

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

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



Geachte lezer,

Voor u ligt de samenvatting van het rapport 'Uitkomstbesteding in de zorg: een (on)begaanbare weg?' – de basis voor het 15e Clingendael European Health Forum, georganiseerd door de Pharmaceutical Committee van de American Chamber of Commerce (AmCham). Met deze reeks fora wil AmCham vertegenwoordigers van veldpartijen in de Nederlandse zorg de gelegenheid bieden om een discussie te voeren over belangrijke thema's en uitdagingen in de zorg.

De visie van AmCham is dat innovaties de zorg kunnen verbeteren en innovatieve geneesmiddelen helpen om de zorg duurzaam betaalbaar te houden. Voor optimale implementatie van innovatie is een goede dialoog tussen veldpartijen een randvoorwaarde. Daarnaast heeft dialoog doorgaans **op zichzelf** al een verbeterende werking. Dit was in 2001 de reden om de eerste editie te organiseren van het Clingendael European Health Forum. De formule is de afgelopen 15 jaar ongewijzigd gebleven: een presentatie van nieuw onderzoek, uitgevoerd door een gerenommeerd onderzoeksinstituut, dat vervolgens de basis vormt voor de discussie op het symposium. Wij hopen dat wij met de combinatie van nieuw onderzoek en de discussie daarover samen met u een waardevolle bijdrage leveren aan de oplossing van knelpunten in de zorg.

Voorbeelden van onderwerpen op de fora van de afgelopen jaren zijn zelfzorg, private investeringen in de zorg, de implementatie

van arbeidsbesparende innovaties en meest recent, in 2014, een evaluatie van acht jaar Zorgverzekeringswet in Nederland. De onderzoekers van het Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam concludeerden dat de Nederlandse gezondheidszorg met het ordeningssysteem van 'gereguleerde concurrentie' op de goede weg is, maar dat een belangrijke uitdaging is om informatie over de kwaliteit van zorg te verbeteren. Bij onvoldoende aandacht voor kwaliteit bestaat het risico dat het zorgstelsel zich in toenemende mate uitsluitend richt op kostenreductie en niet op een goede kwaliteit/prijsverhouding, aldus de onderzoekers.

Hiermee was de vervolgvraag voor het 15e Clingendael Symposium geboren. Minister Schippers benoemde 'uitkomstbesteding' reeds in 2012 als middel om tot doelmatige zorg van (aantoonbare) hoge kwaliteit te komen. Vanwege de uitstekende ervaringen met de onderzoekers van iBMG, de door u getoonde belangstelling voor het onderwerp

en de vaak gehoorde veronderstelling dat uitkomstbesteding geldt als panacee voor een goede prijs/kwaliteitverhouding meenden wij met dit onderwerp in een behoefte te voorzien.

Tezamen met dr. Frank Eijkenaar en prof. dr. Erik Schut van iBMG bieden wij u met genoegen dit rapport aan. Hierin staat de vraag centraal wat de potentie van uitkomstbesteding voor kwaliteitsverbetering is in de Nederlandse zorg, welke vooruitgang wordt geboekt en wat de agenda voor de komende jaren is om eraan bij te dragen dat we in 2020 met uitkomstbesteding bereiken wat aan het begin van dit decennium als gewenst werd beschouwd.

Wij danken u voor uw interesse en deelname aan onze bijeenkomsten. Wij zien ernaar uit om de gewaardeerde dialoog met u in de komende jaren te continueren, zowel fysiek als via onze digitale wegen www.amchampc.org en [@clinghealth](https://twitter.com/clinghealth).

Namens de AmCham Pharmaceutical Committee,

Dr. Michel van Agthoven, voorzitter



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 wens om te komen tot een meer vraaggerichte en uitkomstgerelateerde bekostiging wordt in Nederland breed gedeeld. In 2011 nam de Tweede Kamer zelfs 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 belangrijke lessen voor Nederland, en (3) het 'beoordelen' van de bekostigingssystemen in de Nederlandse curatieve zorg en het formuleren van een agenda en aanbevelingen voor betrokken 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. De vijf dimensies vormen een weerslag van de maatschappelijke discussie over de beoogde doelen van een adequaat bekostigingssysteem.

- 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 vijf de** 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 Tabel 1).

Tabel 1. **Bekostigingsmethoden** in relatie tot financiële prikkels voor goede uitkomsten van zorg

Bekostiging (monodisciplinair):	Dimensies van goede uitkomsten van zorg				
	Goede kwaliteit van zorg	Kostenbewust gedrag	Goede coördinatie en substitutie	Kosten-effectieve innovatie	Effectieve preventie
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 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 Tabel 2). Sterker nog, bij onvoldoende realisatie van deze voorwaarden kan het resultaat op een aantal uitkomstdimensies zelfs minder goed uitpakken dan onder de huidige bekostiging. Met andere woorden:

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.

Tabel 2. **Randvoorwaarden en potentiële knelpunten** van adequate uitkomstbekostiging

Randvoorwaarde	Potentiële knelpunten
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
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, indicatoren en ICT Vormgeving en implementatie prestatiebeloning complex
6. 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
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 basisverzekering en aanvullende verzekering Solvabiliteitseisen De Nederlandsche Bank voor zorgaanbieders bij risicodeling
10. 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 (zie Tabel 3). 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 slechts 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.

Tabel 3. **Geïncludeerde 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	VK	Kwaliteit	+
	4. Commissioning for quality & innovation	VK	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.

Tabel 4. **Succes- en faalfactoren** bij de implementatie van uitkomstbekostiging in de zorg

Succesfactoren	Faalfactoren
Multidisciplinaire basisbekostiging	
<ul style="list-style-type: none"> • Door artsen geleide geïntegreerde zorgorganisaties • Hoogwaardige, gedeelde ICT-infrastructuur • Gebruik van meerjarencontracten (vertrouwen) • Afbakening populatie op basis van 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 high-impact 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 zorgaanbieders 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 ('box ticking') • 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

De internationale ervaringen met uitkomstbekostiging in de zorg bieden interessante lessen voor Nederland. Hieronder bespreken we de tien belangrijkste.

- 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 registreren 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. Risicobepalende 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 uitkomstbekostiging. Naast ex ante risicocorrectie zijn andere risicobepalende 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 hoofdaannemers aan onderaannemers. 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

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 huisartsenzorg 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.

uitkomstbekostiging Parkinsonzorg in Nijmegen. Onderstaande tabel geeft een samenvattend overzicht van de mate waarin in de bekostigingssystemen

en –initiatieven in Nederland sprake is van stimulansen voor goede uitkomsten van zorg.

Tabel 5. **Nederlandse bekostigingssystemen en hervormingsinitiatieven** in relatie tot prikkels voor goede uitkomsten

Bekostigingsmodel / hervormingsinitiatief	Dimensies van goede uitkomsten van zorg				
	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 beloofd. Ook is in toenemende mate sprake van

bekostiging per **zorgbundel** (vaak geleverd door groepen van zorgaanbieders) in plaats van per **zorgactiviteit**. 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 **veel 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 zorgepisodes (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 bekniptelen 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 en 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. Verschraling 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.

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