie richting adequate uitkomstbekostiging in de zorg



Bron: McClellan et al. (2014: 9).

Dit rapport hanteert een brede invulling van ‘uitkomst van zorg’ door een onderscheid te maken in vijf dimensies van goede uitkomsten: goede kwaliteit van zorg, kostenbewust gedrag, goede coördinatie en effectieve substitutie van zorg, kosteneffectieve proces- en productinnovatie, en effectieve preventie. De dimensies vormen een weerslag van de maatschappelijke discussie over de beoogde doelen van een adequaat bekostigingssysteem en een nadere specificering van de *triple aim* (verbeteren van gezondheidsuitkomsten voor populaties, verbeteren van de kwaliteit van zorg, en beheersen van de zorgkosten). Adequate uitkomstbekostiging bevat prikkels voor goede uitkomsten op alle vijf de dimensies: *een zo eenvoudig mogelijk bekostigingssysteem dat expliciet is gericht op het stimuleren van zorgaanbieders tot het realiseren van goede uitkomsten van zorg in termen van kwaliteit, kosten, coördinatie en preventie, en dat tevens stimuleert tot kosten-effectieve innovatie en geen prikkels bevat voor ongewenst gedrag.*

3.3 Huidige bekostiging en hervormingsinitiatieven

In deze paragraaf staat de (hervorming van de) bekostiging in de Nederlandse (curatieve) zorg centraal. Achtereenvolgens wordt ingegaan op de bekostiging van medisch-specialistische zorg, het nieuwe driesegmentenmodel voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, de beoogde bekostigingssystematiek voor wijkverpleging, de proeftuinen populatiemanagement, en het experiment uitkomstbekostiging voor Parkinsonzorg. De bekostigingsmodellen en hervormingsvoorstellen worden beschreven en vervolgens beoordeeld in relatie tot het bestaan van prikkels voor goede uitkomsten van zorg langs de vijf dimensies en de mate waarin knelpunten (kunnen) optreden, bijvoorbeeld met betrekking tot de randvoorwaarden voor adequate uitkomstbekostiging (zie hoofdstuk 1).

*Medisch-specialistische zorg: omzetcontracten en integrale tarieven*⁶⁴

De bekostigingssystematiek in de medisch-specialistische zorg is de afgelopen jaren ingrijpend hervormd. In 2012 is het vrij onderhandelbare deel van de ziekenhuisomzet (het B-segment) verhoogd naar 70% en is het declaratiesysteem met ruim 30.000 DBC's (i.e. monodisciplinaire zorgbundels per patiënt) vervangen door een nieuw systeem (DOT) met circa 4.400 DBC-zorgproducten. Daarnaast is de functiegerichte budgettering van het gereguleerde A-segment afgeschaft en vervangen door maximumtarieven per zorgproduct zonder volume-regulering op instellingsniveau. Om ziekenhuizen te beschermen tegen grote omzetverschuivingen als gevolg van deze veranderingen gold in 2012 en 2013 voor zorg die in 2011 onder het gereguleerde A-segment viel een transitiebedrag, ofwel het verschil in omzet tussen een 'schaduwbudget' op basis van de oude bekostigingssystematiek en de werkelijke DOT-omzet. In 2012 en 2013 werd respectievelijk 95% en 70% van het transitiebedrag verrekend met het Zorgverzekeringsfonds. Verder werd in 2012 het 'beheersmodel honoraria vrijgevestigde medisch specialisten' ingevoerd; ziekenhuizen kregen jaarlijks een honorariumplafond voor het totaal te declareren bedrag door vrijgevestigd medisch specialisten per ziekenhuis. Tenslotte sloot de minister eerder al het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015 af met zorgaanbieders en verzekeraars waarin onder meer werd afgesproken dat de macrokosten van medisch-specialistische zorg in 2012 met maximaal 2,5% mochten groeien. In het zorgakkoord werd later afgesproken dat de kosten in 2014 met maximaal 1,5% mochten groeien, en voor de jaren daarna nog maar met 1%. Mocht onverhoopt toch sprake zijn van een overschrijding van het macrobudget voor alle ziekenhuizen, dan kan dat leiden tot een generieke korting van *alle* instellingen naar rato van hun landelijke marktaandelen (het macrobeheersinstrument, Mbi).

Deze veranderingen en de daarmee gepaard gaande onzekerheid hebben verzekeraars ertoe gebracht om bij de bekostiging vooral gebruik te maken van omzetcontracten. Een voorbeeld is een vaste aanneemsom waarbij het ziekenhuis een vast bedrag ontvangt, ongeacht de geleverde prestaties (omzetgarantie). Een ander voorbeeld is een contract waarbij prijzen en volumes worden afgesproken onder een plafond (geen omzetgarantie); ziekenhuizen declareren de kosten op basis van afgesproken prijzen, zolang de kosten onder het omzetplafond liggen (kosten die het plafond overstijgen zijn voor rekening van het ziekenhuis). In 2012 en 2013 werden aanneemsommen het meest gebruikt in de contractering; vanaf 2014 wordt meer gewerkt met een omzetplafond waarbij wordt onderhandeld over prijzen en volume.

⁶⁴ Beschrijving bekostigingssysteem gebaseerd op Ruwaard et al. (2014) en NZa (2014b, 2014c).

Bij de onderhandelingen ligt de nadruk op financiële aspecten. Niet-financiële aspecten zoals kwaliteit van zorg, innovatie en preventie komen weliswaar steeds meer aan de orde (e.g. verwijzingen, praktijkvariatie, behandeluur en gezondheidsuitkomsten), maar hebben een lagere prioriteit dan prijzen en volume. Dit is deels een gevolg van de focus op kostenbeheersing in de hoofdlijnenakkoorden, en deels een gevolg van de gebrekkige informatie over kwaliteit. Tenslotte wordt vooral gebruik gemaakt van jaarcontracten (mogelijk onder meer vanwege de vele beleidsveranderingen), hoewel meerjarencontracten wel steeds vaker voorkomen.

Per januari 2015 wordt in de medisch-specialistische zorg gewerkt met integrale tarieven. Hierbij declareren ziekenhuizen alle kosten van ziekenhuisbehandelingen en beslissen vervolgens zelf hoe zij de resulterende inkomsten aanwenden. De honoraria van vrijgevestigde specialisten worden dus niet meer met een apart (maximum)tarief gefactureerd. Met de invoering van integrale tarieven worden vier doelen beoogd (NZa 2014c):

1. Doelmatige productie. De integrale tarieven maken voor ziekenhuizen een doelmatiger inzet van productiefactoren mogelijk. Verpleegkundig specialisten en *physician assistants* kunnen bijvoorbeeld taken overnemen van medisch specialisten zonder dat de bekostiging daarvoor een belemmering vormt. In de toekomst zal ook de productstructuur (DBC-zorgproducten) ‘specialisme-overstijgender’ moeten worden;
2. Selectieve inkoop. Verzekeraars kunnen beter sturen op doelmatige zorg; er is immers maar één partij die declareert en waarmee afspraken worden gemaakt. Deze sturing werd voorheen bemoeilijkt door deelregulering (zoals honorariumplafonds en aparte tariefsystemen) en belangentegenstellingen tussen ziekenhuizen en vrijgevestigd medisch specialisten;
3. Gelijk speelveld. Vóór 2015 was sprake van een ongelijk speelveld doordat verschillende beheersinstrumenten van toepassing waren voor instellingen met medisch specialisten in loondienst en ziekenhuizen met vrijgevestigd specialisten. Met de integrale tarieven zijn honorariumplafonds verdwenen en is hetzelfde beheersinstrument van toepassing;
4. Minder complexiteit. De nieuwe systematiek is minder complex om uit te voeren en te onderhouden, en nota’s zijn beter te controleren.

Het gebruik van integrale tarieven gaat gepaard met nieuwe organisatiestructuren bij het leveren van medisch-specialistische zorg. Er zijn grofweg vier modellen te onderscheiden (zie kader); elk model impliceert een vorm van samenwerking met specialisten en bevat afspraken over verantwoordelijkheden die worden vastgelegd in samenwerkingsovereenkomsten tussen het ziekenhuisbestuur en het collectief van specialisten (het Medisch Specialistisch Bedrijf, MSB). Daarnaast zijn er overeenkomsten tussen het MSB en individuele specialisten, en soms ook tussen het ziekenhuisbestuur en individuele specialisten. Het Mbi wordt doorvertaald naar de afspraken met medisch specialisten. In een model met één maatschap zijn bijvoorbeeld alle maten hoofdelijk aansprakelijk voor een opgelegde korting als gevolg van een landelijke overschrijding van het macrobudget voor medisch-specialistische zorg.

In de (samenwerkings)overeenkomsten tussen ziekenhuizen en (het collectief van) specialisten worden idealiter afspraken opgenomen over niet-financiële aspecten zoals kwaliteit, substitutie en preventie. Aparte tarieven en honorariumplafonds zijn per 2015 komen te vervallen, zodat ziekenhuizen en MSB’s prijs- en productieafspraken moeten maken. Hoewel bij deze afspraken

prikkels kunnen worden ingebracht voor niet-financiële aspecten, waren in december 2014 nog nergens afspraken gemaakt over de bekostigingssystematiek *binnen* ziekenhuizen.

Organisatiestructuren onder integrale tarieven (NZa 2014c)

1. Loondienst. Het ministerie van VWS heeft een subsidieregeling ingesteld waardoor vrijgevestigde medisch specialisten bij de overstap naar loondienst aanspraak kunnen maken op een bedrag van 100.000 euro. Veel ziekenhuizen stellen bij een overstap naar loondienst de voorwaarde dat dit plaatsvindt op het niveau van de hele maatschap. De meeste vrijgevestigden lijken er echter voor te hebben gekozen vrijgevestigd te blijven; specialisten die in 2014 loondienst in waren, zijn dat in 2015 meestal ook;
2. Eén maatschap. Het ziekenhuis sluit een overeenkomst met één maatschap (het MSB). Bestaande maatschappen en individuele overeenkomsten met het ziekenhuis komen te vervallen. Een belangrijke voorwaarde voor de fiscus is dat de onderneming voldoende ‘geladen’ wordt (e.g. door eigen personeel aan te nemen en reële, substantiële investeringen te doen). Ondersteunend en medisch personeel moet direct in dienst van het MSB komen en er moet voldoende eigen vermogen zijn om ondernemersrisico’s af te dekken. Uit een inventarisatie van de Orde van Medisch Specialisten (OMS) van november 2014 zouden 30 van de 67 ondervraagde ziekenhuizen voor dit model kiezen;
3. Een coöperatie. Het ziekenhuis sluit een samenwerkingsovereenkomst met specialisten die zich hebben verenigd in een coöperatie (het MSB). De specialisten brengen hun bedrijf onder in een BV en sluiten een ledenovereenkomst met de coöperatie. De specialisten zelf zijn niet belastingplichtig, de onderneming wel. De coöperatie kent een eigen bestuurlijke organisatie, is zelfstandig, kan risico’s opvangen met voldoende eigen vermogen en zorgt voor de noodzakelijke kennisborging en opleiding. In de inventarisatie van de OMS kozen 32 ziekenhuizen voor de ‘coöperatievariant’;
4. Participatiemodel. In dit model krijgen specialisten financieel belang in het ziekenhuis en worden mede-eigenaar. Dit kan door als specialisten en ziekenhuisstichting gezamenlijk te participeren in een ziekenhuis-VOF of -BV. In het eerste geval participeren medisch specialisten via één maatschap, in het tweede geval via een coöperatie. In een overeenkomst leggen partijen vast hoe de participatie is vormgegeven. Slechts enkele ziekenhuizen zouden per 2015 voor het participatiemodel gekozen hebben.

Analyse

Het bekostigingssysteem voor medisch-specialistische zorg anno 2015 gaat in de basis uit van bekostiging per zorgbundel per patiënt per periode. De essentie is dat er een indicatie wordt gesteld op basis van de diagnose van de aandoening/klacht en dat de betaling afhankelijk is van de indicatie. De zorgbundel (DBC-zorgproduct) is een clustering van zorgactiviteiten rondom een bepaalde diagnose of behandeling, zoals de diagnose/behandeling van staar, beroerte of heupfractuur. De producten zijn, in tegenstelling tot bijvoorbeeld de keten-DBC’s in de eerste lijn, min of meer monodisciplinair van aard. In Tabel 34 wordt de bekostiging beoordeeld op het bestaan van prikkels voor goede uitkomsten op de in hoofdstuk 1 uitgewerkte dimensies. Het betreft hier (alsmede in de volgende subparagrafen) *onze* inschatting van de prikkels op basis van de beschrijving van de bekostigingssystematiek.

Tabel 34. Het bekostigingssysteem voor medisch-specialistische zorg anno 2015 in relatie tot financiële prikkels voor goede uitkomsten van zorg

<i>Dimensies van goede uitkomsten van zorg</i>	<i>Oordeel</i>
1. Goede kwaliteit van zorg	-
2. Kostenbewust gedrag	o
3. Goede coördinatie en doelmatige substitutie	-
4. Kosten-effectieve product- en procesinnovatie	o
5. Effectieve preventie	-

- Kwaliteit. De huidige bekostigingssystematiek heeft als belangrijke tekortkoming dat een relatie met kwaliteitsuitkomsten goeddeels ontbreekt. De prikkels voor goede kwaliteit zijn

beperkt omdat (de kosten van) de behandeling van eventuele complicaties en toekomstige gezondheidsklachten vaak niet onder de zorgproducten valt. Bovendien komen eventuele toekomstige besparingen door gezondheidswinst als gevolg van kwalitatief goede zorg in het ziekenhuis in beginsel niet ten goede aan het ziekenhuis. Hoewel het verder loslaten van de prijsregulering verzekeraars en ziekenhuizen meer ruimte biedt om op DBC-productniveau afspraken te maken over prijs en kwaliteit, hebben de systeemwijzigingen en de daarmee gepaard gaande onzekerheid verzekeraars ertoe gebracht om bij de bekostiging voornamelijk gebruik te maken van omzetcontracten. Niet-financiële aspecten lijken hierbij vooralsnog weinig prioriteit te krijgen (zie kader) als gevolg van de nadruk op kostenbeheersing in de groeiafspraken, de focus op de fiscale gevolgen van de overstap op integrale tarieven, en de gebrekkige informatie over kwaliteit. Tenslotte is het niet uitgesloten dat de zorg in het prijs-gereguleerde segment verschaalt wanneer ziekenhuizen anticiperen op de mogelijke toepassing van het Mbi via afwenteling van het vrije op het gereguleerde segment.⁶⁵

Kosten versus kwaliteit bij inkoop dure geneesmiddelen

Per 2012 is de bekostiging van enkele dure geneesmiddelen voor de behandeling van immuunziekten die uitsluitend door een medisch specialist worden voorgeschreven gewijzigd. De middelen worden niet langer bekostigd als farmaceutische zorg volgens het geneesmiddelenvergoedingssysteem, maar binnen het DOT-systeem voor de medisch-specialistische zorg via een zogenaamde add-on declaratie. Zorgverzekeraar Achmea heeft samen met twintig ziekenhuizen een gezamenlijke inkoopprocedure ingericht. Zij streven ernaar het voorkeursmiddel voor te laten schrijven aan minimaal 80% van nieuwe gebruikers en herstarters. In een aanbesteding konden leveranciers van de geneesmiddelen een inschrijving doen door middel van het aangeven van een korting op de maximumprijs van de NZa.

In een kort geding (C/16/378921 / KG ZA 14-759) eisten Psoriasis Vereniging Nederland (PVN) en farmaceutisch bedrijf Janssen-Cilag dat Achmea de betreffende inkoopprocedure zou staken, onder meer vanwege de sterke nadruk bij de inkoop op de financiële aspecten van de zorg (hoogste korting op de maximumprijs) en het feit dat de patiënt niet meer in alle gevallen het middel toegediend krijgt dat mogelijk het meest geschikt is. Daarnaast zou de medisch specialist beperkt worden bij zijn/haar onafhankelijke praktijkbeoefening, wat ten koste zou gaan van de relatie met de patiënt.

- Kostenbewust gedrag. Een inherent voordeel van de huidige bekostiging is de prikkel tot kostenbeheersing *binnen* de zorgbundels, bijvoorbeeld via goede coördinatie en doelmatige substitutie. Zo bestaat er een prikkel tot substitutie tussen klinische zorg en poliklinische zorg en/of dagbehandeling omdat poliklinische zorg en dagbehandeling in het product zijn inbegrepen. Aan de andere kant bestaat er een risico op indicatieverschuiving (upcoding) naar duurdere zorgproducten, hoewel dit met de komst van de DOT-systematiek lastiger is geworden.⁶⁶ Daarnaast bestaat er geen prikkel tot kostenbeheersing buiten de zorgbundel vanwege de positieve relatie tussen het aantal zorgbundels en de inkomsten, hoewel het macrobudget in combinatie met het Mbi een garantie biedt voor macrokostenbeheersing. Het

⁶⁵ Ziekenhuizen die op een generieke korting anticiperen door hun marges te vergroten, kunnen dit alleen doen door de prijzen in het vrije prijssegment te verhogen. Bij een gelijkblijvend macrobudget zullen hierdoor de uitgaven in het prijs-gereguleerde segment worden verdrongen. Investerings in complexe zorg worden dan steeds minder aantrekkelijk, met als gevolg dat de zorg in het prijs-gereguleerde segment verschaalt (Van Kleef et al. 2014).

⁶⁶ In de DOT-systematiek bepaalt niet langer het behandelend specialisme de declaratiecode, maar de inhoud van de behandeling. Bovendien moeten specialisten niet langer zelf een DBC-code invoeren, maar worden de producten via een *grouper* afgeleid van de geregistreerde diagnose en verrichtingen. Hierdoor is het lastiger geworden om het systeem te manipuleren via bijvoorbeeld upcoding en/of het opknippen van producten.

Mbi staat echter op gespannen voet met doelmatigheid; ziekenhuizen die onnodige zorg weten te voorkomen en lage prijzen vragen krijgen immers bij een overschrijding van het macrobudget dezelfde korting als ziekenhuizen waarvoor het omgekeerde geldt.⁶⁷ Dit geeft ziekenhuizen een prikkel om, anticiperend op een potentiële korting, onnodig(e) (dure) zorg te leveren en hoge prijzen te vragen om zo hun marges te vergroten.

- Coördinatie/substitutie. Een belangrijk nadeel van het bekostigingssysteem voor medisch-specialistische zorg is dat de prikkels voor *multidisciplinaire* coördinatie en substitutie van zorg naar de eerste lijn beperkt zijn vanwege de gescheiden bekostigingssystemen en aparte budgettaire kaders. Zoals gezegd bestaan wel prikkels voor substitutie en taakherschikking binnen de zorgproducten. De integrale tarieven (voor ziekenhuis en MSB) bieden hiervoor ook meer mogelijkheden; verpleegkundig specialisten en *physician assistants* kunnen nu bijvoorbeeld gemakkelijker taken overnemen van medisch specialisten.
- Innovatie. Vanwege het prospectieve karakter van de bekostiging bestaat er in beginsel een (gematigde) prikkel tot kosteneffectieve proces- en productinnovatie voor de zorg die onder de zorgbundel valt, zeker nu er over het overgrote deel van de omzet vrij onderhandeld kan worden. Echter, door verschillende redenen (zie boven) krijgen niet-financiële aspecten van zorg (waaronder innovatie) vooralsnog weinig prioriteit bij de onderhandelingen. Een gevolg kan zijn dat de prikkel tot innovatie (indien aanwezig) voornamelijk betrekking heeft op *kostenbesparende* innovatie en veel minder op *kosteneffectieve* innovatie.
- Preventie. Aangezien er sprake is van bekostiging per *patiënt* bestaat er geen prikkel voor primaire preventie. Er bestaat immers een positieve relatie tussen het aantal behandelde patiënten en de inkomsten (tot op zekere hoogte). Ook de prikkel tot secundaire preventie is gering omdat de kosten van de behandeling van aanhoudende en/of verergerende klachten veelal niet onder de betaling vallen. Tenslotte geldt wederom dat de nadruk op financiële aspecten vooralsnog weinig ruimte over laat voor het maken van afspraken over preventie.
- Overige voor- en nadelen. De cumulatie van systeemwijzigingen die sinds 2012 zijn doorgevoerd heeft geleid tot complexiteit en onzekerheid. Dit heeft onder meer het afsluiten van meerjarencontracten ontmoedigd en het gebruik van omzetcontracten gestimuleerd. Vanaf 2015 zijn ziekenhuizen en medisch specialisten in principe in rustiger vaarwater terecht gekomen; zo is de transitieperiode ten einde gekomen en het beheersmodel voor de honoraria van vrijgevestigde medisch specialisten afgeschaft. Een onzeker punt is echter de bekostiging van medisch specialisten *binnen* ziekenhuizen. Ziekenhuizen en MSB's dienen afspraken te maken over prijs en productie, waarbij idealiter ook niet-financiële aspecten (zoals kwaliteit) worden meegenomen. Het is onduidelijk hoe dat zich de komende jaren zal ontwikkelen en of, en zo ja welke, knelpunten daarbij naar voren zullen komen. Daarnaast moet nog blijken in hoeverre de DOT-systematiek daadwerkelijk een verbetering is. De clustering in minder zorgproducten beperkt de mogelijkheden voor upcoding, maar kan ook leiden tot sterkere prikkels tot risicoselectie omdat per cluster de heterogeniteit van de geleverde activiteiten en daarmee de variatie in kosten per patiënt kan zijn toegenomen.

⁶⁷ Een voor doelmatigheid gedifferentieerde toepassing van het Mbi (i.e. gericht op de veroorzakers van de overschrijding) lijkt in de praktijk lastig omdat dit vereist dat de overheid gedetailleerd inzicht zou moeten hebben in de doelmatigheid van ziekenhuizen en andere zorgaanbieders (Van Kleef et al. 2014).

Tabel 35 geeft een samenvattend overzicht van de sterke en zwakke punten van het huidige bekostigingssysteem voor medisch-specialistische zorg.

Tabel 35. Sterke en zwakke/knelpunten van het bekostigingssysteem voor medisch-specialistische zorg

<i>Sterke punten</i>	<i>Zwakke/knelpunten</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Prikkel tot kostenbeheersing (e.g. via substitutie en taakherschikking) binnen de zorgbundels • Macrokostenbeheersing gegarandeerd (Mbi) • Groot deel ziekenhuisomzet vrij onderhandelbaar • DOT beperkt mogelijkheden voor upcoding en opknippen van zorgproducten • Integrale tarieven (ziekenhuis + MSB) bieden meer ruimte voor substitutie en taakherschikking binnen zorgproducten en leiden voor o.a. verzekeraars tot één aanspreekpunt voor kwaliteit/volume/kosten • Systeem met integrale tarieven in principe minder complex om uit te voeren, te onderhouden en te controleren (e.g. deelregulering afgeschaft) 	<ul style="list-style-type: none"> • Relatie met kwaliteitsuitkomsten ontbreekt • Geen prikkels voor multidisciplinaire samenwerking en coördinatie, substitutie en effectieve preventie • Door overstap naar integrale tarieven en nadruk op kostenbeheersing weinig aandacht voor niet-financiële aspecten van de zorg (e.g. kwaliteit, innovatie) • Generiek Mbi staat op gespannen voet met effectieve concurrentie en doelmatigheid • Complexiteit/onzekerheid a.g.v. systeemwijzigingen hebben meerjarencontracten ontmoedigd • Overgang naar DOT heeft mogelijk geleid tot sterkere prikkels tot risicoselectie • Onzekerheid over bekostiging MSB's in ziekenhuizen

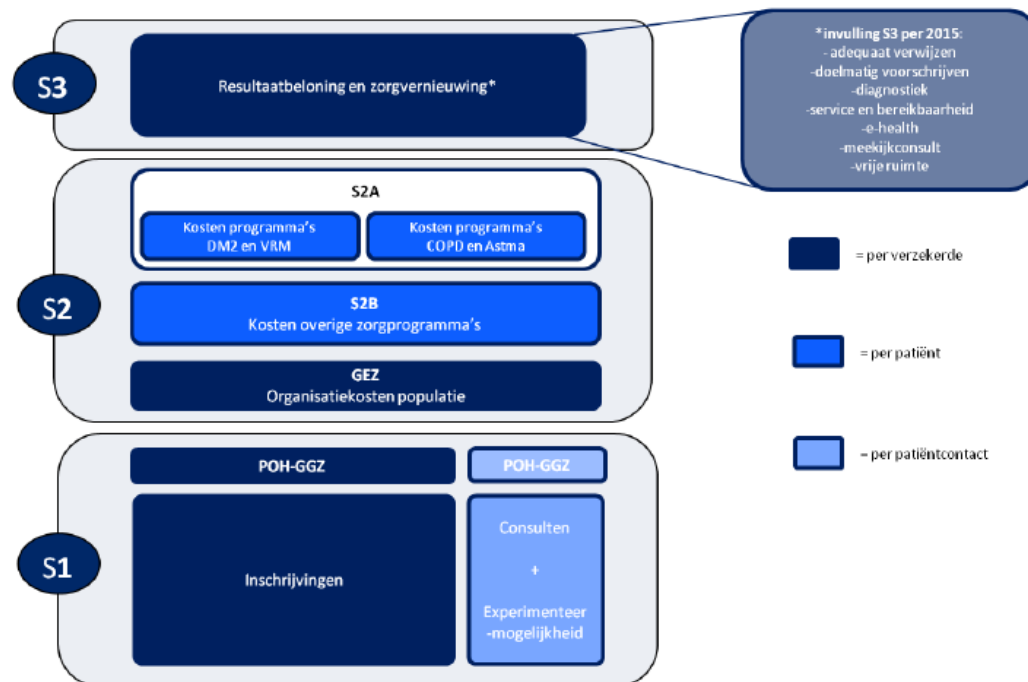
*Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg: het driesegmentenmodel*⁶⁸

In het regeerakkoord van 2012 is afgesproken dat er een nieuw bekostigingsmodel wordt geïntroduceerd voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Dit model zou meer dan het oude model moeten bekostigen op basis van de zorgbehoefte van populaties en moeten aanzetten tot doelmatige substitutie, het faciliteren van zorg dichtbij, multidisciplinaire samenwerking en het leveren van zorg van hoge kwaliteit. Intensief overleg tussen het ministerie van VWS, de NZa en belangenverenigingen van huisartsen (LHV, InEen) en verzekeraars (ZN) heeft geleid tot een nieuwe bekostigingssystematiek: het 'driesegmentenmodel' (zie Figuur 6). Huisartsen hechten vooral aan stabiliteit van de basisvoorziening huisartsenzorg (segment 1). Tegelijkertijd worden de zorgvragen die op de eerste lijn afkomen steeds complexer (e.g. multimorbiditeit), wat vraagt om versterking van de multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn (segment 2). Tenslotte krijgen partijen de ruimte om afspraken te maken over uitkomstbeloning en zorgvernieuwing (segment 3). De drie segmenten worden hieronder nader toegelicht:

1. Segment 1 (S1) beslaat de basishuisartsenvoorziening en bestaat uit de 'oude' combinatie van een gedifferentieerd inschrijftarief per ingeschreven verzekerde en consulttarieven. Ook voor de praktijkondersteuner GGZ geldt dat de oude module en consulten gepositioneerd worden in S1. Daarnaast gelden aparte prestaties voor vijf groepen van verrichtingen (zoals bepaalde chirurgische ingrepen). Voor S1 stelt de NZa maximumtarieven vast en is de mogelijkheid gecreëerd om te experimenteren met een systeem zonder consulten. Ten minste één verzekeraar maakt in 2015 gebruik van deze mogelijkheid (LHV 2014a). De omvang van S1 is in 2015 ongeveer 75-80%.

⁶⁸ Beschrijving bekostigingssysteem gebaseerd op Tweede Kamer (2014b) en NZa (2014d).

Figuur 6. Driesegmentenmodel voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.



Bron: Tweede Kamer (2014b).

2. Segment 2 (S2) richt zich op multidisciplinaire zorg waarbij naast de huisarts ook andere disciplines betrokken zijn om een integrale behandeling te leveren van aandoeningen en zorgvragen die voorkomen bij een substantieel deel van de populatie. S2 bestaat uit drie onderdelen: S2A, S2B en de module voor samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorg (GEZ). S2A beschrijft de bestaande keten-DBC's voor multidisciplinaire samenwerking bij chronische zorg voor diabetes type 2, COPD, vasculair risicomangement (VRM) en astma. Vanwege de overlap worden twee prestaties vastgesteld; één voor diabetes en VRM en één voor COPD en astma. S2B biedt ruimte om programmatische zorg vorm te geven voor elementen die nog geen onderdeel uitmaken van de reguliere bekostiging binnen S2. Het gaat hierbij om nieuwe ketens (zoals voor depressie of zorg voor kwetsbare ouderen) of nieuwe elementen van zorg binnen de bestaande ketens (zoals diagnostiek en genees- en hulpmiddelen). Voorwaarde hierbij is dat er landelijk overeenstemming is over de aanpak en de onderliggende zorgstandaarden. Tenslotte worden via de GEZ-module de personele inzet, organisatie en infrastructuur bekostigd die nodig is voor multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn. Met name gezondheidscentra maken gebruik van de GEZ-module. Voor zowel S2A als S2B geldt in principe een vrij tarief per geïnccludeerde patiënt per kwartaal. Het is echter toegestaan meerjarencontracten af te sluiten met daarin voor elk jaar een jaartarief en eventueel aanvullende afspraken. Voor de GEZ-module geldt een vrij tarief per verzekerde. De omvang van S2 is voor 2015 circa 15%.
3. Segment 3 (S3) biedt ruimte voor resultaatbeloning en zorgvernieuwing op lokaal niveau met betrekking tot de basishuisartsenzorg (S1), multidisciplinaire zorg (S2) en/of zorg die niet onder S1 of S2 valt. Om richting te geven zijn afzonderlijke prestaties en indicatoren ontwikkeld voor een aantal specifieke domeinen. Voor *resultaatbeloning* zijn prestaties

gedefinieerd voor adequaat verwijzen en diagnostiek, doelmatig voorschrijven, service en bereikbaarheid, ketenzorg en ‘overig’. Ruimte voor *zorgvernieuwing* wordt geboden via prestaties voor e-health, meekijkconsult (i.e. invoeren van expertise van gespecialiseerde aanbieders zonder tot verwijzing over te hoeven gaan) en overige zorgvernieuwing. De prestaties in dit segment kennen een vrij tarief. Voor de deelprestaties binnen het domein prestatiebeloning geldt dat de afgesproken tarieven betrekking hebben op een bedrag per verzekerde of geïnccludeerde patiënt. Voor ‘resultaatbeloning overig’ en prestaties binnen het domein ‘zorgvernieuwing’ geldt deze beperking niet. De omvang van S3 is op dit moment 5-10%. Zoals blijkt uit onderstaand kader ontstond vóórdat het nieuwe bekostigingsmodel was ingevoerd al discussie over de vormgeving van de resultaatbeloning binnen S3.

Discussie over resultaatbeloning voor doelmatig voorschrijven (LHV 2014b)

Zorgverzekeraars passen hun systeem van resultaatbeloning voor het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen aan. Hiermee komen zij tegemoet aan de zorgen van individuele huisartsen en de LHV over dit systeem. De verzekeraars stelden een systeem voor met relatieve resultaatmeting op basis van kwartielen, waarbij de prestaties van individuele praktijken zouden worden vergeleken met die van andere praktijken. Het minst presterende kwart zou niets ontvangen en het beschikbare budget worden verdeeld over de best presterende driekwart. Volgens de LHV zouden huisartsen die hun prestaties verbeteren maar niet het 25^{ste} percentiel bereiken in een dergelijk systeem niet worden beloond. Uiteindelijk zou het systeem daarmee juist een negatief effect op de kwaliteit hebben. De LHV kwam daarom met een alternatief systeem waarin gewerkt wordt met landelijke absolute normen (‘afkappunten’) waar huisartsen aan moeten voldoen om te worden beloond. Prescriptie-indicatoren van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik vormen de basis voor de berekening van de afkappunten, en de beoordeling van de indicatoren vindt plaats op basis van Vektis-data over 1 januari tot en met 31 december 2015.

Tenslotte is een aantal prestaties gedefinieerd die nog niet goed in één van de drie segmenten zijn in te passen. Het gaat dan bijvoorbeeld om zorg tijdens de avond-, nacht- en weekenduren, keuringen en onderzoek, en verrichtingen binnen de M&I-module die niet zijn ondergebracht in S1. Alle prestaties kennen een maximumtarief, behalve de M&I-verrichtingen (vrij tarief).

De uitgaven aan zorgactiviteiten in de drie segmenten komen ten laste van de afzonderlijke de elkaders huisartsenzorg (S1 en deels S3) en multidisciplinaire zorg (S2 en deels S3). Partijen zijn een jaarlijks groeipercentage overeengekomen van 2,5% op de de elkaders, waarbij ruimte wordt geboden om hier bovenop aanvullende afspraken te maken over substitutie van zorg van met name de tweede naar de eerste lijn. Voorts wordt de mogelijkheid opengehouden om voor de huisartsenzorg en de multidisciplinaire zorg *afzonderlijk* een generiek Mbi in te zetten in geval van overschrijdingen. Hiermee wordt tegemoet gekomen aan de wens van huisartsen dat eventuele overschrijding van het kader van S2 niet kan leiden tot korting op S1 (en andersom).

Het driesegmentenmodel is een model in ontwikkeling. De verwachting is dat de onderlinge verhoudingen tussen de segmenten zullen veranderen, bijvoorbeeld wanneer er steeds meer zorg wordt aangeboden via een multidisciplinaire aanpak en wanneer prestatiebeloning zich verder ontwikkelt. Met betrekking tot S2 wordt onderzoek gedaan naar potentieel relevante en haalbare populatiekenmerken voor het voorspellen van zorgzwaarte. Daarnaast kunnen partijen gaan experimenteren met een bekostigingssysteem zonder consulten. Deze experimenten worden de komende jaren gevolgd en in 2017 geëvalueerd. Mede op basis van deze evaluatie zal besloten worden of het mogelijk en verstandig is om over te stappen op een volledig inschrijftarief voor

de basishuisartsenzorg, en worden nagegaan of de huidige differentiatie van de inschrijftarieven op basis van leeftijd en achterstandswijk dan nog voldoet of dat verdere differentiatie nodig is.

Overigens verloopt de invoering van de nieuwe bekostigingssystematiek niet zonder slag of stoot. Zo ontstond eind 2014 een conflict tussen Achmea en een actiegroep van 123 huisartsen uit de regio Haarlem over de conceptcontracten voor 2015 (Van Steenberg 2014). Volgens de huisartsen zou het contract niet voorzien in voldoende middelen om substitueerbare zorg vanuit de tweede lijn te kunnen opvangen. Daarnaast hadden bijna 500 huisartsen begin januari nog geen contract afgesloten met VGZ vanwege gebrek aan overeenstemming over vergoedingen voor bepaalde behandelingen zoals een ECG en het verwijderen van een abces (NOS 2015). Een gevolg was dat patiënten voor de behandelingen naar het ziekenhuis moesten. Tenslotte zijn veel huisartsen ontevreden over het contact dat ze met verzekeraars hebben over het contract voor 2015. Uit een peiling van de LHV bleek dat het voor de meeste huisartsen geen optie was om het voorgelegde contract niet te tekenen, zelfs als men het er inhoudelijk mee oneens was.

Analyse

Het driesegmentenmodel is een complexe combinatie van drie basisbekostigingssystemen: bekostiging per consult/verrichting (S1), bekostiging per multidisciplinaire zorgbundel per patiënt (S2) en bekostiging per verzekerde (S1). Daar bovenop kunnen (belonings)afspraken worden gemaakt over kwaliteit, doelmatigheid, samenwerking en innovatie. Onze inschatting van de mate waarin het model voorziet in prikkels voor goede uitkomsten van zorg langs de vijf onderscheiden dimensies is weergegeven in Tabel 36.

Tabel 36. Het bekostigingssysteem voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2015 in relatie tot financiële prikkels voor goede uitkomsten van zorg

<i>Dimensies van goede uitkomsten van zorg</i>	<i>Oordeel</i>
1. Goede kwaliteit van zorg	o
2. Kostenbewust gedrag	o/+
3. Goede coördinatie en doelmatige substitutie	o/+
4. Kosten-effectieve product- en procesinnovatie	+
5. Effectieve preventie	o

- **Kwaliteit.** In hoofdstuk 1 is gesteld dat bekostiging per verzekerde in beginsel een prikkel bevat tot het beknibbelen op kwaliteit, bijvoorbeeld door uit financiële overwegingen niet de beste (duurste) behandeling te geven. De zorgaanbieder kan te ver gaan in het beperken van het zorggebruik en daarmee de patiënt noodzakelijke zorg onthouden. In het driesegmentenmodel is echter beperkt sprake van een dergelijke prikkel. Ten eerste wordt het inschrijftarief in S1 gecombineerd met (maximum)tarieven voor consulten en specifieke verrichtingen, wat de prikkel tot onderbehandeling mitigeert vanwege de productieprikkel die daarvan uitgaat.⁶⁹ Ten tweede biedt het model via S3 de ruimte om afspraken te maken over (de beloning van goede) kwaliteit, al dan niet ten aanzien van de zorg in S1 en/of S2. Hiervoor zijn door de NZa afzonderlijke prestaties gedefinieerd, waaronder een categorie ‘overig’. Vooralsnog is

⁶⁹ Hierbij zij opgemerkt dat een verrichtingensysteem op zichzelf geen stimulans bevat voor goede ‘technische’ kwaliteit; extra activiteiten die nodig zijn vanwege aanhoudende klachten/complicaties worden immers bekostigd.

het echter onduidelijk welke plaats kwaliteit gaat krijgen in S3; het is mogelijk dat partijen S3 in eerste instantie aanwenden voor andere aspecten (zoals doelmatig voorschrijven en e-health), ook vanwege het feit dat kwaliteitstransparantie nog beperkt van de grond komt (zie hoofdstuk 1). En ook al zouden kwaliteitsmaatstaven een prominente rol krijgen, dan is het nog maar de vraag of partijen erin slagen de prestatiebeloning adequaat vorm te geven.

- Kostenbewust gedrag. Met betrekking tot S1 kan de prikkel tot kostenbewust gedrag als neutraal wordt gekwalificeerd; er is immers sprake van een combinatie van bekostigingsmethoden met wat kosten betreft tegengestelde prikkels. Ten aanzien van S2 is sprake van een prikkel tot kostenbeheersing binnen de zorgbundels per patiënt, bijvoorbeeld via goede coördinatie en doelmatige substitutie. Vanwege het multidisciplinaire karakter is deze prikkel sterker aanwezig dan bij de (monodisciplinaire) DBC-zorgproducten in de medisch-specialistische zorg. Echter, de combinatie met generieke consulttarieven in S1 brengt een risico op dubbele bekostiging met zich mee (zie ook EIB 2012). Daarnaast bestaat er een prikkel tot indicatieverruiming (i.e. ten onrechte een keten-DBC openen). Immers, meer patiënten in S2 betekent meer inkomsten. Aan de andere kant is het op basis van S3 mogelijk afspraken te maken over kostenbesparende activiteiten, zoals doelmatig(e) voorschrijven, verwijzen en diagnostiek. Bovendien biedt de prestatie ‘meekijkconsult’ de mogelijkheid om specialistische expertise in te roepen zonder te hoeven verwijzen naar de duurdere tweede lijn. Het is echter de vraag in hoeverre hier daadwerkelijk afspraken over worden gemaakt. Tenslotte is sprake van macrokostenbeheersing vanwege de maximale groei ruimte met een generiek Mbi. Net als bij de medisch-specialistische zorg staat een generiek Mbi echter op gespannen voet met doelmatigheid vanwege mogelijk anticiperend gedrag van aanbieders.
- Coördinatie/substitutie. Goede coördinatie/samenwerking en doelmatige substitutie wordt met name gestimuleerd in S2, het segment gericht op programmatische multidisciplinaire zorg waarbij naast de huisarts ook andere disciplines in de eerstelijnszorg betrokken zijn. Uit de evaluatie van de keten-DBC's (per 2015 onderdeel van S2) is inderdaad gebleken dat het systeem heeft geleid tot betere coördinatie van zorg voor de betreffende patiënten, alsmede tot substitutie van tweede- door eerstelijnszorg (EIB 2012). Er kwam echter ook een aantal knelpunten aan het licht. Zo is de administratieve last toegenomen en is aandoeningsgerichte bekostiging niet geschikt voor de groeiende groep patiënten met meerdere aandoeningen. Mede daarom zijn in S2A de prestaties voor diabetes en VRM en die voor COPD en astma samengevoegd, een eerste stap van aandoeningsgerichte naar persoonsgerichte bekostiging. Verder biedt S2B ruimte om multidisciplinaire zorg vorm te geven voor nieuwe ketens en/of nieuwe elementen binnen bestaande ketens (e.g. geneesmiddelen), onder de voorwaarde dat er landelijk overeenstemming bestaat over de aanpak en onderliggende zorgstandaarden. Ook kunnen via de GEZ-module meer algemene activiteiten die bijdragen aan structurele samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorg worden bekostigd. Tenslotte biedt S3 ruimte om aanvullende afspraken te maken over nieuwe vormen van samenwerking en substitutie, bijvoorbeeld van professionele zorg naar zelfzorg (e.g. via e-health). Hoewel coördinatie en samenwerking met aanbieders van *tweedelijnszorg* nog beperkt gestimuleerd wordt, lijkt dat binnen de *eerstelijnszorg* dus steeds lonender te worden.⁷⁰ Niettemin is het

⁷⁰ De genoemde conflicten tussen huisartsen en verzekeraars rondom de overgang naar de nieuwe bekostiging hadden onder meer betrekking op de afspraken over substitutie van tweedelijns- door eerstelijnszorg.

afwachten of, en zo ja op welke manier, de nieuwe bekostiging hieraan daadwerkelijk een bijdrage gaat leveren.

- **Innovatie.** Het driesegmentenmodel biedt partijen veel flexibiliteit (e.g. ‘open’ prestatiebeschrijvingen en experimenteren met meerjarencontracten en een consultloos systeem) en daarmee veel ruimte om te innoveren. Prikkel tot kosteneffectieve innovatie kunnen vooral worden ingebracht via S2 en S3. Binnen S2 is immers sprake van *prospectieve* bekostiging per *multidisciplinaire* zorgbundel per patiënt, wat het zo doelmatig mogelijk inrichten van innovatieve zorg(paden) lonend maakt. Daarnaast is het mogelijk om nieuwe vormen van programmatische zorg te ontwikkelen voor elementen die nog geen onderdeel uitmaken van de reguliere bekostiging, waaronder nieuwe producten (ketens) en uitbreiding van bestaande producten. S3 biedt tenslotte ruimte voor afspraken over zorgvernieuwing, zoals e-health.
- **Preventie.** Ondanks dat het bekostigingssysteem voor een deel uitgaat van bekostiging per verzekerde (in S1) is de bekostiging toch met name gericht op de behandeling van ziekte en weinig op het voorkómen daarvan. Primaire preventie (het gezond houden van de populatie) wordt dus beperkt gestimuleerd vanwege de positieve relatie tussen de inkomsten en het aantal geleverde zorgactiviteiten/behandelde patiënten. Het vervallen van het consultarief zou de prikkel tot primaire preventie echter weer doen toenemen.⁷¹ De prikkel tot secundaire preventie met betrekking tot de zorg in S2 hangt af van wat precies wordt afgesproken; die prikkel is vrij sterk als voor een bepaalde keten een meerjarencontract wordt afgesloten met aanvullende afspraken over voor wiens rekening de kosten van eventuele complicaties komen (en de mate waarin). Tenslotte biedt S3 ruimte voor afspraken over preventie.

Tabel 37. Sterke en zwakke/knelpunten van de bekostiging voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg

Sterke punten	Zwakke/knelpunten
<ul style="list-style-type: none"> • Prikkel tot multidisciplinaire samenwerking en doelmatige substitutie in met name de eerste lijn • Macrokostenbeheersing gegarandeerd (Mbi) • Ruimte voor expliciete (belonings)afspraken over kwaliteit, doelmatigheid, innovatie en preventie • Flexibiliteit (e.g. ‘open’ prestatiebeschrijvingen, meerjarencontracten, systeem zonder consulten) • Vrij onderhandelen over prestaties in S2 en S3 • Samenvoegen prestaties diabetes/VRM en COPD/astma (stap naar persoonsgerichte bekostiging) • Juridische vereenvoudiging a.g.v. het samenvoegen van beleidsregels • Goede aansluiting op bekostiging wijkverpleging (mogelijkheid tot integrale inkoop en levering) 	<ul style="list-style-type: none"> • Complexiteit a.g.v. combinatie bekostigingsmethoden • Generiek Mbi op gespannen voet met doelmatigheid • Onduidelijkheid over uitwerking afspraken in S3 • Wantrouwen tussen huisartsen en verzekeraars over o.a. substitutie en vormgeving prestatiebeloning • Huidige differentiatie inschrijftarieven mogelijk inadequaet in een systeem zonder consulten • Generiek consultarief leidt mogelijk tot dubbele bekostiging en ontmoedigt (primaire) preventie • Knelpunten bij multidisciplinaire zorg (e.g. ontbreken zorgzwaartecorrectie, onderontwikkelde rol van de patiënt, multimorbiditeit, machtspositie zorggroepen) • Ontbreken (consensus over) adequate zorgstandaarden en prestatie-indicatoren in het kader van S2 en S3

- **Overige voor- en nadelen.** Een potentieel nadeel van de nieuwe bekostigingssystematiek voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg is de complexiteit. Er is sprake van drie verschillende basisbekostigingsmethoden met aanvullende ruimte voor beloningsafspraken met betrekking tot prestaties die als bedrag per patiënt of als bedrag per verzekerde gedeclareerd mogen worden (onder de voorwaarde van een contract met de verzekeraar). Vanwege de complexiteit is het de vraag of de prikkels zoals hierboven besproken ook als

⁷¹ Indien het consultarief zou komen te vervallen is het vervolgens wel de vraag in hoeverre de huidige differentiatie van het inschrijftarief op basis van leeftijd en achterstandswijk nog voldoende is om risicoselectie te voorkomen.

zodanig door aanbieders worden ervaren. Aan de andere kant heeft het samenvoegen van beleidsregels (e.g. die voor huisartsenzorg en ketenzorg) geleid tot meer transparantie / (juridische) vereenvoudiging. Een voordeel is verder de goede aansluiting op het beoogde bekostigingssysteem voor wijkverpleging inclusief de optie om de betreffende zorg integraal in te kopen c.q. als samenhangend pakket te organiseren en te leveren.

*Wijkverpleging in de Zvw*⁷²

Per 2015 zijn de extramurale verpleging en verzorging in de thuissituatie onder de Zvw gebracht (aanspraak: wijkverpleging).⁷³ Het gaat om verpleegkundige handelingen zoals wondverzorging en injecties, en verzorgende handelingen zoals wassen, aankleden en hulp bij het innemen van medicatie. De wijkverpleegkundige vormt daarnaast de schakel tussen de cliënt, zijn of haar sociale omgeving en de verschillende zorgprofessionals. Binnen de aanspraak kunnen naast de wijkverpleegkundige ook verzorgenden en gespecialiseerde verpleegkundigen werkzaam zijn. Een onderdeel van de aanspraak is dat de wijkverpleegkundige kan reageren op signalen van of over individuele verzekerden om zo nodig tijdig in te grijpen en zorg te initiëren en coördineren. In de AWBZ bestond voor dergelijke coördinerende, regisserende en signalerende taken geen betaaltitel. Tenslotte valt ook geïndiceerde en zorggerelateerde preventie onder de Zvw.⁷⁴

In het onderhandelaarsresultaat ‘transitie verpleging en verzorging’ zijn afspraken gemaakt over de uitgangspunten en contouren van de bekostiging van wijkverpleging in de Zvw, en het overgangsjaar 2015. Na intensief overleg met stakeholders zijn vervolgens keuzes gemaakt, waarbij de volgende uitgangspunten en randvoorwaarden zijn gehanteerd:

- De bekostiging vindt (gedeeltelijk) plaats op basis van populatiekenmerken die bepalend zijn voor de zorgvraag;
- Er dient ruimte te zijn voor aanvullende beloningsafspraken op basis van uitkomsten met betrekking tot kwaliteit en doelmatigheid van zorg;
- De bekostiging dient een verschuiving te stimuleren van professionele zorg naar zelf- en mantelzorg, en van specialistische zorg naar minder complexe zorg;
- De volumeprikkels in de oude bekostiging van wijkverpleging, waarbij iedere handeling was gekoppeld aan een (uur)tarief, moet worden weggenomen;
- De taken van de wijkverpleegkundige in het kader van samenwerking in de wijk met andere zorgprofessionals moeten een structurele plek krijgen. Tevens dient er ruimte te bestaan om bij het bepalen van de zorgvraag van de cliënt ook de mogelijke zelfredzaamheid en de sociale omgeving te betrekken;
- Er is een goede aansluiting op de bekostiging van zorg in andere domeinen (zoals gemeenten en de huisartsenzorg) zodat afwenteling van kosten wordt voorkomen, samenwerking tussen de verschillende aanbieders wordt gestimuleerd, en zorgverzekeraars en zorgaanbieders de mogelijkheid hebben om deze zorg integraal in te kopen respectievelijk als samenhangend pakket te organiseren en te leveren.

⁷² Beschrijving bekostigingssysteem gebaseerd op NZa (2013) en Tweede Kamer (2014c).

⁷³ Overige extramurale dienstverlening (begeleiding) is overgeheveld naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) en de zorg voor intramuraal geïndiceerde cliënten is gehandhaafd in de Wet Langdurige Zorg (Wlz).

⁷⁴ Zorggerelateerde preventie richt zich op individuen met gezondheidsproblemen met als doel het individu te ondersteunen bij zelfredzaamheid, de ziektelast te reduceren en ernstige aandoeningen te voorkomen.

Net als bij de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg bestaat het nieuwe bekostigingsmodel voor wijkverpleging per 2016 mogelijk uit drie segmenten⁷⁵:

1. Segment 1 (S1) richt zich op de beschikbaarheidsfunctie van de wijkverpleegkundige in de wijk. De niet op voorhand individueel toe te rekenen kosten van onder andere het signaleren van een mogelijke zorgvraag bij kwetsbare burgers, preventieve activiteiten, het proactief handelen na het signaleren van kwetsbaarheid en deelname aan sociale wijkteams wordt in dit segment op basis van populatiebekostiging vormgegeven. Deze zorg is dus voor de hele populatie van verzekerden beschikbaar en wordt bekostigd op basis van een vrij tarief per verzekerde om ruimte te bieden voor maatwerk op lokaal niveau. De verwachting is dat verzekeraars deze prestatie ('wijkgericht werken') bij een beperkt aantal aanbieders zullen contracteren, met als voorwaarde dat deze aanbieders ook zorg leveren binnen segment 2. Slechts een klein deel van de cliënten komt via een wijkteam binnen; het overgrote deel komt via de huisarts, het ziekenhuis of direct in zorg en daarmee terecht in segment 2. De omvang van S1 is in 2015 circa 40 miljoen euro (ruim 1% van de totale kosten).
2. In segment 2 (S2) wordt de daadwerkelijke verpleging en verzorging bekostigd. S2 bestaat uit een beperkt aantal zorgcategorieën (bundels) met een gemiddeld tarief voor subpopulaties patiënten op basis van de voor de betreffende populatie benodigde zorgintensiteit en kosten. Gedacht kan worden aan tarieven voor intensieve kindzorg, casemanagement voor dementie en complexe wondzorg. De aanbieder ontvangt een vast bedrag voor levering van het gehele pakket aan verpleegkundige en verzorgende zorg dat de geïncludeerde patiënt in een periode gebruikt. De indicatie alsmede aanwijzingen over wie de geïndiceerde zorg het beste kan uitvoeren wordt bepaald door de wijkverpleegkundige zelf en niet meer door het CIZ. De bedoeling is dat hierbij breder wordt gekeken dan de oorspronkelijke zorgvraag van de cliënt (e.g. ook naar zelfredzaamheid en de sociale omgeving). Deze taken maken deel uit van de zorgverlening en behoren daarmee tot de individueel toewijsbare zorg (S2). Het is de bedoeling dat aanbieders en verzekeraars een passend zorgaanbod organiseren, waarbij de verzekeraar de producten inkoopt op basis van de verwachte zorgbehoefte van de populatie en vergoeding plaatsvindt op basis van gemiddelde (maximum)tarieven. De omvang van S2 is in 2015 circa 3,2 miljard euro.
3. Segment 3 (S3) richt zich op afspraken over resultaatbeloning met betrekking tot S1 en S2. De resultaatsmaten kunnen onder andere betrekking hebben deelname aan benchmarking, gezondheidsuitkomsten op populatieniveau, adequaat verwijzen, doelmatige substitutie, zorgvernieuwing en patiënttevredenheid. Voorts kan afstemming tussen verpleegkundige, huisarts en het sociale domein worden gestimuleerd en beloond. In overleg met partijen wordt een beperkt aantal nieuwe prestaties met vrije tarieven ontwikkeld, maar het staat partijen vrij om ook over andere thema's afspraken te maken.

De minister heeft de NZa gevraagd het bekostigingsmodel verder te ontwikkelen en te adviseren over de precieze omvang en inhoud van de segmenten vanaf 2016. De wisselwerking tussen de

⁷⁵ Eind februari 2015 heeft de NZa een nieuw advies uitgebracht waarin het beoogde bekostigingsmodel nader wordt uitgewerkt (NZa 2015). Het was niet meer mogelijk om dit uitgewerkte model in voorliggend rapport te verwerken; de 'beoordeling' die wij hier geven is dan ook van toepassing op het 'oude' model zoals beschreven in NZa (2013) en Tweede Kamer (2014c).

segmenten en mogelijke ongewenste prikkels vormen daarbij een belangrijk aandachtspunt. Het overgrote deel van de bekostiging zal in ieder geval plaatsvinden via S2.⁷⁶

Om een zorgvuldige overgang te realiseren wordt in 2015 gewerkt met een overgangsmodel.⁷⁷ In het onderhandelaarsresultaat is afgesproken dat de zorginkoop in 2015 plaatsvindt op basis van representatie, waarbij zorgverzekeraars per (zorgkantoor)regio inkopen en ervaring kunnen opdoen met het inkopen en bekostigen van wijkverpleging binnen de Zvw. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken afspraken over individuele budgetten per aanbieder, waarbij de financiële omvang van 2014 minus een afgesproken taakstelling als uitgangspunt geldt. De basis voor het overgangsmodel zijn de oude prestaties en (maximum)tarieven in de AWBZ die dienen voor het ‘vullen’ van de budgetten. Hierbij zijn prestaties met (ongeveer) gelijke tarieven waar mogelijk gebundeld. De vereenvoudiging die hiermee gepaard gaat zorgt voor minder administratieve last en vormt een opstap naar de nieuwe bekostiging met integrale zorgproducten. Daarnaast worden relevante huidige Zvw-prestaties (zoals Medisch Specialistische Verpleging in de Thuisituatie, MSVT) gehandhaafd. Het is aan verzekeraars en aanbieders om hierover afspraken te maken, bijvoorbeeld aan de hand van zorgplannen die worden uitgewerkt in arrangementen waarbij gemiddelde tarieven worden afgesproken. Tenslotte is het voor de niet toewijsbare zorg (i.e. zorg die per 2016 onder S1 valt) mogelijk om een aanvullende prestatie overeen te komen.

Zorgverzekeraars zijn vanaf 2017 volledig risicodragend voor de kosten van wijkverpleging. Tot die tijd zijn prikkels voor kostenbeheersing voor hen dus beperkt aanwezig. Indien ondanks de afspraken overschrijdingen optreden van het macrokader wijkverpleging, heeft de minister vanaf 2016 de mogelijkheid om deze te redresseren door middel van een generiek Mbi. Daarnaast kan de minister besluiten om in plaats van of naast het Mbi de tarieven te verlagen.

Analyse

Aangezien 2015 een overgangsjaar is, richt de analyse zich op het beoogde bekostigingsmodel 2016 (beschreven in NZa (2013) en Tweede Kamer (2014c)). Duidelijk is dat in tegenstelling tot het driesegmentenmodel voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg het overgrote deel van de bekostiging zal plaatsvinden per *patiënt* met een bepaalde zorgvraag (S2). Daarnaast wordt ruimte gecreëerd (S3) om beloningsafspraken te maken over kwaliteit van zorg, doelmatigheid en innovatie (zorgvernieuwing). Omdat op het moment van schrijven de precieze inhoud van het bekostigingsmodel en de relatieve omvang van de segmenten nog nader moest worden bepaald, heeft de onderstaande beoordeling van de financiële prikkels een tentatief karakter.

⁷⁶ Inmiddels heeft de NZa een nadere invulling gegeven aan het model (NZa 2015). Hoewel het nieuwe model op hoofdlijnen overeenkomt met het in voorliggend rapport beschreven driesegmentenmodel, is er ook een aantal belangrijke verschillen die hier niet meer konden worden verwerkt.

⁷⁷ In het voorjaar van 2015 wordt een besluit genomen over het tijdpad van de invoering van het bekostigingsmodel.

Tabel 38. Het beoogde bekostigingssysteem voor wijkverpleging per 2016 in relatie tot financiële prikkels voor goede uitkomsten van zorg

<i>Dimensies van goede uitkomsten van zorg</i>	<i>Oordeel</i>
1. Goede kwaliteit van zorg	o
2. Kostenbewust gedrag	o
3. Goede coördinatie en doelmatige substitutie	o/+
4. Kosten-effectieve product- en procesinnovatie	o/+
5. Effectieve preventie	o

- **Kwaliteit.** Zoals gezegd zal de hoofdmoot van de bekostiging van de wijkverpleegkundige plaatsvinden via S2, waarbij sprake is van bekostiging per zorgbundel per (geïnccludeerde) patiënt. De prikkels voor goede medisch-inhoudelijke kwaliteit van zorg zijn in beginsel beperkt omdat (de kosten van) de behandeling van eventuele complicaties en toekomstige gezondheidsklachten vaak niet onder de bundels vallen, tenzij hierover specifieke afspraken worden gemaakt (wat echter vaak lastig zal zijn vanwege de maximumtarieven). Vallen die kosten niet onder de bundel, dan bestaat juist een prikkel tot onderbehandeling. Daar staat tegenover dat het van belang is om voldoende cliënten te hebben, wat gerealiseerd kan worden via cliëntgerichte dienstverlening en service. Voorts zal, net als bij de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, ruimte bestaan om (belonings)afspraken te maken over kwaliteit. Het is echter onduidelijk welke plaats kwaliteit gaat krijgen in S3 en of partijen op korte termijn kunnen komen tot adequate (vormgeving van) indicatoren en beloningsafspraken.
- **Kostenbewust gedrag.** Een voordeel van bekostiging per zorgbundel per patiënt is de prikkel tot kostenbeheersing binnen de zorgbundel, bijvoorbeeld via substitutie van professionele zorg door zelfzorg (zelfredzaamheid) en/of mantelzorg. Aangezien S2 waarschijnlijk zal bestaan uit een beperkt aantal, breed gedefinieerde zorgbundels, is de prikkel tot beheersing van kosten binnen de bundel relatief sterk. Buiten de bundel bestaat echter juist een prikkel tot extra zorg(kosten) omdat er een positief verband bestaat tussen het aantal behandelde patiënten en de inkomsten, en de wijkverpleegkundige verantwoordelijk is voor zowel de indicatie als de toewijzing van zorg. Weliswaar kan hier door de inzet van het Mbi een grens worden gesteld, maar, zoals eerder uiteengezet, staat een generiek Mbi op gespannen voet met adequate doelmatigheidsprikkels voor zorgaanbieders. Daarnaast zal het op basis van S3 mogelijk zijn om afspraken te maken over kostenbesparende activiteiten, zoals doelmatig verwijzen. Naar verwachting zullen verzekeraars hier vanaf 2017 sterker op (willen) inzetten omdat zij dan volledig risicodragend zullen worden voor de kosten van wijkverpleegkundige zorg. Gelet op de tegengestelde prikkels en onzekerheid over de concrete vormgeving stellen we de prikkels voor kostenbewust gedrag vooralsnog op neutraal (o).
- **Coördinatie/substitutie.** Als schakel tussen de cliënt, zijn of haar sociale omgeving en de verschillende betrokken zorgprofessionals heeft de (wijk)verpleegkundige een belangrijke coördinerende taak. In de nieuwe bekostiging bestaat voor werkzaamheden in het kader van wijkgerichte samenwerking een aparte betaaltitel (S1). Daarnaast bestaan er prikkels voor doelmatige substitutie en taakherschikking *binnen* de zorgbundels in S2. Hoewel goede samenwerking verder kan worden gestimuleerd en beloond via de vrije ruimte in S3, is het de vraag in hoeverre partijen hier daadwerkelijk gebruik van zullen maken. Daarnaast zal het adequaat coördineren van zorg tussen professionals werkzaam in verschillende domeinen

niet gemakkelijk zijn vanwege de aparte budgettaire dekkaders, bekostigingssystemen en schotten in de financiering. Gestructureerde samenwerking tussen wijkverpleegkundigen en thuiszorgaanbieders in de Zvw, huisartsen, tweedelijnszorgaanbieders en het sociale domein zal voor de betreffende cliënten echter van groot belang zijn, onder meer vanwege de vaak sterke samenhang tussen de betreffende zorgvormen.⁷⁸

- **Innovatie.** Prikkel tot innovatie kunnen aanwezig zijn in S2 en S3. Voor de zorg in S2 is sprake van prospectieve bekostiging per zorgbundel per patiënt, wat het zo kosteneffectief mogelijk inrichten van de zorg(paden) lonend maakt, zeker als via S3 aanvullende afspraken zijn gemaakt over de effectiviteit van de zorg in S2 (e.g. de mate waarin gezondheidswinst wordt geboekt). Daarnaast staat het partijen vrij om nieuwe (innovatieve) zorgproducten te ontwikkelen. Het is echter mogelijk dat, zeker als S3 beperkt wordt aangewend, de prikkel tot innovatie voornamelijk betrekking heeft op kostenbesparende innovatie vanwege het gebruik van gemiddelde (maximum)tarieven in S2. Vooralsnog is onze inschatting van de prikkel voor kosteneffectieve innovatie voorzichtig positief (o/+).
- **Preventie.** Activiteiten met betrekking tot het signaleren van een mogelijke zorgvraag bij kwetsbaarheid, preventie en proactief handelen na het signaleren van kwetsbaarheid krijgen een plek in S1. Dit segment is in feite gericht op algemene gezondheidsbevordering van een specifieke populatie (verzekerden), waarvan de kosten moeilijk zijn toe te rekenen aan de individuen. Zorgaanbieders die zich daarvoor inzetten kunnen dus worden beloond. Hoewel er dus prikkels bestaan voor primaire preventie, hebben aanbieders vooral belang bij het behandelen van zoveel mogelijk patiënten omdat dat het overgrote deel van de bekostiging van wijkverpleging via S2 plaatsvindt. De prikkel tot secundaire preventie hangt af van wat partijen hierover precies afspreken in het kader van de zorgproducten in S2 (e.g. in welke mate vallen toekomstige gezondheidsklachten/complicaties onder de bekostiging?) en de aanvullende beloningsruimte in S3.
- **Overige voor- en nadelen.** Een voordeel is de ogenschijnlijk goede aansluiting op het bekostigingssysteem voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg en de beoogde optie om de betreffende zorg integraal in te kopen / te leveren. Een potentieel nadeel echter is dat risicoselectie in S2 aantrekkelijk kan zijn. Vanwege het beperkte aantal, ruim gedefinieerde zorgbundels met een *gemiddeld* (maximum)tarief voor groepen patiënten is het wellicht mogelijk en financieel aantrekkelijk om dure patiënten te weren en goedkope te includeren. Voorts bestaat het risico op afwenteling van kosten op andere sectoren. Andersom brengt de beoogde opname van Medisch Specialistische Verpleging in de Thuisituatie (MSVT) in de nieuwe bekostiging het risico van afwenteling door ziekenhuizen met zich mee; het is voor ziekenhuizen aantrekkelijk om patiënten zo snel mogelijk te ontslaan en thuis verder te (laten) verplegen. Immers, vanaf dat moment draagt het ziekenhuis niet meer de kosten, terwijl het wel een DBC-zorgproduct (waarin de verpleegkosten verdisconteerd zitten) kan declareren. Tenslotte is de inrichting van de bekostiging binnen wijkteams nog een punt van onzekerheid. Is het mogelijk bij bestaande samenwerkingsstructuren aan te sluiten, of zijn er juist nieuwe structuren nodig? In ieder geval zal (regionaal) maatwerk noodzakelijk zijn.

⁷⁸ Het gaat dan om de noodzakelijke samenwerking en afstemming over zaken als informatievoorziening voor patiënten, dossiervorming, indicatiestelling en doorverwijzing. De NZa stelt geen eisen aan de organisatie of ordening van het zorgaanbod; het is aan partijen om afspraken te maken over de coördinatie en samenwerking.

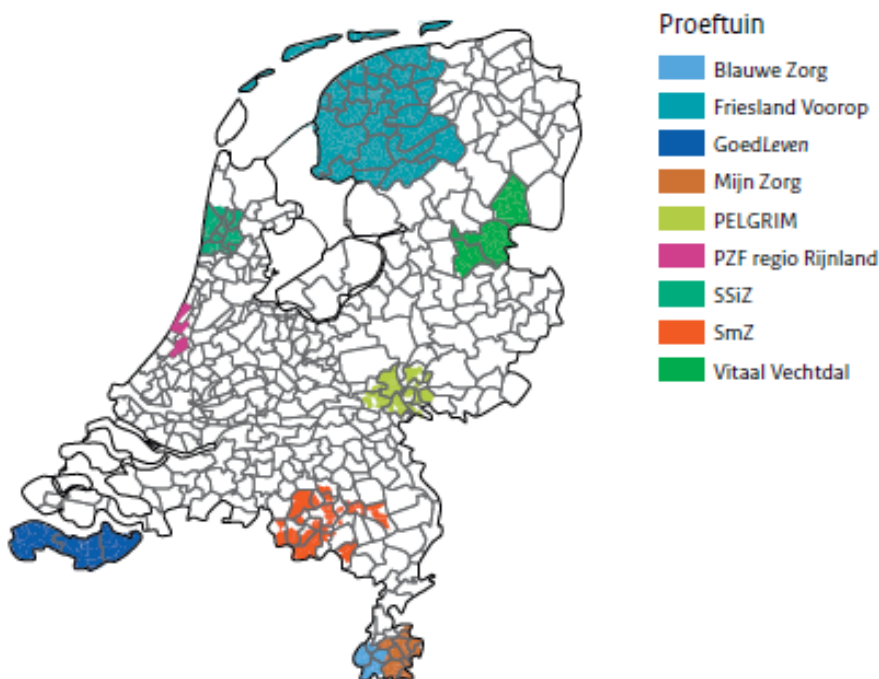
Tabel 39. Sterke en zwakke/knelpunten van het beoogde bekostigingssysteem voor wijkverpleging 2016

<i>Sterke punten</i>	<i>Zwakke/knelpunten</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Beperkt sprake van productieprikkels • Macrokostenbeheersing gegarandeerd (Mbi) • Ruimte voor expliciete (belonings)afspraken over kwaliteit, doelmatigheid, innovatie en preventie • Beloning voor niet-toewijsbare signalerende, coördinerende en preventieve zorgactiviteiten • Flexibiliteit (e.g. ‘open’ prestatiebeschrijvingen, vrije ruimte S3 en optie tot meerjarencontracten) • Goede aansluiting op bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg (integrale inkoop/levering) 	<ul style="list-style-type: none"> • Potentieel beperkte prikkel tot kwaliteit van zorg • Generiek Mbi op gespannen voet met doelmatigheid • Onduidelijkheid over inrichting van en bekostiging binnen wijkteams; wie wordt ‘hoofdaannemer’? • Mogelijk prikkel tot risicoselectie in S2 • Afwenteling kosten wijkverpleging op andere sectoren • Afwenteling van kosten MSVT door ziekenhuizen; tevens risico op dubbele bekostiging van MSVT • Ontbreken (consensus over) adequate zorgstandaarden en prestatie-indicatoren in het kader van S2 en S3

*Proeftuinen populatiemanagement*⁷⁹

De laatste jaren zijn in Nederland diverse regionale initiatieven gestart met als overkoepelende doelen het verbeteren van de gezondheid van populaties, het verhogen van de kwaliteit van zorg en het beheersen van de kosten (i.e. de *triple aim*). Het ministerie van VWS wil deze initiatieven nader volgen en heeft er negen geselecteerd als ‘proeftuinen’ (zie Figuur 7).

Figuur 7. Geografische ligging proeftuinen.



Bron: Drewes et al. (2014).

De proeftuinen zijn officieel gestart in 2014, maar de eerste gesprekken vonden al plaats in 2011 en 2012. Sindsdien is gewerkt aan het vormgeven van de organisatie, beoogde doelen en uitwerking van specifieke interventies. De proeftuinen worden gekenmerkt door een regionale populatiegerichte aanpak⁸⁰, waarbij elke proeftuin een set van interventies ontwikkelt om de

⁷⁹ Beschrijving bekostigingssysteem gebaseerd op Tweede Kamer (2013) en Drewes et al. (2014).

⁸⁰ Dit wordt vaak aangeduid met ‘populatiemanagement’, ofwel een proactieve en integrale benadering van zorg en welzijn over het volledige continuüm, om een zo optimaal mogelijk resultaat te behalen wat betreft de gezondheid van de populatie en de kwaliteit en kosten van de zorg (Drewes et al. 2014).

doelen te bereiken. Afhankelijk van de zorgvragen in de regio's en de belangstelling van aanbieders en verzekeraars, liggen de accenten op verschillende gebieden (zie Figuur 8). Er wordt overal ingezet op substitutie, met name bij chronische zorg, diagnostiek en farmacie. Andere veelvoorkomende speerpunten zijn zelfmanagement, concentratie en spreiding van zorg, en integratie en preventie in de eerste- en tweedelijnszorg en/of welzijnszorg. De bekostiging zou uiteindelijk moeten aansluiten op de beoogde doelen, waarbij de aanbieders gezamenlijk financieel worden gestimuleerd om goede resultaten te bereiken in het kader van de *triple aim*.

Figuur 8. Onderwerpen van interventies binnen de proeftuinen (begin 2014).

Interventietype*	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Primaire/secundaire preventie			●		●			●	●
Arbosetting			●						●
Zelfmanagement		●	●	●	●		●	●	●
Ouderen wijkzorg		●	●	●	●		●		●
Proactieve screening ouderen		●			●			●	
Diagnostiek	●		●	●	●		●	●	
Farmacie	●		●	●	●		●	●	
Chronische zorg									
DM, COPD en (C)VRM	●	●	●	●	●		●	●	
Hartfalen			●	●	●				
Dementie	●			●	●			●	
Preventie			●	●	●		●		
Verwijzen conform NHG-standaard			●	●	●				
Onnodig HAP-bezoek		●	●						
1,5 lijnszorg	●	●	●	●	●	●	●	●	
Substitutie rondom ontslag									
Voor ontslag		●			●			●	●
Zorg na ontslag		●	●	●	●	●	●	●	
Huisartsenbedden		●	●	●					
Geïntegreerde geboortezorg		●					●		
Geïntegreerde GGZ	●		●		●		●		
Geïntegreerde jeugdzorg	●								●
Geïntegreerde spoedzorg		●					●	●	
Specialisatie concentreren		●			●				

Bron: Drewes et al. (2014).

Begin 2014 zijn de proeftuinen netwerken van drie of meer actoren, waarbij de samenwerking meestal is vastgelegd in convenanten of overeenkomsten en geen sprake is van aparte juridische entiteiten. In alle proeftuinen zijn in ieder geval een ziekenhuis, huisartsen, een verzekeraar en een patiëntvertegenwoordiging betrokken, meestal als meebeslissende partij. De rol van andere actoren, zoals gemeentes, varieert tussen informeren en meebeslissen. In elke proeftuin is er een stuurgroep waarin algemene beslissingen worden genomen. Ook zijn er specifieke werk- en adviesgroepen voor (bijvoorbeeld) de ontwikkeling en uitvoering van interventies.

Populaties worden op verschillende manieren afgebakend. Vier proeftuinen hebben de populatie geografisch afgebakend op basis van gemeente-/postcodegrenzen, vier proeftuinen bakenen de populatie af tot patiënten die ingeschreven staan bij/zorg ontvangen van betrokken aanbieders, en één proeftuin richt zich op patiënten ingeschreven bij huisartsen van de betrokken zorggroep

én het verzekerd zijn bij de deelnemende verzekeraar(s). De omvang varieert van circa 40.000 tot 650.000 mensen. In vijf proeftuinen worden de afzonderlijke interventies ingezet op de totale populatie, terwijl de andere proeftuinen hun interventies in eerste instantie beperken tot een select aantal zorgverleners en/of een specifieke subpopulatie (zoals diabetespatiënten).

De proeftuinen variëren sterk in het type en aantal betrokken partijen en interventies. Zo zijn er proeftuinen die vanaf de start veel verschillende partijen en interventies betrekken (Figuur 8). Aan de andere kant zijn er proeftuinen die bewust klein zijn gestart. De keuze voor interventies wordt vaak op pragmatische gronden gemaakt, zoals positieve business cases en de verwachting van een positief resultaat op korte termijn. Tot op heden worden de resultaten van analyses van de zorgbehoefte en zorgkosten van de populatie weinig gebruikt bij de keuzes van interventies, onder meer vanwege een gebrek aan (koppeling van) adequate databronnen. Het implementeren van interventies blijkt voorts moeizaam te verlopen, onder andere ten gevolge van de complexe context waarbinnen ze worden geïmplementeerd; enerzijds vraagt het een cultuurverandering en nieuwe vormen van samenwerking tussen aanbieders, anderzijds blijkt het verwerven van financiering via de reguliere inkoopafspraken en de beleidsregel innovatie lastig.

Qua bekostiging streven de meeste proeftuinen naar uitkomstbekostiging, vaak in de vorm van het delen van behaalde besparingen (shared savings). Begin 2014 waren daar echter nog geen definitieve afspraken over gemaakt; de voorzichtige ontwikkelingen die op dit gebied gaande zijn hebben nog met name betrekking op afzonderlijke interventies/zorgvormen (zie kader). In bijna alle proeftuinen is het geld dat benodigd is om de proeftuin op te zetten (zoals inzet van ondersteunend personeel en investeringen in informatievoorziening) en uit te voeren deels afkomstig van de verzekeraar(s). Daarnaast wordt geïnvesteerd door andere partners, zoals zorggroepen, onderzoeksinstituten, gemeentes en bedrijven. Er wordt in dit kader onder meer gewerkt aan het inrichten van een infrastructuur om goede informatievoorziening op populatie- of interventieniveau mogelijk te maken. Zo is in de regio Rijnland een informatiesysteem op interventieniveau ontwikkeld waarbij gegevens over kwaliteit van zorg (deels afkomstig van de betrokken zorgverzekeraar) gebruikt kunnen worden voor sturingsinformatie.

Integraal tarief voor geboortezorg Friesland (Skipr 2014)

Het verloskundig samenwerkingsverband (vsv) wil één integraal tarief voor de geboortezorg in Friesland. Dit is één van de doelen van 'Integrale zorg en bekostiging', onderdeel van de proeftuin Friesland Voorop. Het vsv is een samenwerking tussen verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen, ziekenhuis en kraamzorgorganisaties. In Friesland is het perinatale sterftecijfer hoog. Er zijn veel 'kwetsbare zwangeren' die meer zorg en aandacht nodig hebben, bijvoorbeeld door middel van groepsconsulten ter voorbereiding op de zwangerschap, bevalling en het ouderschap. Het vsv wil een gedeeld EPD en integrale zorgpaden. Zorg en voorlichting hoeven niet altijd in de kliniek plaats te vinden. Een andere voorwaarde is het vormen van een juridische entiteit voor het vsv. Alleen dan kan er zorg worden ingekocht. Als dat bereikt is, starten de onderhandelingen over een integraal tarief per zwangere vrouw, waarvoor alle zorg wordt geleverd. Voorheen werd de zorg van verloskundigen en specialisten gescheiden ingekocht, wat niet bijdraagt aan goede samenwerking en coördinatie.

Het marktaandeel van de (vijf) betrokken verzekeraars varieert in de regio's van 38% tot 90%. Bij het realiseren van de doelen voor de populatie kunnen het marktaandeel en het volgebeleid

van niet-preferente verzekeraars een rol spelen. Diverse andere verzekeraars hebben aangegeven het beleid van de betreffende verzekeraar(s) in het kader van de proeftuin te volgen. Zo heeft Achmea de intentie uitgesproken Zorg en Zekerheid in de regio Rijnland te volgen.

De proeftuinen zijn voor drie jaar benoemd, met een mogelijkheid tot verlenging indien uitzicht bestaat op het behalen van de beoogde resultaten. Om de proeftuinen te kunnen vergelijken en conclusies te kunnen trekken voor beleid is de Landelijke Monitor Populatiemanagement (LMP) ingesteld. In een procesmonitor wordt op basis van interviews, gegevens van de proeftuinen zelf en openbare documenten beschreven hoe samenwerking en besluitvormingsprocessen verlopen, hoe de bekostiging is vormgegeven, welke interventies worden geïmplementeerd en hoe knelpunten tijdens het proces zijn opgelost. In een uitkomstmonitor zullen de effecten worden beschreven op kwaliteit en kosten. De landelijke monitor sluit zoveel als mogelijk aan bij de evaluaties die proeftuinen zelf (laten) uitvoeren. Ten slotte is een begeleidingsgroep ingesteld zodat de proeftuinen beschikken over een platform om bepaalde onderwerpen gezamenlijk te bespreken en zoveel mogelijk van elkaar te leren.

Analyse

De proeftuinen zijn volop in ontwikkeling en druk bezig met het articuleren van focusgebieden, engageren van partijen en implementeren van interventies. Hoewel in de meeste gevallen wordt gestreefd naar (een vorm van) uitkomstbekostiging, worden daar nog beperkt concrete afspraken over gemaakt. De afspraken die hierover worden gemaakt lijken bovendien een beperkte scope te hebben en vooral gericht op afzonderlijke zorgvormen. Hoewel de proeftuinen in potentie een belangrijke bijdrage zouden kunnen leveren aan het realiseren van goede uitkomsten van zorg (vanwege de populatiegerichte aanpak en de sterke focus op preventie, doelmatige substitutie, en integratie van eerstelijns-, tweedelijns- en welzijnszorg) en de meesten expliciet als doel hebben gesteld de bekostiging navenant aan te passen, is op dit moment niet te zeggen of, en zo ja in welke mate, de proeftuinen er in slagen financiële prikkels te creëren voor goede uitkomsten. Naar verwachting zal publicatie van de procesmonitor door het RIVM duidelijkheid geven over de vormgeving van de bekostiging binnen de proeftuinen, de mate waarin goede uitkomsten financieel worden gestimuleerd en hoe eventuele knelpunten in dat kader worden opgelost.

Tabel 40. De proeftuinen populatiemanagement in relatie tot prikkels voor goede uitkomsten van zorg

<i>Dimensies van goede uitkomsten van zorg</i>	<i>Oordeel</i>
1. Goede kwaliteit van zorg	?
2. Kostenbewust gedrag	?
3. Goede coördinatie en doelmatige substitutie	?
4. Kosten-effectieve product- en procesinnovatie	?
5. Effectieve preventie	?

Hoewel het op dit moment dus niet mogelijk is om uitspraken te doen over de mate waarin binnen de proeftuinen sprake is van financiële prikkels voor goede uitkomsten, kunnen op basis van de beschrijving van de proeftuinen (Drewes et al. 2014) al wel enkele sterke punten en (potentiële) knelpunten worden geformuleerd (zie Tabel 41).

Tabel 41. Sterke en zwakke/knelpunten van de proeftuinen populatiemanagement

<i>Sterke punten</i>	<i>Zwakke/knelpunten</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Universele focus op realiseren van betere gezondheid en zorg tegen lagere kosten • Populatiegerichte aanpak van zorg en sterke nadruk op preventie, substitutie en integratie van zorg over ‘schotten’ heen (e.g. meestal deelname van huisartsen én ziekenhuizen) • Voedingsbodem voor experimenteren met (vormen van) uitkomstbekostiging • Diversiteit (e.g. qua afbakening populatie, betrokken partijen/aanbieders en interventies) vergroot kans op verkrijgen van inzicht in cruciale succes-/faalfactoren m.b.t. de context en aspecten van de bekostiging 	<ul style="list-style-type: none"> • Onduidelijkheid over vormgeving en implementatie uitkomstbekostiging (weinig definitieve afspraken) • Afwezigheid betaaltitel voor uitkeren shared savings • Trage besluitvorming a.g.v. cultuurverschillen en belangentegenstellingen tussen partijen/aanbieders • Interventies vooralsnog vooral gericht op Zvw-zorg • Gebrek aan adequate (koppeling) databronnen bemoeilijkt o.a. analyse van zorgbehoefte/-kosten van populaties • Implementatie interventies moeizaam (complexe context, nieuwe samenwerkingsvormen, financiering via reguliere inkoopafspraken en beleidsregels lastig) • Onduidelijkheid over gevolgen van keuze voor bepaalde juridische entiteit(en) (binnen) proeftuinen

*Experiment uitkomstbekostiging Parkinsonzorg*⁸¹

In 2013 zijn zorgverzekeraars CZ en VGZ een meerjarig experiment aangegaan met Parkinson Centrum Nijmegen (ParC, onderdeel van het Radboud UMC) met als doel het zetten van concrete stappen richting uitkomstbekostiging voor Parkinsonzorg. Het ParC bestaat uit twee onderdelen: een polikliniek en een dagcentrum. Op de polikliniek wordt voor alle (nieuwe) patiënten de diagnose, de noodzaak tot verder onderzoek en het effect van de medicijnen vastgesteld. Voorts wordt bekeken of het zinvol is de patiënt naar het dagcentrum te verwijzen. In het dagcentrum onderzoeken zorgprofessionals uit meerdere vakgebieden patiënten en eventueel ook hun partners en mantelzorgers op specifieke problemen.

In een vijfjarig project willen de betrokken partijen een formule ontwikkelen voor optimale Parkinsonzorg, waarbij de kwaliteit van de Parkinsonzorg wordt gemeten met behulp van uitkomstindicatoren met als doel om goede uitkomsten te belonen in plaats van het aantal verrichtingen of zorgproducten. In de huidige bekostigingssystematiek van medisch-specialistische zorg ervaren ziekenhuizen financiële prikkels voor het genereren van meer ziekenhuisopnames, polikliniekbezoeken en diagnostiek, en niet voor het realiseren van een zo zelfstandig mogelijk leven voor (Parkinson)patiënten. Om hier verandering in te brengen hebben de initiatiefnemers relevante DBC-zorgproducten gebundeld in vijf nieuwe zorgproducten (‘mandjes’) waarvan de kwaliteit relatief eenvoudig te meten is. Zo zijn er mandjes gedefinieerd voor het eerste consult bij nieuwe patiënten en voor second opinions. Patiënten worden op basis van hun ziekteduur ingedeeld in drie groepen: minder dan vijf jaar, tussen de vijf en tien jaar, en vanaf tien jaar. In het experiment wordt ParC per jaar betaald voor het aantal in zorg genomen Parkinsonpatiënten, verdeeld over de nieuwe zorgproducten.

Vervolgens is in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Neurologie een set uitkomstindicatoren ontwikkeld. De set heeft onder meer betrekking op het percentage patiënten met een heupfractuur, verpleeghuisopname en/of ziekenhuisopname, patiënttevredenheid (via de CQ-index), kwaliteit van leven (via een Parkinson-specifieke PROM) en integrale zorgkosten (i.e. de kosten van een Parkinsonpatiënt gemeten over de gehele keten, inclusief eerstelijnszorg,

⁸¹ Beschrijving bekostigingssysteem gebaseerd op Van der Voort en Ikkersheim (2013) en Ebbinge (2014).

revalidatie en verpleeghuiszorg). Voor elk van deze uitkomsten wordt ParC vergeleken met andere aanbieders van Parkinsonzorg, waarbij scores zo goed mogelijk worden gecorrigeerd voor casemix/zorgzwaarte, gebruikmakend van gegevens van beide zorgverzekeraars.

In het kader van het experiment heeft ParC met CZ/VGZ drie zaken afgesproken: transparantie over verrichte zorgactiviteiten, transparantie over uitkomsten gemeten met indicatoren (inclusief het realiseren van goede scores) en een verlaging van de integrale kosten aan het einde van het project, te realiseren via minder gebroken heupen, mensen langer zelfstandig thuis laten wonen, optimale medicatie, het terugdringen van onnodige zorg, en goede samenwerking met andere aanbieders in de keten. Het einddoel is het realiseren van multidisciplinaire populatiebekostiging voor een groep Parkinsonpatiënten in een bepaalde regio, waarbij kwaliteit van zorg gemonitord en beloond wordt aan de hand van breed gedeelde uitkomstindicatoren. Hiertoe worden de bekostigingssystematiek en indicatoren gedeeld met andere aanbieders om hen te motiveren ook deel te nemen. De verzekeraars krijgen zo inzicht in de uitkomsten van Parkinsonzorg geleverd door andere aanbieders, en komt er een dialoog op gang tussen aanbieders over hoe de zorg verbeterd kan worden. Vijf ziekenhuizen hebben de intentie uitgesproken zich in 2015 te willen aansluiten. De belangrijkste uitdaging voor de toekomst is echter gelegen in het betrekken van andere zorgaanbieders, in het bijzonder aanbieders van eerstelijns- en verpleeghuiszorg.

Analyse

Het belangrijkste doel van het experiment is om de bekostiging zodanig in te richten dat netwerken van zorgverleners die zijn betrokken bij de zorg voor Parkinsonpatiënten worden beloond voor goede (gezondheids)uitkomsten van zorg in plaats van het uitvoeren van zoveel mogelijk verrichtingen. Onder de beoogde systematiek krijgt het ParC een jaarlijkse vergoeding per patiënt, afhankelijk van zijn/haar ziekte duur en indeling in een zorgproduct (i.e. bekostiging per zorgbundel per patiënt). De bekostiging is bovendien afhankelijk van behaalde uitkomsten met betrekking tot kosten en kwaliteit. In Tabel 42 wordt de bekostigingssystematiek beoordeeld op het bestaan van prikkels op de vijf dimensies van goede uitkomsten. Vanwege het ontbreken van informatie over diverse elementen en het feitelijk nog niet (volledig) operationeel zijn van de bekostigingssystematiek is een sluitend oordeel echter niet te geven.

Tabel 42. Het experiment uitkomstbekostiging Parkinsonzorg in relatie tot financiële prikkels voor goede uitkomsten van zorg

<i>Dimensies van goede uitkomsten van zorg</i>	<i>Oordeel</i>
1. Goede kwaliteit van zorg	+ ?
2. Kostenbewust gedrag	+ ?
3. Goede coördinatie en doelmatige substitutie	o/+ ?
4. Kosten-effectieve product- en procesinnovatie	+ ?
5. Effectieve preventie	+ ?

- Kwaliteit. Hoewel de prikkels voor kwaliteit bij bekostiging per zorgbundel per patiënt in principe gering zijn, wordt dit nadeel in het experiment ondervangen door de bekostiging expliciet afhankelijk te maken van gerealiseerde kwaliteitsuitkomsten. Het gaat hierbij om *finale* uitkomsten zoals het percentage Parkinsonpatiënten met een (heup)fractuur, alsmede

om patiënttevredenheid en kwaliteit van leven. De prikkel tot risicoselectie wordt beperkt via een zorgzwaartecorrectie. Het is voor ons echter onduidelijk in hoeverre die correctie adequaat wordt toegepast. Hetzelfde geldt voor de *wijze* waarop de bekostiging afhankelijk zal worden gesteld van gerealiseerde kwaliteitsuitkomsten.

- Kostenbewust gedrag. Een voordeel van bekostiging per zorgbundel per patiënt is de prikkel tot kostenbeheersing binnen de zorgbundel. In het experiment is sprake van relatief breed gedefinieerde zorgbundels (clustering van relevante DBC-zorgproducten), zodat de prikkel tot beheersing van kosten binnen de bundel vrij sterk is. Maar ook buiten de bundel is sprake van een dergelijke prikkel vanwege de afgesproken kostendoelstelling; het ParC heeft zich gecommitteerd aan realisatie van een afname van de *totale* kosten van Parkinsonpatiënten aan het einde van het project. Het gaat hier om de kosten gemeten over de gehele zorgketen, inclusief eerstelijnszorg en verpleeghuiszorg, gecorrigeerd voor zorgzwaarte. De precieze financiële gevolgen van het wel/niet halen van de kostendoelstelling alsmede de invulling van de zorgzwaartecorrectie zijn ons echter onduidelijk (doch cruciaal voor de prikkels).
- Coördinatie/substitutie. Parkinsonpatiënten hebben vaak te maken met een brede variëteit aan zorgverleners, waaronder de huisarts, fysiotherapeut, neuroloog, logopedist en thuiszorg. Goede coördinatie van zorg is voor deze groep patiënten dan ook van groot belang. De reguliere bekostiging leidt tot de ongewenste prikkel dat aanbieders patiënten voor zichzelf willen houden en weinig gebruik maken van elkaars expertise. Hoewel in het kader van het experiment binnen de zorgbundels prikkels bestaan voor substitutie en taakherschikking, volgt de belangrijkste stimulans voor *multidisciplinaire* samenwerking en substitutie uit de financiële verantwoordelijkheid voor de totale kosten van Parkinsonpatiënten. Niettemin blijft het betrekken van andere aanbieders, in het bijzonder aanbieders van eerstelijns- en verpleeghuiszorg, een grote uitdaging. Daarnaast is, vanwege de focus op (kosten rondom) een specifieke aandoening, in principe geen sprake van prikkels voor goede samenwerking met zorgaanbieders die (ook) zijn gespecialiseerd in behandeling van andere aandoeningen (e.g. bij Parkinsonpatiënten met comorbiditeit)
- Innovatie. De combinatie van (financiële) verantwoordelijkheid voor totale kosten en finale gezondheidsuitkomsten geeft een krachtige prikkel tot kosteneffectieve innovatie, oftewel innovatie die leidt tot lagere kosten bij gelijke gezondheid of tot gezondheidswinst tegen lagere, gelijkblijvende of geringe extra kosten. Onderstaand kader geeft een voorbeeld van kosteneffectieve innovatie in het kader van Parkinsonzorg.
- Preventie. Het ParC is gespecialiseerd in de behandeling en begeleiding van *patiënten* met de ziekte van Parkinson. Primaire preventie (voorkomen van ziekte) is dan ook niet het doel, maar juist het realiseren van een zo hoog mogelijk kwaliteit van leven van patiënten met de ziekte van Parkinson. Vanwege de totale-kostendoelstelling en betaling deels op basis van gezondheidsuitkomsten bestaat er een sterke prikkel voor secundaire preventie, bijvoorbeeld het voorkomen van exacerbaties, (heup)fracturen en onnodige ziekenhuisopnames.

ParkinsonNet: betere zorg tegen lagere kosten (www.parkinsonnet.nl)

Een voorbeeld van een innovatief zorgconcept in de Parkinsonzorg is ParkinsonNet, ontwikkeld door het Radboud UMC in samenwerking met de Nederlandse Werkgroep voor Bewegingsstoornissen en de Parkinson Vereniging Nederland. ParkinsonNet is een landelijk netwerk van aanbieders gespecialiseerd in het behandelen en begeleiden van Parkinsonpatiënten. Ruim 2700 zorgverleners (o.a. neurologen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en verpleegkundigen) zijn aangesloten bij dit netwerk. Het project is opgezet vanuit de gedachte dat de vele aanbieders die zijn betrokken bij de behandeling van Parkinson vaak te weinig patiënten zien om deskundigheid op te kunnen bouwen. Daarnaast is de onderlinge communicatie vaak onvoldoende, onder meer als gevolg van de gefragmenteerde bekostiging.

ParkinsonNet brengt de zorgverleners via scholing en een digitaal platform bij elkaar. Ook patiënten hebben toegang tot dit platform. De zorg wordt zoveel mogelijk georganiseerd rondom de patiënt die vanaf het begin nauw wordt betrokken bij het ontwikkelen van de zorg. Daarnaast wordt de kwaliteit van aangesloten aanbieders transparant gemaakt via ParkinsonAtlas, een online tool die patiënten / verwijzers in staat stelt de kwaliteit van de 66 regionale ParkinsonNet netwerken met elkaar te vergelijken.

Uit onderzoek is gebleken dat de uitkomstkwaliteit van ParkinsonNet aanbieders gemiddeld beter is dan die van aanbieders die niet in het netwerk zitten. Ook blijken de kosten veel lager te zijn. Mede dankzij de positieve resultaten heeft ParkinsonNet met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) afspraken gemaakt over de structurele financiering van Parkinsonzorg. Ook internationaal wekt ParkinsonNet belangstelling; zo is Kaiser Permanente (een internationaal hoog aangeschreven zorgaanbieder/-verzekeraar in de Verenigde Staten) momenteel bezig het model te implementeren in het Zuiden van de staat Californië.

In Tabel 43 worden de sterke en zwakke/knelpunten van het experiment uitkomstbekostiging Parkinsonzorg samengevat.

Tabel 43. Sterke en zwakke/knelpunten van het experiment uitkomstbekostiging Parkinsonzorg

<i>Sterke punten</i>	<i>Zwakke/knelpunten</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Vereenvoudiging productstructuur (clustering) • Indicatoren worden breed gedragen en hebben betrekking op gezondheidsuitkomsten, kwaliteit van leven en patiënttevredenheid • Totale-kostendoelstelling geeft prikkel voor substitutie en samenwerking binnen de keten • Zorgzwaartecorrectie t.b.v. eerlijke vergelijking en het voorkomen van risicoselectie en afwenteling • Spiegelinformatie en benchmarking m.b.t. kwaliteit en kosten van o.a. andere ziekenhuizen 	<ul style="list-style-type: none"> • Aandoeningsgerichte in plaats van persoonsgerichte bekostiging (alleen Parkinsonzorg) • (Nog) geen sprake van <i>multidisciplinaire</i> bekostiging per zorgbundel per (Parkinson)patiënt • Betrekken van aanbieders van eerstelijnszorg en verpleeghuiszorg blijft grote uitdaging • In hoeverre sprake van <i>adequate</i> zorgzwaartecorrectie en afstemming basisbekostiging en prestatiebeloning? • Financieel risico mogelijk te groot (totale kosten en finale kwaliteitsuitkomsten)

Conclusie

In deze paragraaf zijn vijf bekostigingssystemen en hervormingsinitiatieven in Nederland beschreven en ‘beoordeeld’ op het al dan niet bestaan van prikkels voor goede uitkomsten van zorg. Een belangrijke constatering is dat in Nederland veel gebeurt wat betreft de (hervorming van de) bekostiging van zorgaanbieders. In de medisch-specialistische zorg wordt de regulering van prijs- en volume losgelaten, is de productstructuur vereenvoudigd/aangepast en declareren ziekenhuizen vanaf 2015 alle kosten van uitgevoerde behandelingen. Daarnaast is een nieuwe bekostigingssystematiek voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg ingevoerd, wordt voor de naar de Zvw overgehevelde wijkverpleegkundige zorg een vergelijkbare systematiek beoogd, en zijn er verspreid over het land allerlei experimenten gestart waarbij een meer geïntegreerde en uitkomstgerichte zorgverlening en bekostiging worden nagestreefd. In Tabel 44 wordt een

samenvattend overzicht gegeven van de mate waarin in de systemen en initiatieven sprake is van stimulansen voor goede uitkomsten van zorg.

Tabel 44. Bekostigingssystemen en hervormingsinitiatieven in relatie tot prikkels voor goede uitkomsten.

<i>Bekostigingsmodel / hervormingsinitiatief:</i>	<i>Dimensies van goede uitkomsten van zorg</i>				
	Goede Kwaliteit van zorg	Kostenbewust gedrag	Goede coördinatie en substitutie	Kosten-effectieve innovatie	Effectieve preventie
Medisch-specialistische zorg	-	o	-	o	-
Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg	o	o/+	o/+	+	o
Wijkverpleging (beoogd per 2016) *	o	o	o/+	o/+	o
Proeftuinen populatiemanagement **	?	?	?	?	?
Uitkomstbekostiging Parkinsonzorg ***	+	+	o/+	+	+

* De beoordeling van de financiële prikkels heeft een tentatief karakter omdat op het moment van schrijven de precieze inhoud van het bekostigingsmodel en de relatieve omvang van de segmenten nog nader moest worden bepaald.

** Op dit moment is niet te zeggen of de proeftuinen er in slagen financiële prikkels te creëren voor goede uitkomsten omdat binnen de proeftuinen nog beperkt concrete afspraken over uitkomstbekostiging worden gemaakt.

*** Wederom heeft de beoordeling van de financiële prikkels een (zeer) tentatief karakter vanwege het ontbreken van informatie over diverse elementen van de bekostigingssystematiek.

De analyse laat zien dat in Nederland de laatste jaren voorzichtige stappen zijn gezet in de richting van een meer uitkomstgerelateerde bekostiging van zorg. Het voornemen van minister Schippers om de komende jaren “stevig in te gaan zetten op uitkomstbekostiging” (Tweede Kamer 2012) lijkt daarmee langzaam ten uitvoer te worden gebracht. Vooral op de dimensies ‘kostbewust gedrag’, ‘goede coördinatie en substitutie’ en ‘kosteneffectieve innovatie’ wordt vooruitgang geboekt. Dit is voornamelijk een gevolg van het feit dat goede afstemming en samenwerking tussen aanbieders steeds vaker expliciet worden beloofd, en dat in toenemende mate sprake is van bekostiging per *zorgbundel* (geleverd door een groep/netwerk van aanbieders) in plaats van per *zorgactiviteit* (i.e. consulten en verrichtingen, geleverd door afzonderlijke aanbieders). Bovendien worden de betreffende zorgbundels steeds ruimer gedefinieerd, wat de prikkels tot kostenbeheersing, substitutie en samenwerking versterkt en tevens de mogelijkheden voor upcoding vermindert. Zo ging de overgang naar DOT gepaard met een forse vermindering van het aantal producten in de medisch-specialistische zorg, zijn in de eerstelijnszorg de afzonderlijke ketens voor diabetes, VRM, COPD en astma waar mogelijk samengevoegd, en wordt in de nieuwe bekostiging voor wijkverpleging een beperkt aantal, breed gedefinieerde ‘zorgcategorieën’ beoogd. Voorts wordt partijen meer ruimte geboden voor het maken van (belonings)afspraken over doelmatigheid, samenwerking en innovatie, en neemt de flexibiliteit in de bekostigingssystematiek toe (e.g. ‘open’ prestatiebeschrijvingen, vrije prijzen, ruimte voor meerjarencontracten, etc.).

Dat in Nederland stappen worden gezet richting uitkomstbekostiging neemt niet weg dat er nog vele (potentiële) knelpunten bestaan en nog een lange weg te gaan is alvorens sprake is van *adequate* uitkomstbekostiging.⁸² Deze conclusie wordt bevestigd door het feit dat in Tabel 44 niet overwegend sprake is van plussen, zeker voor wat betreft de dimensies ‘goede kwaliteit van zorg’ en ‘effectieve preventie’.

⁸² Dat wil zeggen: een zo eenvoudig mogelijk bekostigingssysteem dat expliciet is gericht op het stimuleren van zorgaanbieders tot het realiseren van goede uitkomsten van zorg in termen van kwaliteit, kosten, coördinatie en preventie, en dat tevens stimuleert tot kosten-effectieve innovatie en geen prikkels bevat voor ongewenst gedrag.

Ondanks gezette stappen nog een lange weg te gaan

De afgelopen jaren zijn in Nederland belangrijke stappen gezet in de richting van een meer uitkomstgerelateerde bekostiging van zorgaanbieders. Niettemin bestaan er nog vele (potentiële) knelpunten en is nog een lange weg te gaan alvorens sprake is van adequate uitkomstbekostiging.

Alvorens we in de volgende paragraaf een agenda formuleren en aanbevelingen doen voor de verschillende stakeholders, volgt eerst een opsomming van de belangrijkste uitdagingen waar we in Nederland op dit moment voor staan:

- Uitbreiding van het aantal ketens (e.g. voor chronische zorg) en het zetten van de stap van *aandoeningsgerichte* naar *persoonsgerichte* bekostiging. Dat wil zeggen: van bekostiging per monodisciplinaire zorgbundel per patiënt (volumeprikkel en geen prikkel tot samenwerking en preventie) naar het includeren van de kosten van complicaties / toekomstige gezondheidsklachten in de zorgbundel (prikkel tot kwaliteit en secundaire preventie) naar bekostiging per multidisciplinaire zorgbundel per patiënt (prikkel tot samenwerking en efficiënte substitutie) naar bekostiging per persoon/verzekerde (prikkels tot primaire preventie/gezond houden);
- Afbreken van schotten. Hoewel goede coördinatie en samenwerking *binnen* disciplines en ‘lijnen’ steeds meer van de grond komt, vordert het realiseren van goede samenwerking en afstemming *tussen* de eerste- en tweedelijns alsmede tussen de cure, care en het sociale domein moeizaam. De bestaande schotten hebben niet alleen betrekking op de bekostiging en de financiële prikkels, maar ook op de aparte organisaties, patiëntendossiers, protocollen, en het algehele gebrek aan coördinatie van zorg. Binnen de proeftuinen en met de prestatie ‘meekijkconsult’ worden weliswaar stappen gezet, maar integratie verloopt langzaam als gevolg van verschillen in financiering (Zvw, Wlz, Wmo), cultuur, administratieve systemen en organisaties. Zolang schotten bestaan is fragmentatie aan de orde van de dag en blijft afwenteling van kosten een reëel gevaar;
- Van wantrouwen naar vertrouwen. In een stelsel waarin zorgaanbieders worden bekostigd op basis van uitkomsten van zorg is wederzijds vertrouwen essentieel. Dit geldt voor de relatie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, maar ook die tussen zorgaanbieders onderling; meer dan ooit zijn zij gebaat bij een goede samenwerking en wederzijds presteren. In het huidige zorgstelsel voert wantrouwen echter nog vaak de boventoon;
- Ontwikkeling en toepassing van adequate risico-/zorgzwaartecorrectie en risicodeling. Hoe omvangrijker en ‘multidisciplinairder’ de zorgbundels, hoe meer zorgkosten deze omvatten, hoe groter het financieel risico voor de zorgaanbieder (hoofdaannemer) en hoe sterker de prikkel tot risicoselectie. Het belang van goede risico-/zorgzwaartecorrectie en adequate risicodeling neemt toe naar mate zorgbundels breder worden gedefinieerd;
- Inbouwen van waarborgen voor goede kwaliteit. De kwaliteit van zorg dreigt het kind van de rekening te worden als meer nadruk wordt gelegd op kostenbeheersing. Het creëren van waarborgen voor goede kwaliteit van zorg via heldere spiegelinformatie, benchmarking en prestatiebeloning vereist vergaande transparantie en is één van de grootste uitdagingen voor de komende jaren (Van Kleef et al. 2014, KPMG 2014). Het proces richting betere informatie over zorgkwaliteit is de laatste jaren langzaam verlopen; inmiddels worden echter concrete stappen gezet om daar verandering in te brengen (Tweede Kamer 2015a);

- Implementatie gedeelde ICT-infrastructuur. Vooralsnog is de ICT in Nederland vaak nog niet op het gewenste niveau om populatiegerichte bekostiging en zorgverlening mogelijk te maken. Zo is het in de proeftuinen vooralsnog niet mogelijk geweest om databronnen te koppelen en te gebruiken bij het analyseren van de zorgbehoefte en –kosten van populaties en het gericht inzetten van interventies. Daarnaast zijn de keten-informatiesystemen in de eerstelijns nog niet altijd en volledig gekoppeld aan systemen van (bijvoorbeeld) huisartsen. Zolang de ICT-systemen niet optimaal werken c.q. slecht op elkaar zijn afgestemd betekent dat óf extra administratieve last óf een suboptimaal systeem van transparantie (EIB 2012);
- Versterken rol patiënt. De rol van de patiënt is onderontwikkeld. In het kader van de keten-DBC's in de eerste lijn zijn patiënten bijvoorbeeld vaak niet op de hoogte van deelname aan een zorgprogramma en vindt zelfmanagement beperkt plaats (EIB 2012). Patiëntparticipatie (e.g. bij het opstellen van een zorgplan) komt nog weinig van de grond, terwijl dit juist van belang is voor goede uitkomsten, zeker bij chronische zorg. Daarnaast is het cruciaal om het patiëntenperspectief te betrekken bij het meten van kwaliteitsuitkomsten, bijvoorbeeld aan de hand van *patient-reported outcome measures* (PROM's). ParkinsonNet is een mooi voorbeeld van hoe patiëntparticipatie bij de eigen zorg én kwaliteitsmeting in de praktijk gestalte kan krijgen. Hoogwaardige ICT (e.g. de *patient portal*) draagt daaraan bij;
- Beperken van complexiteit en administratieve last. Adequate uitkomstbekostiging is inherent complex en leidt vaak tot administratieve last voor zowel verzekeraars als aanbieders, zeker in de beginfase. Niettemin is het belangrijk om complexiteit en bureaucratie zoveel mogelijk te beperken. In de nieuwe bekostigingssystematiek voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg is gekozen voor een hybride model om een uitgebalanceerde set van prikkels te creëren, maar de resulterende complexiteit dreigt de gewenste prikkels te ondergraven;
- Overige uitdagingen. Hierbij kan gedacht worden aan het wegnemen van belemmeringen in wet- en regelgeving (e.g. geen betaaltitel voor shared savings), het uitkristalliseren van de bekostiging binnen netwerken / zorgteams (onderaannemers), en het feit dat een generiek Mbi op gespannen voet staat met effectieve concurrentie en adequate doelmatigheidsprikkels voor zorgaanbieders.

3.4 Op weg naar uitkomstbekostiging in Nederland per 2020?

In november 2011 heeft de Tweede Kamer de regering opgeroepen in overleg met alle partijen te komen tot een breed gedeelde en gedragen visie op uitkomstbekostiging met als doel de introductie van uitkomstbekostiging in Nederland uiterlijk in 2020, liefst eerder (Tweede Kamer 2011). Inmiddels zijn we ruim drie jaar verder en worden er voorzichtige stappen gezet in de richting van een meer uitkomstgerelateerde bekostiging. Belangrijke vragen zijn echter: is introductie van uitkomstbekostiging in 2020 een realistisch doel? En wat is de komende jaren nodig om *adequate* uitkomstbekostiging daadwerkelijk in Nederland te kunnen realiseren?

Gelet op de noodzakelijke randvoorwaarden en potentiële knelpunten daarbij (zie Tabel 4 op pagina 29), de lessen uit het buitenland (zie Tabel 33 op pagina 79), de noemenswaardige doch niettemin relatief beperkte vooruitgang de afgelopen jaren, en de in de vorige paragraaf geformuleerde uitdagingen, moeten we concluderen dat een brede introductie van *adequate* uitkomstbekostiging uiterlijk in 2020 geen realistisch doel is. De randvoorwaarden zijn

simpelweg te complex en cruciaal om binnen nu en vijf jaar te realiseren. De implementatie van de gemeenschappelijke ICT-infrastructuur in het Geisinger zorgsysteem in de Verenigde Staten is in dit kader illustratief: ondanks dat bij Geisinger van oudsher sprake is van een door artsen geleid geïntegreerd zorgsysteem en één aangesloten zorgverzekeraar, heeft de implementatie van het ICT-systeem tenminste acht jaar geduurd alvorens de belangrijkste baten zichtbaar werden.

Daarmee is niet gezegd dat adequate uitkomstbekostiging een utopie is. De ervaringen uit het buitenland sporen weliswaar aan tot behoedzaamheid en een meerjarig implementatietraject waarbij uitkomstbekostiging stapsgewijs wordt vormgegeven en ingevoerd, maar laten ook zien dat het geen onbegaanbare weg is. Het Alternative Quality Contract in Massachusetts is een sprekend voorbeeld van hoe een integrale, multidisciplinaire basisbekostiging per verzekerde met stimulerende prestatiebeloning voor goede kwaliteit in de praktijk goed kan functioneren én tot betere uitkomsten kan leiden.⁸³ De conclusie dat een brede introductie in 2020 in Nederland waarschijnlijk niet haalbaar is moet door partijen dan ook niet als demotiverend worden ervaren, maar juist als stimulans om *gezamenlijk* concrete stappen te gaan zetten. Het is goed mogelijk dat adequate uitkomstbekostiging in bepaalde (proeftuin)regio's of voor bepaalde zorgvormen (e.g. Parkinsonzorg) wel tijdig haalbaar is. Bovendien is niet gezegd dat brede introductie van minder adequate vormen van uitkomstbekostiging (gericht op één of enkele dimensies, e.g. via segment 3 in de nieuwe huisartsenbekostiging) voor die tijd niet haalbaar is, integendeel.

Gelet echter op waar we stonden in 2011, waar we nu staan, en waar we op korte termijn naar toe willen en moeten (gegeven de breed gedeelde behoefte om tot betere uitkomsten te komen), dan lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat bij alle partijen een mentaliteitsverandering op gang moet komen om op korte termijn echt verder te komen. De urgentie is groot (zie hoofdstuk 1), maar de *sense of urgency* lijkt vaak nog onvoldoende aanwezig. De mentaliteitsverandering moet leiden tot wederzijds vertrouwen in plaats van wantrouwen, het gezamenlijk investeren in gedeelde ICT, multidisciplinaire samenwerking binnen netwerken en/of organisaties in plaats van een eilandcultuur, meerjaren- in plaats van korte-termijncontracten, en efficiënte substitutie in plaats van onnodig(e) (dure) zorg en afwenteling. Hieronder beschrijven we de benodigde stappen en doen we concrete aanbevelingen aan partijen om verder te komen.

Agenda en aanbevelingen

Zoals gezegd dient aan een aantal noodzakelijke randvoorwaarden te worden voldaan alvorens uitkomstbekostiging kan leiden tot goede uitkomsten langs *alle* vijf de dimensies. Sterker nog, indien niet of beperkt aan de randvoorwaarden wordt voldaan, dan is de *theoretisch* optimale bekostigingsmethode niet *praktisch* optimaal. Zo zijn bij integrale bekostiging per verzekerde prikkels tot risicoselectie en beknibbelen op kwaliteit groot; bij inadequate risicocorrectie en geen waarborgen voor kwaliteit leidt de bekostiging dan mogelijk tot slechtere uitkomsten dan onder de huidige bekostiging. De implementatie moet daarom goed doordacht en stapsgewijs gebeuren. Diverse stappen zijn hierbij denkbaar, waarbij het continu monitoren van ervaringen

⁸³ Het is uiteraard de vraag in hoeverre deze resultaten zijn te vertalen naar Nederland. Ondanks enkele belangrijke verschillen komt het zorgstelsel van Massachusetts echter in veel opzichten overeen met dat van Nederland: gereguleerde concurrentie tussen verzekeraars/aanbieders, een geconcentreerde private zorgverzekeringmarkt, vrijwel de gehele populatie verzekerd voor zorgkosten, en een macrobudget voor de totale zorgkosten.

en resultaten, het implementeren van geleerde lessen, en het realiseren van transparantie in data en kwaliteit van zorg en van technische (ICT-)competenties essentieel zijn:

1. Allereerst kan worden overgestapt van bekostiging per monodisciplinaire zorgactiviteit/-bundel naar bekostiging per multidisciplinaire zorgbundel per episode/patiënt. Dit gebeurt momenteel al deels via de keten-DBC's. Het uitbreiden met enkele aandoeningen kan een eerste stap zijn naar populatiegerichte bekostiging waarbij de risicodragende zorgaanbieder laat zien over het vermogen te beschikken om de zorg ziekte-overstijgend te organiseren;
2. Het verruimen van de multidisciplinaire zorgbundels (e.g. het opnemen van complicaties, heropnames en zorg geleverd door ander type aanbieders) om prikkels tot kostenbeheersing, samenwerking en coördinatie, innovatie en secundaire preventie te versterken;
3. Het vaststellen van kostendoelstellingen voor afgebakende zorgvormen voor bepaalde populaties patiënten, en vervolgens het delen van eventuele besparingen (*shared savings*, initieel bovenop de bestaande bekostiging). Dit geeft prikkels voor het beperken van het aantal zorgbundels/-episodes en daarmee voor primaire preventie en kostenbeheersing;
4. Het geleidelijk verschuiven van het risico voor overschrijdingen van kostendoelstellingen naar zorgaanbieders (*shared losses*). Naarmate de randvoorwaarden beter worden vervuld kan het risico voor zowel over- als onderschrijdingen geleidelijk worden vergroot;
5. Het zetten van de finale stap naar integrale populatiebekostiging per verzekerde waarbij de bekostiging onafhankelijk is van hoe vaak patiënten worden gezien en de werkelijke kosten. Hiermee ontstaan sterke prikkels tot primaire preventie en nemen bestaande prikkels tot kostenbeheersing, coördinatie en samenwerking, en innovatie verder toe.

Het inbouwen van adequate waarborgen voor goede kwaliteit is bij elke stap belangrijk, maar vooral bij integrale bekostiging per verzekerde vanwege de sterke prikkel tot onderbehandeling en beknibbelen op kwaliteit. Daarnaast is het voorstelbaar dat het zetten van de laatste stap voor bepaalde zorgvormen uiteindelijk niet noodzakelijk is om te kunnen spreken van adequaat systeem van uitkomstbekostiging:

Eindstation mogelijk een gemengd bekostigingssysteem

Bij het eindstation kan sprake zijn van een gemengd bekostigingssysteem, met drie elementen: (1) een integrale, voor risicokenmerken gecorrigeerde populatiebekostiging met risicodeling voor één of meer vooraf gedefinieerde populaties, (2) een multidisciplinaire bekostiging per patiënt voor een aantal afgebakende zorgepisoden (e.g. voor zwangerschap, bepaalde electieve ingrepen en complexe spoedzorg), en (3) stimulerende prestatiebeloning voor goede kwaliteit.

Het proces richting een dergelijke bekostigingssystematiek zal hoe dan ook een lange tijd vergen waarbij stapsgewijs meer zorg wordt geïncludeerd. De eerste jaren zullen vooral nodig zijn voor het tackelen van technische uitdagingen bij de uitvoering (e.g. het ombouwen en koppelen van ICT- en declaratiesystemen, en het ontwikkelen en toepassen van risicocorrecties), het beperken van bureaucratie en het opbouwen van vertrouwensrelaties. Zorgaanbieders hebben bovendien de tijd nodig om hun populaties te leren kennen en verbetermogelijkheden te identificeren.

Bovendien is duidelijk dat niet aan alle randvoorwaarden simultaan volledig kan worden voldaan omdat zij tot op zekere hoogte conflicteren (zie hoofdstuk 1). Bij de praktische

vormgeving van uitkomstbekostiging zal het dus moeten gaan om het vinden van een goede balans als het gaat om het voldoen aan deels conflicterende randvoorwaarden. Omdat het vaak onduidelijk zal zijn waar die balans ligt en deze bovendien contextafhankelijk is, is het van groot belang om nieuwe vormen van uitkomstbekostiging geleidelijk te implementeren en zorgvuldig te monitoren en te evalueren, en de vormgeving, indien nodig, navenant aan te passen.

Hieronder volgt per uitdaging (zie pagina 110-111) een aantal handvatten die de verschillende partijen kunnen aangrijpen bij de implementatie van uitkomstbekostiging in de praktijk. Een aantal aanbevelingen is van toepassing op meerdere uitdagingen.

Het zetten van stappen richting persoonsgerichte bekostiging

- *Overheid, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten(organisaties):* blijf gezamenlijk werken aan heldere beschrijvingen van multidisciplinaire, samenhangende zorg (onder regie van het kwaliteitsinstituut, waar het Coördinatieplatform Zorgstandaarden onderdeel van is geworden), maar houdt daarbij rekening met het feit dat ervaringen uit binnen- en buitenland laten zien dat het definiëren van een groot aantal aandoeningsgerichte bundels de realisatie van uitkomstbekostiging sterk kan vertragen. Bovendien is uitbreiding naar een groot aantal aandoeningen ongewenst vanwege de hoge transactiekosten en overlap bij multimorbiditeit. Het advies is daarom ook om bestaande zorgbundels zoveel mogelijk te integreren.
- *Zorgverzekeraars en zorgaanbieders:* baseer vaststelling van de integrale basisbekostiging zoveel mogelijk op de kosten die kunnen worden verwacht indien alleen aanbevolen zorg wordt geleverd (volgens evidence-based richtlijnen). Een historisch kostenniveau als basis heeft als nadeel dat doelmatigheid in het verleden wordt gestraft. Mits de markt goed ‘werkt’ kan dat nadeel wel (deels) via onderhandeling over op- of afslagen worden verkleind.
- *Zorgverzekeraars en zorgaanbieders:* baken populaties indien mogelijk af op basis van inschrijving bij betrokken (huis)artsen, eventueel in combinatie met afbakening op basis van persoonskenmerken (e.g. leeftijd en/of aandoening) en het verzekerd zijn bij de betreffende verzekeraar. Geleverde zorg en behaalde uitkomsten zijn dan eenduidig toe te schrijven aan zorgaanbieders op wie de bekostiging betrekking heeft. In het buitenland is dit een succesfactor gebleken, ook omdat het regelmatig patiëntcontact faciliteert en controle geeft over verwijzingen. Bovendien zijn ingewikkelde en onzekerheid verhogende toewijzingsregels voor geleverde zorg en behaalde uitkomsten niet nodig. Potentieel probleem hierbij is echter dat zorggroepen/huisartsen vaak onvoldoende geëquipeerd zijn om de verantwoordelijkheid voor afstemming met en contractering van complexe tweedelijnszorg te dragen. Echter bij ziekenhuizen als hoofdaannemer is een knelpunt dat het lastig is om de (adherente) populatie af te bakenen. Als een ziekenhuis zorg inkoopt bij een huisarts/zorggroep zou het wel de verantwoordelijkheid kunnen nemen voor de bij de betreffende huisarts/zorggroep ingeschreven verzekerden. Ook hieraan kleven echter nadelen (zie hoofdstuk 1).
- *Zorgverzekeraars, zorgaanbieders, overheid:* (faciliteer) gebruik (van) meerjarencontracten. Meerjarencontracten geven blijk van vertrouwen, verlagen de transactiekosten, maken gedetailleerde contracten overbodig, en geven aanbieders te mogelijkheid om investeringen terug te verdienen. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen heeft recentelijk nog opgeroepen tot het gebruik van meerjarencontracten ten behoeve van innovatie (Skipr 2015), en ook buitenlandse ervaringen bevestigen het belang van meerjarencontracten bij

uitkomstbekostiging. Voorts kwam uit de recente evaluatie van de Zorgverzekeringswet het volgende naar voren (KPMG 2014):

“Tijdens focusgroepen zijn meerjarencontracten besproken als een route voor ontwikkeling van de zorginkoop. Meerjarencontracten kunnen, in combinatie met een kwaliteitsagenda, bijdragen aan de ontwikkeling van zorginkoop, doordat zij bijdragen aan lagere transactiekosten. Ook kunnen zij bijdragen aan de stabiliteit. [...] Meerjarencontracten komen echter nog weinig tot stand door onzekerheid over het beleid de komende jaren. Daarnaast is het zo dat zij alleen van toepassing kunnen zijn op spelers waarvan zorgverzekeraars denken dat ze ook een partij zijn die meerjarig een partner kan zijn ten aanzien van prijs en kwaliteit.”

Stabiliteit in (overheids)beleid draagt bij aan zekerheid en kan daarmee het gebruik van meerjarencontracten bij de zorginkoop (inclusief afspraken over uitkomstbekostiging) stimuleren. In een recente Kamerbrief (‘Kwaliteit loont’, Tweede Kamer 2015b) heeft de minister van VWS aangegeven dat het kabinet de ontwikkeling van meerjarencontracten zal stimuleren wanneer die leiden tot grotere investeringen in kwaliteit en innovatie.

Afbreken van schotten

- *Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en overheid*: werk aan het afbreken van schotten binnen financieringskaders. De zorgverlening en de bekostiging daarvan vindt veelal plaats binnen een financieringskader (Zvw, Wlz, Wmo). Binnen de Zvw zijn aparte budgettaire deelkaders een belangrijke belemmering voor doelmatige substitutie en samenwerking. Ten behoeve van uitkomstbekostiging verdient het wegnemen van die belemmering (voor zover mogelijk) dan ook hoge prioriteit. Een mogelijk startpunt is het samenvoegen van deelkaders binnen de eerstelijnszorg, waarna geleidelijk ook delen van de tweedelijnszorg worden toegevoegd. Zorgverzekeraars en -aanbieders moeten de zorg dan ook steeds meer integraal gaan inkopen en leveren. Op dit moment gebeurt dit nog nauwelijks. Daarnaast ligt er voor veldpartijen de taak om actief te werken aan het slechten van cultuur- en belangentegenstellingen en het koppelen van (administratieve) systemen, gefaciliteerd door de overheid.
- *Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en overheid*: werk aan het afbreken van schotten tussen financieringskaders. Het financieringsschot tussen de Zvw en Wlz ontmoedigt investeringen door zorgverzekeraars in (bijvoorbeeld) goede wijkverpleegkundige zorg (Zvw) waarmee opnames in de langdurige zorg (Wlz) kunnen worden voorkomen, omdat de opbrengsten bij een andere partij vallen (in dit geval de overheid). Een potentiële oplossing is om op lokaal niveau *shared savings* afspraken te maken, waarbij de investerende partij gecompenseerd wordt door de ‘ontvangende’ partij (KPMG 2014). Hoewel aparte financieringsregimes tot zekere hoogte onvermijdelijk en zelfs noodzakelijk zijn, betekent dat niet dat niet gewerkt kan worden aan het overbruggen van schotten in de financiering.

Van wantrouwen naar vertrouwen

- *Zorgverzekeraars en zorgaanbieders*: investeer in vertrouwensrelaties door gezamenlijk te werken aan een beperkte set betrouwbare uitkomstindicatoren en meerjarenafspraken te maken met concrete kwaliteits- en kostendoelstellingen.
- *Zorgverzekeraars*: engageer zorgaanbieders en individuele zorgprofessionals. Geringe betrokkenheid kan de implementatie van uitkomstbekostiging ondermijnen, zo blijkt ook uit

de internationale ervaringen. Duidelijke communicatie, actieve ondersteuning bij dataverzameling, stimulerende spiegelinformatie, prikkels tot doelmatig zorggebruik voor consumenten en meerjarencontracten kunnen daaraan bijdragen.

Ontwikkeling en toepassing van adequate risico-/zorgzwaartecorrectie en risicodeling

- *Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en overheid*: werk aan de ontwikkeling en toepassing van modellen voor risicocorrectie en risicodeling. Het belang van een adequate risicocorrectie bij de vaststelling van de basisbekostiging neemt toe naar mate meer zorgvormen en -aanbieders onder de bekostiging vallen, en is het grootst bij integrale bekostiging per verzekerde. Dit is in Nederland echter grotendeels nieuw terrein. Het is daarom van belang om onderzoek te (laten) doen naar relevante populatiekenmerken en statistische modellen voor risicocorrectie/-deling. Het ligt voor hand gebruik te maken van de kennis van het risicovereveningssysteem voor zorgverzekeraars. Een belangrijke kanttekening daarbij is echter dat dit systeem over een periode van ruim twintig jaar voor een ander doel is ontwikkeld, en bovendien nog niet is voltooid (Van Kleef et al. 2014). Ook beschikken zorgverzekeraars niet over alle gegevens (e.g. risicokenmerken) die worden gebruikt in het vereveningsmodel. In het buitenland wordt bij de toepassing van uitkomstbekostiging om pragmatische redenen vaak gebruik gemaakt van bestaande vereveningsformules, maar het is dus de vraag of die adequaat zijn voor de bekostiging van zorgaanbieders. Voor wat betreft risicodeling blijkt uit de buitenlandse ervaringen dat onduidelijkheid hierover een faalfactor kan zijn. Om zorgaanbieders te laten wennen aan het dragen van risico ligt het voor de hand om ‘klein’ te beginnen, e.g. via het delen van een bepaald percentage van besparingen en – op termijn – ook van tekorten, en te experimenteren met verschillende vormen van risicodeling (zoals stoploss-clausules). Van belang hierbij is dat het functioneren en de effecten van voor risico gecorrigeerde betalingen voor aanbieders afhankelijk zijn van de omvang van de populatie; hoe kleiner de populatie, hoe groter het risico vanwege toevalsfluctuaties en hoe belangrijker adequate risicodeling. Idealiter volgt de ontwikkeling van de bekostigingssystematiek volgens bovengenoemde stappen de adequaatheid van de risicocorrectie en -deling.

Inbouwen van waarborgen voor goede kwaliteit

- *Overheid*: stuur strakker op kwaliteitstransparantie. De laatste jaren zijn op het gebied van transparantie weliswaar stappen gezet, doch het proces verloopt traag en de stabiliteit en kwaliteit van de meeste indicatorsets is beperkt. Bovendien zijn er nauwelijks indicatoren die daadwerkelijk uitkomsten van zorg meten. Het belang van centrale (overheids)sturing op transparantie wordt ook duidelijk uit buitenlandse ervaringen; lokale indicatorontwikkeling kan leiden tot wildgroei en eindeloos onderzoek naar / overleg over de ideale set indicatoren, en maakt benchmarking, zinvolle spiegelinformatie en evaluatie lastig. Ook in Nederland blijkt vanuit de veldpartijen dat het aantal structuur- en procesindicatoren niet in verhouding staat tot het nut van deze indicatoren (KPMG 2014). Strakker sturen is dus gewenst, doch ruimte om in te kunnen spelen op lokale zorgbehoeften moet blijven bestaan. Voorbeelden van stappen die de overheid kan nemen zijn⁸⁴:
 - Het geven van een aanwijzing aan de NZa via artikelen 7 en 38 van de Wmg om beschikbare databronnen voor kwaliteitsuitkomsten openbaar te maken. Het gaat hier

⁸⁴ Beide stappen zijn deels ontleend aan KPMG (2014).

om gegevens die al jaren worden geregistreerd en waarvan de relevantie evident is (e.g. de Nederlandse Kankerregistratie met overlevingscijfers per ziekenhuis, de Landelijke Trauma Registratie met 30-daagse overleving, de Surgical Colorectal Audit met cijfers over complicaties en overleving bij darmkanker, en PROM's voor een aantal electieve aandoeningen). Een nog niet volledig en betrouwbare registratie kan aanleiding geven tot gefaseerd gebruik bij de zorginkoop, bijvoorbeeld het eerste jaar alleen als spiegelinformatie en dialoog, het tweede jaar voor verbeterafspraken, en het derde jaar voor resultaatafspraken en uitkomstbekostiging.

- Bij het realiseren van meer transparantie is een belangrijke rol weggelegd voor het Kwaliteitsinstituut, die de ontwikkeling en toepassing van kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten beter moet gaan stroomlijnen en bevorderen. Een tweede stap zou kunnen bestaan uit een aanwijzing aan het Kwaliteitsinstituut om met veldpartijen een agenda met heldere tijdlijnen op te stellen, waarin per aandoening/zorgvraag zo precies mogelijk wordt beschreven welke uitkomsten gewenst zijn en in welke bronnen deze al beschikbaar zijn c.q. hoe deze gemeten moeten gaan worden.

In haar recente brief 'Kwaliteit loont' (Tweede Kamer 2015b) zet minister Schippers haar nieuwe plannen voor meer kwaliteitstransparantie uiteen. Een aantal passages is hoopgevend (zie kader). Inmiddels is één en ander verder uitgewerkt in een nieuwe brief ('Het jaar van de transparantie') en is bekend dat de minister jaarlijks €5 miljoen extra beschikbaar stelt voor het zo snel mogelijk realiseren van meer transparantie in de zorg (Tweede Kamer 2015a).

Passages uit de kamerbrief 'kwaliteit loont' d.d. 6 februari 2015

"In het kader van het jaar van de transparantie heb ik met partijen concrete afspraken gemaakt zodat informatie over kwaliteit van de 30 meest relevante aandoeningen versneld beschikbaar komt. Om het tempo er in te houden zal het Zorginstituut voortvarend gebruik maken van doorzettingsmacht. Met verzekeraars heb ik afgesproken dat zij voor deze aandoeningen alleen zorg zullen inkopen op basis van ontwikkelde kwaliteitsindicatoren. Ook worden dit jaar 300 richtlijnen van de wetenschappelijke verenigingen opgenomen in het register van het Kwaliteitsinstituut." [...]

"Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ levert eind 2016 enkele tientallen zorgstandaarden op. Deze worden opgenomen in het Kwaliteitsregister. Als de ontwikkeling stagneert, zal het Kwaliteitsinstituut actiever gebruik maken van de mogelijkheid doorzettingsmacht in te zetten. Tenslotte vraag ik het Kwaliteitsinstituut nog dit jaar met de sector uitkomstinformatie voor patiënten beschikbaar te maken. [...] Uitwerking volgt binnenkort in de agenda voor '2015 het jaar van de transparantie in de zorg'."

"Nu aanpassing van artikel 13 Zvw van de baan is, kiest het kabinet de weg van verscherpte kwaliteitsregels en -toezicht. [...] Voor de GGZ-sector stel ik aanvullende eisen aan kwaliteit en transparantie over de geleverde zorg. Het gaat in het bijzonder om het verplicht aanleveren van gegevens over de 'Routine-Outcome-Monitoring' waardoor er meer zicht op de uitkomst van behandelingen komt, en het verplichten van een gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem."

- **Zorgaanbieders:** wees transparant naar patiënten en zorgverzekeraars over de inhoud en de uitkomsten van zorg, en accepteer meer centrale sturing op de ontwikkeling en meting van indicatoren, alsmede op de registratie en openbaarmaking van de benodigde gegevens. Als aanbieders transparant worden over kwaliteitsuitkomsten, dan kan een groot deel van de huidige (met name: structuur- en proces-) indicatoren komen te vervallen. Het gaat hierbij niet alleen om klinische uitkomsten, maar ook om uitkomsten vanuit patiëntperspectief.

- *Zorgverzekeraars en zorgaanbieders*: werk aan adequate waarborgen voor goede kwaliteit en integreer financiële prikkels voor kwaliteit en voor kostenbeheersing. Verschraling van kwaliteit kan worden tegengegaan via een goed kwaliteitsmonitoringsysteem en expliciete prikkels voor goede kwaliteit. Ten aanzien van het laatste zijn diverse vormen denkbaar die in oplopende volgorde kunnen worden toegepast naar mate de (informatie over) kwaliteit betrouwbaarder en transparanter wordt: spiegelinformatie, verbeterafspraken, publicatie van kwaliteitsscores, financiële beloning bij goede kwaliteit, en geen contract(-verlenging) bij onvoldoende kwaliteit. Enkele voorzichtige aanbevelingen ten aanzien van de vormgeving van (financiële) prestatiebeloning zijn:
 - Contracteren op uitkomsten is een lange-termijnafpraak; geef zorgaanbieders de tijd om resultaten inzichtelijk te maken en te verbeteren en te innoveren;
 - Houd het systeem zo eenvoudig en overzichtelijk mogelijk, bijvoorbeeld via een relatief kleine indicatorset, maximaal twee/drie verbeterdoelen per indicator, heldere communicatie richting zorgaanbieders en ondersteuning bij dataverzameling;
 - Betrek zorgaanbieders actief bij de vormgeving en implementatie;
 - Stem de vormgeving af op de (perverse) prikkels in de basisbesteding en andere lopende verbeterinitiatieven, waaronder die van andere zorgverzekeraars;
 - Beloon absolute prestaties en verbetering in prestaties; vermijd relatieve doelen;
 - Maak prestatiedoelen bereikbaar voor alle zorgaanbieders, inclusief aanbieders die initieel slecht presteren. Vermijd alles-of-niets doelen, maar werk met meerdere doelen waarbij de prestatiebeloning toeneemt bij het bereiken van hogere doelen;
 - Maak gebruik van positieve (bonus) in plaats van negatieve prikkels (malus);
 - Maak de beloning niet te groot, maar ook niet te klein. De beloning moet voldoende zijn om de kosten van zorgverbetering te dekken, maar mag ook niet te groot zijn omdat dat kan leiden tot verschraling van niet gemeten/onbeloonde aspecten;
 - Organiseer werkconferenties waarin zorgaanbieders geleerde lessen en succes- en faalfactoren bij het doorvoeren van verbeteringen kunnen uitwisselen;
 - Combineer prestatiebeloning met stimulerende spiegelinformatie en eventueel het openbaar maken van de scores op de indicatoren.

Implementatie essentiële ICT-infrastructuur

- *Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en overheid*: werk gezamenlijk aan het implementeren en faciliteren van een hoogwaardige, gedeelde ICT-infrastructuur. Realisatie van een dergelijke structuur is essentieel maar kost tijd en is duur, wat pleit voor collectief optrekken/investeren in deze, gefaciliteerd door de overheid. Bestaande systemen op zorgaanbieder-/patiëntniveau moeten worden omgebouwd en vervolgens gekoppeld om te komen tot gedeelde systemen op multidisciplinair netwerk-/persoonsniveau. Het is hierbij van belang een balans te vinden tussen de privacy van de patiënt en de noodzaak tot uitwisseling van gegevens. Door middel van het standaardiseren van te registeren/rapporteren gegevens (e.g. tussen zorgverzekeraars onderling) wordt het voor zorgaanbieders aantrekkelijker om datasystemen te koppelen en de infrastructuur en het multidisciplinaire netwerk uit te breiden.

Versterken rol patiënt/zorgconsument

- *Overheid en zorgverzekeraars:* zorg voor betrouwbare en begrijpelijke informatie voor consumenten, onder meer ten aanzien van de (uitkomst)kwaliteit van aanbieders. Zowel de overheid (via het Kwaliteitsinstituut) als de veldpartijen hebben hier een belangrijke rol in. Heldere voorlichting vereist dat de transparantie in kwaliteit van zorg van voldoende niveau is. Daarnaast is het van belang dat de reeds beschikbare informatie (e.g. via websites als kiesbeter.nl en zorgkaartnederland.nl) beter vindbaar en begrijpelijker wordt.
- *Zorgaanbieders en patiënten:* betrek de patiënt/consument expliciet bij het eigen zorgtraject (e.g. het opstellen en volgen van behandelplannen) én de meting van kwaliteitsuitkomsten. Participatie bij de eigen zorg en de ontwikkeling van zorgstandaarden is van groot belang voor goede uitkomsten, maar gebeurt weinig (EIB 2012). Individuele zorgplannen waarin onder andere de rol van de patiënt ten aanzien van het eigen zorgtraject wordt benoemd, vormen de basis voor een goede participatie.
- *Patiëntenorganisaties:* realiseer bewustwording onder patiënten. Een belangrijke taak van patiëntenorganisaties is het geven van heldere voorlichting aan patiënten over wat integrale bekostiging van hun zorg betekent, wat daarvoor rechten en plichten zijn, en het belang van participatie bij de vormgeving en uitvoering van individuele zorgplannen (EIB 2012).

Beperken van complexiteit en bureaucratie

- *Zorgverzekeraars en overheid:* houdt de bekostiging en de wet- en regelgeving daaromtrent zo simpel mogelijk. Meerjarencontracten kunnen een bijdrage leveren aan de beperking van complexiteit, en gedeelde ICT kan de transactiekosten van goede coördinatie en afstemming beperkt houden. Uitkomstbekostiging is echter inherent complex, wat wederom pleit voor een weldoordachte en stapsgewijze implementatie.
- *Zorgverzekeraars:* stem het zorginkoopbeleid voor zover mogelijk binnen wettelijke kaders op koepelniveau op elkaar af. Maak met de beroepsgroepen afspraken over de vermindering van bureaucratie via synchronisatie van de zorginkoop. Dit beperkt mogelijke weerstand onder zorgaanbieders als gevolg van verschillende eisen van verschillende zorgverzekeraars. Bovendien wordt het freerider-probleem van zorgverzekeraars hiermee verkleind.

Overige uitdagingen

- *Overheid:* hanteer proactief mededingingstoezicht. Om te komen tot beter afgestemde zorg en doelmatige substitutie, moet sprake zijn van gezonde concurrentie, zowel op de markt waar zorgverzekeraars contracten afsluiten met hoofdaannemers, als op de markt waar hoofdaannemers contracten afsluiten met onderaannemers. Op beide markten blijkt van gezonde concurrentie thans niet altijd sprake. Hoewel machtsposities tijdelijk kunnen zijn en grote problemen in het uitoefenen van marktmacht vooralsnog niet zijn gesignaleerd (e.g. EIB 2012), is gezien de dominante positie die zorggroepen en ziekenhuizen in veel regio's innemen waakzaamheid geboden. Vanwege de afhankelijkheid van de hoofdaannemer kan de drempel voor het indienen van klachten voor onderaannemers bovendien hoog zijn. Proactief toezicht van de NZa en/of ACM is daarom vereist.
- *Overheid:* verschaf duidelijkheid over wat wel/niet is toegestaan binnen wet- en regelgeving en neem belemmeringen waar mogelijk weg. Ten eerste is het cruciaal dat prestaties zo open mogelijk worden omschreven zodat partijen op lokaal niveau afspraken kunnen maken. Van

dergelijke open beschrijvingen is momenteel vaak nog geen sprake.⁸⁵ Zo is er beperkt ruimte voor experimenteren met shared savings omdat er geen betaaltitel voor bestaat. Het kabinet lijkt dit probleem te onderkennen en er op korte termijn iets aan te willen doen:

“Recent heb ik vanuit de proeftuinen een verzoek ontvangen tot het creëren van een betaaltitel voor shared savings, omdat binnen huidige wet- en regelgeving geen ruimte zou zijn voor het experimenteren met shared savings. Ik beraad mij op dit moment op vervolgstappen” (Tweede Kamer 2014a).

“Prikkelers zijn nodig tot het leveren van meer integrale GGZ in samenwerking met andere professionals in de zorg. Daarom wil ik deze zorg gaan stimuleren door de regelgeving aan te passen. De bekostiging moet zodanig vorm krijgen dat kwaliteit en zorgverlening volgens zorgpaden en richtlijnen plaatsvindt en het leveren van zorg met andere aanbieders voorwaardelijk is voor het ontvangen van financiering. Deze aanpassingen zal ik doorvoeren in overleg met de huisartsen. Ik zal hiertoe de NZa een aanwijzing geven om de prestatiebeschrijvingen en de tariefbeschikkingen aan te passen” (Tweede Kamer 2015b).

“Daarnaast zal het kabinet zorgverzekeraars en zorgaanbieders veel meer vrijheid geven over datgene waarover zij zelf afspraken maken (prestatieomschrijvingen). Om ervoor te zorgen dat veelbelovende innovaties en nieuwe initiatieven gericht op kwaliteit en doelmatigheid sneller kunnen worden ingevoerd, wil het kabinet toestaan dat zorgaanbieders en verzekeraars zelf afspraken maken over zorgprestaties. De NZa ziet toe op een goede benutting van deze ruimte” (Tweede Kamer 2015b).

Ten tweede is het van belang om duidelijkheid te geven over eventuele solvabiliteitseisen voor zorgaanbieders wanneer zij financieel risico gaan dragen. De buitenlandse ervaringen laten zien dat onduidelijkheid hierover de implementatie in de praktijk kan vertragen en frustreren. Tenslotte verdient het overweging om samenhangende zorg die niet volledig onder het basispakket valt toch als verzekerde zorg aan te merken indien het wordt geleverd als onderdeel van een ketenprogramma.

- *Zorgverzekeraars en overheid:* creëer adequate doelmatigheidsprikkelers voor consumenten (e.g. via gepaste eigen betalingen) en zorgverzekeraars (via goede risicoverevening). De totstandkoming van adequate uitkomstbekostiging voor zorgaanbieders kan uiteindelijk alleen slagen als ook de prikkelers voor zorgverzekeraars en zorggebruikers adequaat zijn.

⁸⁵ De NZa stelt ‘prestaties’ vast op basis waarvan aanbieders kunnen worden betaald. Vaste prestatieomschrijvingen zorgen ervoor dat afspraken over de inhoud en organisatie van de zorg beperkt mogelijk zijn. Veldpartijen kunnen wel nieuwe prestaties aanvragen, maar dat zorgt vaak voor veel vertraging (NZa 2014a).

Referenties

- Algemene Rekenkamer. 2013. *Indicatoren voor kwaliteit van de zorg*. Den Haag: Sdu.
- Ash, A.S., Ellis, R.P. 2012. Risk-adjusted Payment and Performance Assessment for Primary Care. *Medical Care* 50(8): 643-653.
- Berwick, D.M. 2011. Launching accountable care organizations – the proposed rule for the Medicare shared savings program. *The New England Journal of Medicine* 364(16): e32.
- Berwick, D.M., Nolan, T.W., Whittington, J. 2008. The triple aim: care, health, and cost. *Health Affairs* 27(3): 759-769.
- Bhattacharya, T., Freiberg, A., Mehta, P., Katz, J. 2009. Measuring the report card: the validity of pay for performance metrics in orthopedic surgery. *Health Affairs* 28(2): 526-532.
- Brantes, F. de, Rastogi, A., Painter, M. 2010. Reducing potentially avoidable complications in patients with chronic diseases: The Prometheus payment approach. *Health Services Research* 45(6 Pt 2): 1854-1871.
- Brantes, F. de, Rosenthal, M. B., Painter, M. 2009. Building a bridge from fragmentation to accountability--the Prometheus payment model. *The New England Journal of Medicine* 361(11): 1033-1036.
- Busse, R., Stahl, J. 2014. Integrated Care Experiences And Outcomes In Germany, The Netherlands, And England. *Health Affairs* 33(9):1549-1558.
- Casale, A.S., Paulus, R.A., Selna, M.J., Doll, M.C., Bothe Jr., A.E., McKinley, K.E., Berry, S.A., Davis, D.E., Gilfillan, R.J., Hamory, B.H., Steele, G.D. 2007. “ProvenCareSM”: A provider-driven pay-for-performance program for acute episodic cardiac surgical care. *Annals of Surgery* 246(4): 613-621.
- Chernew, M. E., Mechanic, R. E., Landon, B. E., & Safran, D. G. 2011. Private-payer innovation in Massachusetts: The ‘alternative quality contract’. *Health Affairs* 30(1): 51-61.
- Crebolder, H.F.J.M. 1992. Budgettering van en door huisartsenpraktijken. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 136(33): 1589-1591.
- De Volkskrant. 1988. Verzekeringskamer tornt aan uitvoering Tandplan. 21 december 1988.
- Dijk, C.E. van, Venema, B., Jong, J.D. de, Bakker, D.H. de. 2014. Market competition and price of disease management programmes: an observational study. *BMC Health Services Research* 14: 510-516.
- Donabedian, A. 1988. The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association* 260(12): 1743-1748.
- Douven, R.C.M.H., Mocking, R., Mosca, I. 2012. *The effect of physician fees and density differences on regional variation in hospital treatments*. CPB Discussion paper 208. Den Haag: Centraal Planbureau.
- Drewes, H., Heijink, R., Struijs, J., Baan, C. 2014. Landelijke monitor populatiemanagement. Deel 1: beschrijving proeftuinen. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Ebbinge, M. 2014. Parkinson Centrum Nijmegen experimenteert met uitkomstbepaling. *Zorgvisie weekverzicht voor beleid en management* 43(42): 3.
- Eijkenaar, F., Ven, W.P.M.M. van de, Schut, F.T. 2012. *Uitkomstbepaling in de zorg. Internationale voorbeelden en relevantie voor Nederland*. Onderzoek in opdracht van het ministerie van VWS, september 2012.
- Eijkenaar, F. 2013. *Pay-for-performance for healthcare providers. Design, performance measurement, and (unintended) effects*. Proefschrift. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Ellis, R.P., McGuire, T.G. 1986. Provider behavior under prospective reimbursement. Cost sharing and supply. *Journal of Health Economics* 5: 129-151.

- Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging. 2012. *Integrale bekostiging van zorg: Werk in uitvoering*. Eindrapport. Den Haag: Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging.
- Fetter, R.B., Thompson, J.D., Averill, R.F. 1981. *Development, testing, and evaluation of a prospective case-payment reimbursement system*. Final report. Baltimore: Health Care Financing Administration.
- Fisher, E.S., McClellan, M.B., Safran, D.G. 2011. Building the path to accountable care. *The New England Journal of Medicine* 365(26): 2445-2447.
- Frederick, S., Loewenstein, G. O'Donoghue, T. 2002. Time discounting and time preference: a critical review. *Journal of Economic Literature* 40(2): 351-401.
- Gaynor, M., Rebitzer, J.B., Taylor, L.J. 2004. Physician incentives in health maintenance organizations. *Journal of Political Economy* 112(4): 915-31.
- Gelb Safran, D. 2014. Improving Health Care Quality While Reducing Medical Spending Growth: The Alternative Quality Contract. Presentatie op het VGE congres, 30 januari.
- Gijzen, R., Oostrom, S.H. van, Schellevis, F.C. 2014. Hoeveel mensen hebben één of meer chronische ziekten? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.
- Gillam, S.J., Siriwardena, A.N., Steel, N. 2012. Pay-for-Performance in the United Kingdom: Impact of the Quality and Outcomes Framework – A systematic review. *Annals of Family Medicine* 10(5): 461-468.
- Glickman, S.W., Ou, F.S., DeLong, E.R., Roe, M.T., Lytle, B.L., Mulgund, J., Rumsfeld, J.S., Gibler, W.B., Ohman, E.M., Schulman, K., Peterson, E.D. 2007. Pay for performance, quality of care, and outcomes in acute myocardial infarction. *JAMA* 297(21): 2373-2380.
- Harrison, M.J., Dusheiko, M., Sutton, M. Gravelle, H., Doran, T., Roland, M. 2014. Effect of a national primary care pay for performance scheme on emergency hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: controlled longitudinal study. *British Medical Journal* 349:g6423.
- Hasaart, F. 2011. *Incentives in the diagnosis treatment combination payment system for specialist medical care – a study about behavioral responses of medical specialists and hospitals in the Netherlands*. Proefschrift. Universiteit van Maastricht.
- Heuvel, J. van den. 2011. Maak verzekeraar en ziekenhuis partners. *Medisch Contact* 66(23): 1445-1447.
- Hildebrandt, H., Hermann, C., Knittel, R. Richter-Reichhelm, M. Siegel, A., Witzenrath, W. 2010. Gesundes Kinzigtal: improving population health by a shared health gain approach and a shared savings contract. *International Journal of Integrated Care* 10, 23.
- Hildebrandt, H. Schulte, T., Stunder, B. 2012. Triple Aim in Kinzigtal, Germany. Improving population health, integrating health care and reducing costs of care – lessons for the UK? *Journal of Integrated Care* 20(4): 205-222.
- Holmstrom, B., Milgrom, P. 1991. Multitask principal-agent analyses: Incentive contracts, asset ownership, and job design. *Journal of Law, Economics, and Organization* 7(1): 24-52.
- Horst, A. van der, Rele, H. ter. 2013. *De prijs van gelijke zorg*. CPB Policy Brief | 2013/01. Den Haag: Centraal Planbureau.
- Hussey, P.S., Ridgely, M.S., Rosenthal, M.B. 2011. The PROMETHEUS bundled payment experiment: Slow start shows problems in implementing new payment models. *Health Affairs* 30(11): 2116-2124.
- Jha, A.K., Joynt, K.E., Orav, E.J., Epstein, A. 2012. Long-Term Effect of Premier Pay for Performance on Patient Outcomes. *The New England Journal of Medicine* 366(17):1606-15.
- Jong-van Til, T.J. de, Lemmens, L.C., Baan, C.A., Struijs, J.N. 2012. *De organisatie van zorggroepen anno 2011: Huidige stand van zaken en de ontwikkelingen in de afgelopen jaren*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

- Kahneman, D., Knetsch, J.L., Thaler R. 1986. Fairness as a constraint on profit seeking: Entitlements in the market. *The American Economic Review* 76(4): 728-741.
- Kahneman, D., Tversky, A. 1979. Prospect theory: An analysis of decision under risk. *Econometrica* 47(2): 263-291.
- Kary, W. 2013. *Bundled Episode Payment and Gainsharing Demonstration. Technical White Paper*. Oakland: Integrated Healthcare Association.
- Keuzenkamp, H. 2012. De ziekenhuisbekostiging gefileerd. In: Schut, F.T., Varkevisser, M. (red.) *Een economisch gezonde gezondheidszorg*. KVS preadviezen. Den Haag: Sdu.
- Kleef, R.C. van, Schut, F.T., Ven, W.P.M.M. van de 2014. Evaluatie zorgstelsel en risicoverevening acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet: succes verzekerd? Onderzoeksrapport iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Kleef, R.C. van, van de Ven, W.P.M.M. 2012. Gepaste eigen betalingen in de basisverzekering. *Economisch Statistische Berichten* 97 (4644S): 24-30.
- KPMG. 2013. Populatiebekostiging: waarom, wat en hoe? KPMG Advisory N.V.
- KPMG. 2014. Evaluatie Zorgverzekeringswet. Eindrapportage. KPMG Advisory N.V.
- Kristensen, S.R., Meacock, R., Turner, A.J., Boaden, R., McDonald, R., Roland, M., Sutton, M. 2014. Long-Term Effect of Hospital Pay for Performance on Mortality in England. *The New England Journal of Medicine* 371(6): 540-548.
- L&M Policy Research. 2013. *Evaluation of CMMI Accountable Care Organization Initiatives: Effect of Pioneer ACOs on Medicare Spending in the First Year*. 13 November. Washington, DC: L&M Policy Research, LLC.
- Lee, T.H., Bothe, A., Steele, G.D. 2012. How Geisinger Structures Its Physicians' Compensation To Support Improvements In Quality, Efficiency, And Volume. *Health Affairs* 31(9): 2068-2073.
- LHV. 2014a. LHV vraagt verzekeraar DSW om uitleg over afschaffen consulttarief. 2 december, <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/lhv-vraagt-verzekeraar-dsw-om-uitleg-over-afschaffen-consulttarief>.
- LHV. 2014b. Zorgverzekeraars passen systeem resultaatbeloning aan. 27 november, <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/zorgverzekeraars-passen-systeem-resultaatbeloning-aan>.
- Lindenauer, P.K., Remus, D., Roman, S., Rothberg, M.B., Benjamin, E.M., Ma, A., Bratzler, D.W. 2007. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. *New England Journal of Medicine* 356(5): 486-496.
- Maassen, H. 2012. Geïntegreerde zorg in het Zwarte Woud. *Medisch Contact* 67: 690-693.
- Mehrotra, A., Sorbero, M.E., Damberg, C.L. 2010. Using the lessons of behavioral economics to design more effective pay-for-performance programs. *American Journal of Managed Care* 16(7): 497-503.
- McCarthy, M., Mueller, K., Wrenn, J. 2009. *Geisinger Health System: Achieving the Potential of System Integration Through Innovation, Leadership, Measurement, and Incentives*. Case Study, Organized Health Care Delivery System. Commonwealth Fund Publication 1233, Vol 9.
- McClellan, M., Kent, J., Beales, S., Macdonnel, M., Thoumi, A., Shuttleworth, B. 2014. *Focusing accountability on the outcomes that matter*. Accountable Care Working Group.
- McDonald, R., Zaidi, S., Todd, S., Konteh, F., Hussein, K., Brown, S., Kristensen, S.R., Sutton, M. 2013. *Evaluation of the Commissioning for Quality and Innovation Framework. Final Report, February 2013*. University of Nottingham/Manchester.
- McWilliams, Landon, B.E., Chernew, M.E. 2013. Changes in Health Care Spending and Quality for Medicare Beneficiaries Associated With a Commercial ACO Contract. *JAMA* 310(8):829-836.

- Meacock, R., Kristensen, S.R., Sutton, M. 2014a. The cost-effectiveness of using financial incentives to improve quality: a framework and application. *Health Economics* 23: 1-13.
- Meacock, R., Kristensen, S.R., Sutton, M. 2014b. Paying for improvements in quality: recent experience in the NHS in England. *Nordic Journal of Health Economics* 239-255.
- NOS. 2015. 500 huisartsen weigeren contract met VGZ. 3 januari, nos.nl/artikel/2011617-500-huisartsen-weigeren-contract-met-vgz.html.
- NZa. 2012. *Marktscan Ketenzorg. Weergave van de markt 2007-2010*. Juli 2012. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa. 2013. *Advies bekostiging wijkverpleging in de Zorgverzekeringswet. Overheveling extramurale verpleging van de AWBZ naar de Zvw*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa. 2014a. *Stand van de zorgmarkten 2014*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa. 2014b. *Monitor en beleidsbrief Zorginkoop*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa. 2014c. *Monitor integrale bekostiging medisch specialistische zorg*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa. 2014d. *Advies bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Het 3-segmenten-model*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa. 2015. *Advies bekostiging verpleging en verzorging in de Zorgverzekeringswet. Op weg naar integrale zorgbekostiging met resultaatbeloning*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Omachi, T.A., Gregorich, S.E., Eisner, M.D., Penaloza, R.A., Tolstykh, I.V., Yelin, E.H. 2013. Risk adjustment for health care financing in chronic disease: what are we missing by failing to account for disease severity? *Medical Care* 51(8): 740-747.
- Paulus, R.A., Davis, K., Steele, G. 2008. Continuous innovation in health care: Implications of the Geisinger experience. *Health Affairs* 27(5): 1235-1245.
- Pham, H.H., Cohen, M., Conway, P.H. 2014. The Pioneer Accountable Care Organization Model. Improving Quality and Lowering Costs. *JAMA* 312(16):1635-1636.
- Pope, G.C., Kautter, J., Ellis, R.P., Ash, A.S., Ayanian, J.Z., Lezzoni, L.I., Ingber, M.J., Levy, J.M., Robst, J. 2004. Risk adjustment of Medicare capitation payments using the CMS-HCC model. *Health Care Financing Review* 25(4): 119-141.
- Raad voor Volksgezondheid en Zorg. 2011. *Sturen op gezondheidsdoelen*. Den Haag: RVZ.
- Ridgley, M.S., de Vries, D., Bazic, K.J., Hussey, P.S. 2014. Bundled Payment Fails To Gain A Foothold In California: The Experience Of The IHA Bundled Payment Demonstration. *Health Affairs* 33(8): 1345-1352.
- Robinson, J.C. 2001. Theory and Practice in the Design of Physician Payment Incentives. *The Milbank Quarterly* 79(2): 149-177.
- Roland, M., Campbell, S. 2014. Successes and Failures of Pay for Performance in the United Kingdom. *New England Journal of Medicine* 370(20): 1944-1949.
- Ruwaard, S. 2014. What can we learn from provider-payer contracts in healthcare? iBMG lunch seminar, 16 oktober 2014, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Ruwaard, S., Douven, R., Struijs, J., Polder, J. 2014. Hoe kopen zorgverzekeraars in bij ziekenhuizen? Een analyse van de contracten tussen verzekeraars en ziekenhuizen. *TPE digitaal* 8(2): 98-117.
- Ryan, A.M. 2009. Hospital-based pay-for-performance in the United States. *Health Economics* 18(10): 1109-1113.
- Ryan, A.M. 2010. Has pay-for-performance decreased access for minority patients? *Health Services Research* 45(1): 6-23.
- Ryan, A.M., Blustein, J. 2012. Making the Best of Hospital Pay for Performance. *The New England Journal of Medicine* 366(17): 1557-1559.

- Ryan, A.M., Blustein, J., Casalino, L. 2012. Medicare's flagship test of pay-for-performance did not spur more rapid quality improvement among low-performing hospitals. *Health Affairs*, 31(4): 797-805.
- Ryan, A.M., Damberg, C.L. 2013. What can the past of pay-for-performance tell us about the future of Value-Based Purchasing in Medicare? *Healthcare* 1: 42-49.
- Ryan, A.M., Burgess Jr., J.F., Pesko, M.F., Borden, W.B., Dimick, J.B. 2014. The Early Effects of Medicare's Mandatory Hospital Pay-for-Performance Program. *Health Services Research* DOI: 10.1111/1475-6773.12206.
- Shortell, S.M., Casalino, L.P., Fisher, E.S. 2010. How the center for Medicare and Medicaid innovation should test accountable care organizations. *Health Affairs* 29(7): 1293-1298.
- Skipr. 2014. Integraal tarief voor geboortezorg Friesland. 25 november 2014, <http://www.skipr.nl/actueel/id20520-integraal-tarief-voor-geboortezorg-friesland-.html>.
- Skipr. 2015. NVZ: innovatie vergt meerjarencontracten. 4 februari 2015, <http://www.skipr.nl/actueel/id21333-nvz-innovatie-vergt-meerjarencontracten.html>.
- Song, Z. 2014a. *Payment Reform in Massachusetts: Health Care Spending and Quality in Accountable Care Organizations 4 Years into Global Payment*. Boston: Harvard University.
- Song, Z. 2014b. Rose, S., Safran, D.G., Landon, B.E., Day, M.P., Chernew, M.E. Changes in Health Care Spending and Quality 4 Years into Global Payment. *New England Journal of Medicine* 371(18): 1704-1714.
- Song, Z., Safran, D.G., Landon, B.E., Landrum, M.B., He, Y., Mechanic, R.E., Day, M.P., Chernew, M.E. 2012. The 'alternative quality contract,' based on a global budget, lowered medical spending and improved quality. *Health Affairs* 31(8):1885-94.
- Steenbergen, E. van. 2014. Groot conflict huisartsen en Achmea om contracten. *NRCQ*, 13 december. www.nrcq.nl/2014/12/13/groot-conflict-huisartsen-en-achmea-om-contracten.
- Sutton, M., Nikolova, S., Boaden, R., Lester, H., McDonald, R., Roland, M. 2012. Reduced Mortality with Hospital Pay for Performance in England. *New England Journal of Medicine* 367(19): 1821-1828.
- Town, R., Wholey, D.R., Kralewski, J. Dowd, B. 2004. Assessing the influence of incentives on physicians and medical groups. *Medical Care Research and Review* 61: s80-s118.
- Tweede Kamer. 2011. Vaststelling begrotingsstaten van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor het jaar 2012. Motie van het lid Smilde c.s. 33000 nr. 45.
- Tweede Kamer. 2012. Kamerbrief Stand van zaken toezeggingen VWS. 33400, nr. 15.
- Tweede Kamer. 2013. Kamerbrief Proeftuinen en pilots 'betere zorg met minder kosten'. 32620, nr. 85
- Tweede Kamer. 2014a. Kamerbrief Proeftuinen, populatiekenmerken, uitkomstbekostiging. 32620, nr. 113.
- Tweede Kamer. 2014b. Kamerbrief Bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. 33578, nr. 6.
- Tweede Kamer. 2014c. Kamerbrief Bekostiging wijkverpleging. 30597, nr. 440.
- Tweede Kamer. 2015a. Kamerbrief Het jaar van de transparantie. Z03664.
- Tweede Kamer. 2015b. Kamerbrief Kwaliteit loont. Z02120.
- Varkevisser, M., Van der Geest, S., Appelman, M., Struijs, J. 2009. Regionale machtspositie zorggroepen baart zorgen. *Economisch Statistische Berichten* 94(4572): 701.
- Ven, W.P.M.M. van de. 2014. 'Risk Equalization and Risk Adjustment, the European Perspective'. In: Culyer, A.J. (ed.), *Encyclopedia of Health Economics*, Vol. 3, pp. 281-288 San Diego: Elsevier.
- Vermaas, A. 1995. Doelmatigheidsopslagen voor huisartsen. *Medisch Contact* 50(2):47-8.
- Vermaas, A. 1996. Budgethoudende huisartspraktijken: vijf jaar ervaring met "general practice fundholding". *Medisch Contact* 51: 1053-1057.

- Vermaas, A. 2006. *Agency, managed care and financial risk-sharing in general medical practice*. Proefschrift. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Voort, F. van der, Ikkersheim, D. 2013. Concrete stappen richting uitkomstbekostiging. Skipr Blog 16 december 2013, <http://www.skipr.nl/blogs/id1686-concrete-stappen-richting-uitkomstbekostiging-.html>
- Weisbrod, B.A. 1991. The health care quadrilemma: an essay on technological change, insurance, quality, and cost containment. *Journal of Economic Literature* XXIX: 523-552.
- Williams, T., Robinson, J. 2013. *Bundled Episode-of-Care Payment for Orthopedic Surgery: The IHA Initiative*. Issue Brief, september 2013. Oakland: Integrated Healthcare Association.
- Williams, T., Yegian, J. 2014. Bundled Payment: Learning From Our Failures. *Health Affairs* blog. Internet, geraadpleegd 1 december 2014. Bereikbaar op <http://healthaffairs.org/blog/2014/08/05/bundled-payment-learning-from-our-failures/>.
- Zorgverzekeraars Nederland. 2014. Persbericht 09-04-14: ZN publiceert praktijkvariatie ziekenhuizen. Internet, geraadpleegd 22-10-2014. Bereikbaar op www.zn.nl/concept/nieuws/pers/persbericht/?newsId=f9504494-3458-4ef0-8b33-327b11c0ad23.

Erasmus University Rotterdam (EUR)
Institute of Health Policy & Management

Bayle (J) Building

Burgemeester Oudlaan 50

3062 PA Rotterdam, The Netherlands

T +31 10 408 8555

E info@bmg.eur.nl

W www.bmg.eur.nl