

# HET WAAROM VAN ALTERNATIEVE BEKOSTIGINGS-MODELLEN IN DE ZORG

Frank Eijkenaar en Jeroen Struijs

*Nederland staat voor de enorme uitdaging om de gezondheidszorg voor iedereen betaalbaar te houden zonder daarbij in te boeten op kwaliteit en toegankelijkheid. Het beroep dat op de zorg wordt gedaan is groot en zal de komende jaren verder toenemen als gevolg van vergrijzing en steeds complexer wordende zorgvragen. Tegelijkertijd is er een toenemende krapte op de arbeidsmarkt. De urgentie om de schaarse middelen zo doelmatig mogelijk te besteden is dan ook groter dan ooit.<sup>1,2</sup>*

*Via landelijke initiatieven waaronder het integraal zorgakkoord, het programma uitkomstgerichte zorg<sup>3</sup>, de juiste zorg op de juiste plek<sup>4</sup> en passende zorg<sup>2</sup>, wordt gepoogd een verandering op gang te brengen gericht op het realiseren van zoveel mogelijk winst in gezondheid en functioneren tegen zo laag mogelijke kosten, en met een focus op gezondheid in plaats van ziekte. Een belangrijke pijler van die initiatieven is de financiële prikkels voor zorgaanbieders op die ambitie te laten aansluiten. Op dit moment is dat nog niet het geval, iets waarover brede overeenstemming bestaat in politiek, beleid en praktijk.*



## HUIDIGE BEKOSTIGING WERKT VAAK BELEMMEREND

De financiële prikkels in de manieren waarop zorgaanbieders worden betaald voor de zorg die zij leveren (hierna aangeduid met 'bekostiging'), zijn momenteel nog sterk gericht op volume van zorg. Kortgezegd geldt dat hoe meer zorg er wordt verleend, hoe meer er wordt verdiend. Hoewel dit voor bepaalde zorgactiviteiten wenselijk kan zijn, is dit gezien bovengenoemde uitdaging geen houdbare situatie. Daarnaast bevat de huidige bekostiging meestal geen link met goede kwaliteit van zorg en gezondheidsuitkomsten, en zijn preventie en goede samenwerking met andere aanbieders in de zorgketen onvoldoende lonend. Deze tekortkomingen geven niet alleen een stimulans tot het leveren van onnodige of onnodig dure zorg, maar werken zorgaanbieders die (willen) investeren in passende zorg tegen.<sup>5,6</sup>

# HET WAAROM VAN ALTERNATIEVE BEKOSTIGINGSMODELLEN IN DE ZORG

## VERSHUIVING FINANCIËLE VERANTWOORDELIJKHEID

In binnen- en buitenland wordt daarom nagedacht over en geëxperimenteerd met alternatieve vormen van bekostiging, waarmee de financiële prikkels meer in lijn kunnen worden gebracht met de betreffende systeemdoelen. Gegeven de centrale rol van artsen en andere zorgaanbieders in het stelsel en hun voorsprong in kennis over wat passende zorg is in een gegeven situatie, is dit vanuit een agency perspectief van groot belang.<sup>7-10</sup> Een belang dat wordt onderstreept door overtuigend bewijs op basis van tientallen jaren gezondheidseconomisch onderzoek dat zorgaanbieders reageren op (veranderingen in) financiële prikkels, en meestal in de theoretisch te verwachten richting.<sup>11</sup>

Een gemeenschappelijk kenmerk van alternatieve bekostigingsmodellen is dat financiële verantwoordelijkheid voor zorguitgaven wordt verschoven van betaler – zoals een zorgverzekeraar – naar zorgaanbieder (of groep van zorgaanbieders). Hierdoor ontstaat een stimulans en ruimte voor de zorgaanbieder om de zorg naar eigen inzicht zo efficiënt mogelijk in te richten en verspilling tegen te gaan. De bekostiging sluit daarmee naar verwachting ook beter aan op de intrinsieke motivatie van de zorgaanbieder. Een belangrijk conceptueel onderscheid in dit kader, is dat tussen financiële 'verantwoordelijkheid' en het feitelijke financiële 'risico' dat de aanbieder draagt. Het verschuiven van financiële verantwoordelijkheid kan gepaard gaan met grote financiële risico's voor de zorgaanbieder (bijvoorbeeld in geval van te lage prijzen), maar ook met zeer beperkte risico's (bijvoorbeeld bij te hoge prijzen).

Een ander cruciaal onderscheid is dat tussen enerzijds het deel van de (variatie in) zorguitgaven dat beïnvloedbaar is door de zorgaanbieder via de zorgverlening en waar de zorgaanbieder dus redelijkerwijs verantwoordelijk voor kan worden gehouden (in de internationale literatuur ook wel performance risk genoemd) en anderzijds het deel waar de zorgaanbieder geen verantwoordelijkheid voor zou moeten dragen omdat

het uitgaven betreffen die (1) onvoorspelbaar zijn c.q. door toevallige omstandigheden tot stand komen of (2) voorspelbaar zijn op basis van specifieke kenmerken van de patiëntenpopulatie zoals leeftijd, geslacht en gezondheid (in de literatuur ook wel insurance risk genoemd).<sup>9,12-14</sup> Idealiter wordt bij bekostigingshervorming alleen performance risk verschoven naar de zorgaanbieder en blijft het insurance risk bij de betaler c.q. verzekeraar. Hoewel theoretisch een helder onderscheid, is het in de praktijk zeer lastig zo niet onmogelijk om de twee typen risks volledig van elkaar te scheiden in de bekostiging omdat de determinanten van zorggebruik vaak overlappen, met elkaar samenhangen of überhaupt onduidelijk zijn.<sup>15</sup> De uitdaging is om via een slimme vormgeving een zodanige balans te vinden in de verantwoordelijkheden die betaler en aanbieder dragen dat de aanbieder maximaal wordt gestimuleerd tot het organiseren en leveren van passende zorg met zo min mogelijk (kans op) ongewenste neveneffecten.<sup>13</sup> Die balans is geen vaststaand gegeven en verschilt tussen zorgaanbieders en van context tot context.

## ALTERNATIEVE BEKOSTIGINGSMODELLEN

Op basis van de mate waarin en voor welke zorg financiële verantwoordelijkheid wordt verschoven naar de aanbieder, is een onderscheid te maken in vier vormen van alternatieve bekostiging (zie tabel hiernaast). In de tabel zijn deze vier vormen geordend van beperkte financiële verantwoordelijkheid (prestatiebeloning) naar een hoge mate van financiële verantwoordelijkheid (populatiebekostiging) voor de zorgaanbieder.<sup>16,17</sup>

De minst vérgaande variant is prestatiebeloning. Bij deze vorm blijft de verantwoordelijkheid voor zorgaanbieders beperkt tot aspecten van de zorg die expliciet meetbaar zijn met indicatoren. Omdat de zorg en vooral de kwaliteit daarvan zich echter lastig op een valide en betrouwbare manier in maat en getal laat uitdrukken, wordt in de praktijk meestal gewerkt met een beperkt aantal indicatoren die bovendien vooral gaan over het zorgproces.<sup>18</sup> Dit type alternatief bekostigingsmodel zal daarom altijd

VIER TYPEN ALTERNATIEVE BEKOSTIGINGSMODELLEN, IN VOLGORDE VAN BEPERKTE (PRESTATIEBELONING) NAAR VEEL (POPULATIEBEKOSTIGING) FINANCIËLE VERANTWOORDELIJKHEID VOOR DE ZORGAANBIEDER

Type	Omschrijving	Voorbeelden uit Nederland
<b>Prestatiebeloning (pay-for-performance)</b>	Expliciete betalingen voor het behalen van doelen m.b.t. een set vooraf gedefinieerde prestatie-indicatoren. De indicatoren gaan in de praktijk meestal over kwaliteit, maar steeds vaker wordt ook gewerkt met indicatoren die betrekking hebben op bijvoorbeeld toegankelijkheid en ICT-toepassingen zoals eHealth.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dotter- en bypassoperatie n.a.v. coronair lijden (Menzis, diverse ziekenhuizen)</li> <li>• Doelmatig voorschrijven van medicijnen door huisartsen (landelijk)</li> </ul>
<b>Shared savings/losses</b>	Aanbieders worden betaald volgens de huidige bekostiging, maar delen achteraf in gerealiseerde besparingen of verliezen ten opzichte van een vooraf bepaalde uitgavendoelstelling. Die doelstelling kan betrekking hebben op een bepaald type zorg, een bepaalde aandoening of een bepaalde populatie binnen een regio. Bij modellen waarbij de aanbieder alleen deelt in besparingen wordt gesproken van upside risk; wanneer de aanbieder ook verantwoordelijkheid draagt voor verliezen (downside risk) is het risico tweezijdig.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acuut herseninfarct (Zilveren Kruis, diverse zorgaanbieders in regio Rotterdam)</li> <li>• Heup-/knievervanging n.a.v. ernstige artrose (Menzis, diverse ziekenhuizen)</li> </ul>
<b>Bundelbekostiging (bundled payment)</b>	Eén vast bedrag voor het leveren van een samenhangend pakket aan zorg rondom een bepaalde aandoening. Zorgaanbieders houden meer over wanneer onnodige zorg wordt voorkomen, maar lopen in beginsel ook risico over de kosten van complicaties. Het verschil met shared savings/losses is dat de betaler niet deelt in gerealiseerde besparingen/verliezen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrale bekostiging chronische zorgprogramma's voor diabetes, COPD, en vasculair risicomanagement (verzekeraars en zorggroepen)</li> <li>• Integrale bekostiging geboortezorg (diverse verzekeraars en integrale geboortezorg organisaties)</li> </ul>
<b>Populatiebekostiging (global payment)</b>	Eén vast bedrag voor het leveren van een samenhangend, ziekte-overstijgend pakket aan zorg voor een afgebakende populatie. Het verschil met bundelbekostiging is dat populatiebekostiging niet slechts betrekking heeft op zorg rondom een bepaalde aandoening, maar de totale zorgvraag van een populatie omvat.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• All-in tarief huisartsenzorg (Menzis en Arts en Zorg)</li> <li>• Consultloze bekostiging huisartsenzorg (DSW en diverse huisartspraktijken)</li> </ul>

Bron: gebaseerd op De Vries et al. 2021<sup>16</sup>

# HET WAAROM VAN ALTERNATIEVE BEKOSTIGINGSMODELLEN IN DE ZORG

een relatief klein percentage van de totale inkomsten van de zorgaanbieder raken en aanvullend zijn op een ander bekostigingsmodel – momenteel nog vaak een vorm van volumebekostiging – zonder directe link met meetbare prestaties (zie box).<sup>19</sup> Dit is waarschijnlijk een belangrijke reden voor het feit dat prestatiebeloning-initiatieven in de praktijk voornamelijk nauwelijks tot noemenswaardige verbeteringen in kwaliteit en doelmatigheid hebben geleid.<sup>20,21</sup> Voor de andere drie vormen van alternatieve bekostiging is het empirische bewijs veelbelovender.<sup>22-24</sup> Hoewel veel meer onderzoek nodig is, is het waarschijnlijk dat dit verschil in effectiviteit deels wordt gedreven door meer financiële verantwoordelijkheid voor de zorgaanbieder bij shared savings/losses, bundelbekostiging en populatiebekostiging. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat de effectiviteit sterk lijkt af te hangen van de precieze vormgeving van het bekostigingsmodel en de mate waarin sprake is van de 'juiste' omstandigheden en voldaan is aan noodzakelijke voorwaarden. Zo vereist invoering van een bekostigingsmodel met financiële verantwoordelijkheid voor het totale Zvw-pakket het bestaan van zorgorganisaties die dergelijke verantwoordelijkheid kunnen dragen, alsook een systeem waarmee bij de prijszetting op adequate wijze rekening kan worden gehouden met verschillen in zorgvraagzwaarte tussen populaties.

## VAN THEORIE NAAR PRAKTIJK

Ondanks de brede consensus over de noodzaak tot hervorming van de huidige bekostiging van zorgaanbieders en de sterke theoretische basis van alternatieve bekostigingsmodellen<sup>27</sup>, komt de gewenste transitie in Nederland maar moeizaam op gang. Er lopen weliswaar enkele veelbelovende initiatieven, maar de meeste daarvan zijn kleinschalig en komen voornamelijk niet verder dan lokale of hooguit regionale implementatie. Daarnaast stranden veel initiatieven in de ontwikkelfase, zonder scherpe analyse van de oorzaken. Naast het feit dat veel keuzes in de vormgeving gepaard

## PRESTATIEBELONING EN HET MULTITASKING PROBLEEM<sup>8,25,26</sup>

Het werk van zorgaanbieders omvat een grote variëteit aan taken van uiteenlopende complexiteit. Voor een deel zijn die taken en de uitkomsten daarvan goed meetbaar en toe te schrijven aan het handelen van de zorgaanbieder. Een voorbeeld is het percentage patiënten met een hartinfarct dat bij aankomst in het ziekenhuis direct de juiste medicatie krijgt. Het overgrote deel van het werk en de uitkomsten daarvan zijn echter niet of nauwelijks observeerbaar en/of expliciet te linken aan het handelen van de zorgaanbieder. Een voorbeeld is het optreden van een complicatie na een operatie; enerzijds kan sprake zijn geweest van kwalitatief onvoldoende zorg, maar het is ook mogelijk dat de patiënt op voorhand al een hoge kans had op een complicatie vanwege zijn/haar specifieke kenmerken of gedrag, of dat de complicatie door toevallige omstandigheden is ontstaan. De uitdaging om te komen tot een uitgebalanceerde set van prikkels in situaties waarbij (de gewenste uitkomsten van) sommige taken eenvoudig te meten zijn maar (die van) andere taken niet, wordt in de wetenschappelijke literatuur aangeduid met het multitasking probleem. Dit probleem stelt beperkingen aan het gebruik van expliciete financiële prikkels voor meetbare aspecten van zorg, ofwel prestatiebeloning. Wanneer het gedeelte van de inkomsten van zorgaanbieders dat is gebaseerd op prestatiebeloning niet in verhouding staat tot de mate waarin de betreffende zorg valide en betrouwbaar te meten is, bestaat het gevaar van een disproportionele focus op de gemeten en beloonde aspecten, wat ten koste kan gaan van ongemeten en onbeloonde (maar daarmee niet per se minder belangrijke) aspecten. Prestatiebeloning zal daarom altijd moeten worden toegepast in combinatie met een ander bekostigingsmodel dat niet expliciet gekoppeld is aan meetbare prestaties.

gaan met een lastige afruil tussen gewenste en ongewenste prikkels en mogelijke effecten, is een belangrijke reden dat nog onvoldoende kennis bestaat over welk type alternatief bekostigingsmodel en welke specifieke vormgeving daarvan in de praktijk het beste werken, en waarom en onder welke omstandigheden.<sup>28</sup>

Om die kennislacunes te dichten en gegeven de uitdagingen waar het zorgstelsel en aanpalende domeinen voor staan, is het belangrijk dat op grotere schaal met alternatieve bekostigings-modellen wordt geëxperimenteerd én dat deze experimenten grondig worden geëvalueerd en geleerde lessen (zowel van successen als mislukkingen) breed worden gedeeld.<sup>6</sup> Voor het zetten van betekenisvolle stappen hierin lijkt een duidelijke langetermijnvisie vanuit de overheid met een hieraan gerelateerd landelijk actieprogramma met ruimte om te experimenteren wenselijk. Hoewel de transitie naar alternatieve bekostigingsmodellen in de zorg complex en uitdagend is met bovendien onzekere uitkomsten, is het in stand houden van de huidige bekostiging geen houdbare optie. Hoog tijd dus om te investeren in alternatieven.

**Frank Eijkenaar is universitair hoofddocent aan de Erasmus School of Health Policy & Management, Erasmus University Rotterdam**

**Jeroen Struijs is universitair hoofddocent aan Health Campus Den Haag**

## REFERENTIES

1. WRR. Kiezen voor Houdbare Zorg. 2021 rapport nr. 104.
2. ZIN & NZa. Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú. 2020.
3. <https://www.uitkomstgerichtezorg.nl/>
4. <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/>
5. Cattel D. ESB 2021;106(4794):86-89
6. NZa. Interview Eijkenaar, Hayen & Struijs. NZa magazine 02 Passende zorg: hoe organiseer je dat? 2021
7. Christianson JB & Conrad D. The Oxford Handbook of Health Economics. 2012.
8. Chalkley MJ. Oxford Research Encyclopedia of Economics and Finance 2018, p. 1-14.
9. Vermaas A. Proefschrift 2006, Erasmus Universiteit Rotterdam.
10. Robinson JC. Milbank Q 2003;79: 149-177.
11. McGuire TG. The Oxford Handbook of Health Economics. 2012, Oxford Academic.
12. Miller HD. Health Aff 2009;28: 1418-1428.
13. Frakt AB & Mayes R. Health Aff 2012;31:1951-1958.
14. De Brantes F et al. Health Serv Res 2010;45:1854-1871.
15. Gajadien CS et al. Eur J of Health Econ 2022; epub Apr 12.
16. De Vries EF et al. Int J Integr Care 2021;21: 6.
17. HCP-LAN. Alternative Payment Model Framework, 2017. MITRE Corporation.
18. Eijkenaar F. Proefschrift 2013, Erasmus Universiteit Rotterdam.
19. Cattel D et al. Health Econ Pol Law 2020;15:94-112.
20. Mendelson A et al. Ann Intern Med 2017;166:341-353.
21. Eijkenaar F et al. Health Pol 2013;110: 115-130.
22. Struijs JN et al. The Commonwealth Fund Issue Brief, April 2020.
23. Cattel D & Eijkenaar F. Med Care Res Rev 2020;77:511-537.
24. Frakt AB. The New York Times 2019, October 9.
25. Holmstrom B & Milgrom P. Asset Ownership, and Job Design 1991;7: 24-52.
26. Eggleston K. J Health Econ 2005;24:211-223.
27. Conrad DA. Health Serv Res 2015;50:2057-2089.
28. <https://www.zonmw.nl/onderzoek-resultaten/kwaliteit-van-zorg/programmas/project-detail/uitkomstgericht-organiseren-en-betalen/bundle-betalen-voor-uitkomsten-in-de-nederlandse-medisch-specialistische-zorg-doen-leren-en-evalu/>