

DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTvG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTvG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

Bekostiging van zorgaanbieders

Frank Eijkenaar

Bekostiging van zorgaanbieders – ofwel de manier waarop zorgaanbieders worden betaald voor de zorg die zij leveren – is in Nederland een belangrijk onderwerp van maatschappelijk debat en voortdurend in het nieuws. Recente voorbeelden zijn de rol van perverse ‘productieprikkels’ voor medisch specialisten die het op gang komen van de beweging ‘de juiste zorg op de juiste plek’ bemoeilijken en het toenemende belang dat wordt gehecht aan betalen voor ‘waarde’ in plaats van voor ‘volume’.¹⁻³ Deze aandacht is op zichzelf niet nieuw en evenmin verrassend, gezien de uitdagingen waar het zorgstelsel voor staat. In toenemende mate lijkt in de discussies over dit onderwerp echter een Babylonische spraakverwarring te ontstaan, waarbij verschillende termen worden gebruikt voor dezelfde bekostigingsvorm en andersom. Hoe zit het nu precies met die bekostiging? Welke smaken zijn er te onderscheiden, hoe verhouden die zich tot elkaar en wat zijn belangrijke voor- en nadelen? In dit artikel bespreken we zes veelvoorkomende vormen (zie figuur 1) en staan we stil bij de vraag: hoe verder met de bekostiging in Nederland?

Betaling per zorgactiviteit	Betaling per ziekte-episode	Betaling per aandoening	Betaling per persoon	Vast bedrag per periode	Resultaatbeloning/ uitkomstbekostiging
+ hoge (arbeids) productiviteit	+ efficiënte inrichting zorgactiviteiten	+ goede afstemming tussen aanbieders	+ prikkel tot kostenbeheersing	+ zekerheid over de zorgkosten die onder de betaling vallen, kostenbeheersing	+ prikkel voor performance/kwaliteit
+ transparantie over geleverde zorg	+ eenduidige onderhandelingsstaf aanbieder	+ prikkel tot elimineren onnodig(e) (dure) zorg binnen keten	+ primaire preventie lonend	- vol maken budget, afstraffen doelmatigheid in verleden	+ theoretisch en intuïtief aantrekkelijk
+ geen onderbehandeling	+ en verzekeraar	+ voorkómen complicaties lonend (mits onder bundel)	- risicoselectie bij inadequate correctie/vormgeving	- onderbehandeling in verleden	- performance/kwaliteit zeer lastig meetbaar, daarom altijd in combinatie met andere bekostigingsvorm
- overbehandeling en ‘upcoding’	- volumeprikkel en ‘upcoding’	- discussie over bundeldefinities	- onderbehandeling op kwaliteit	- onderbehandeling/geen productiviteitsprikkel	- vormgeving/implementatie complex
- doelmatige substitutie en afstemming	- risicoselectie bij inadequate correctie	- discussie over bundeldefinities	- afwenteling op andere aanbieders (afhankelijk van reikwijdte zorgpakket)	- wachtlijsten	- mogelijke verschroming niet-gemeten/onbeloofde zorgaspecten
- kwaliteit en preventie niet lonend	- kwaliteit en preventie niet lonend	- discussie over bundeldefinities		- kwaliteit en innovatie niet lonend	- risicoselectie bij inadequate correctie
		- fragmentatie in geval van multimorbiditeit			- effectiviteit niet aangetoond
		- primaire preventie niet lonend			

Figuur

De voor- en nadelen van zes bekostigingsvormen

Betaling per zorgactiviteit

Eén van de meest voorkomende en tevens meest bediscussieerde bekostigingsvormen is betaling per zorgactiviteit. Voorbeelden zijn het huisartsconsult, plaatsing van een spiraaltje en het nemen van een huidbiopt. Voordelen van deze vorm zijn transparantie over de geleverde zorg en prikkels voor een hoge (arbeids)productiviteit. Ook is onderbehandeling onwaarschijnlijk, maar de keerzijde is dat overbehandeling en ‘upcoding’ op de loer liggen. Andere nadelen zijn dat preventie en goede kwaliteit niet worden gestimuleerd – er wordt immers betaald voor behandelen en extra zorg vanwege complicaties kan afzonderlijk worden gedeclareerd. Ten slotte zijn doelmatige substitutie (de juiste zorg op de juiste plek) en goede afstemming met andere zorgaanbieders niet lonend, wat kan leiden tot onnodig dure zorg en fragmentatie.

Betaling per ziekte-episode

Een bekend voorbeeld van betaling per ziekte-episode zijn de DBC-zorgproducten in de ziekenhuiszorg. Hierbij ontvangt de aanbieder in beginsel één prijs voor alle consulten, diagnostiek, behandelingen, opnames en controles die een patiënt binnen zijn/haar ziekte-episode in het ziekenhuis ondergaat. Een voordeel is dat het loont om de betreffende zorgactiviteiten zo efficiënt mogelijk in te richten en op elkaar af te stemmen. Ook biedt het in principe een eenduidige onderhandelingsstapel voor aanbieder en verzekeraar.

Er zijn echter ook belangrijke nadelen. Ten eerste bestaat er een volumeprikkel en kan upcoding ook hier een gevaar vormen, afhankelijk van het aantal en de inhoud van de beschikbare zorgproducten. Ook zouden aanbieders tot risicoselectie kunnen worden aangezet wanneer patiënten binnen eenzelfde product sterk verschillen in zorgzwaarte. Dit nadeel kan worden ondervangen door producten nauwkeuriger af te stemmen op specifieke patiëntengroepen. Potentieel nadeel van zo'n verfijning is echter dat deze ook de mogelijkheden voor upcoding vergroot. Ten slotte geldt dat goede kwaliteit en preventie niet lonen omdat (opnieuw) behandelen financieel aantrekkelijk is.

Betaling per aandoening

Deze bekostigingsvorm gaat uit van een vooraf bepaald bedrag voor het leveren van – in beginsel – alle zorg die nodig is voor de behandeling van een bepaalde aandoening over een bepaalde periode, ongeacht waar en door wie. Een voorbeeld is het Rotterdamse initiatief 'Betere ketenzorg bij acuut herseninfarct'.⁴ Een ander voorbeeld zijn de keten-DBC's voor diverse chronische aandoeningen, waarbij een zorggroep een vast bedrag per patiënt met de betreffende aandoening ontvangt. De betrokken aanbieders worden zo gestimuleerd om de zorg goed op elkaar af te stemmen en onnodig(e) (dure) zorg te elimineren. Ook loont het om direct optimale kwaliteit te leveren om complicaties te voorkomen omdat deze in principe onder de betaling vallen. In de praktijk valt echter vaak nog slechts een beperkt deel van alle benodigde zorg onder de betaling. Meestal wordt gestart met het bundelen van zorg binnen een bepaald echelon (zoals ziekenhuiszorg) en/of voor een bepaalde patiëntencategorie (bijvoorbeeld alleen patiënten met heupartrose die een operatie ondergaan), met de intentie om stapsgewijs op te schalen naar andere echelons en patiëntencategorieën. Naarmate de reikwijdte en daarmee het financiële risico voor de zorgaanbieders groter worden, neemt echter ook de prikkel tot risicoselectie toe. Dit is te ondervangen door te corrigeren voor zorgzwaarte, maar dat is niet eenvoudig. Een ander nadeel is dat de focus op één aandoening ligt, wat vooral problematisch is in geval van multimorbiditeit. Een mogelijke oplossing is om de bekostiging niet per aandoening, maar per patiënt vorm te geven. Voordeel hiervan is dat de patiënt niet wordt 'opgeknipt' in aandoeningen en dat er sprake is van een holistische, persoonsgerichte benadering. Een voorbeeld in deze richting is het contract tussen Zilveren Kruis en het OLVG voor hiv-patiënten, waarbij ook wordt gekeken naar bijkomende psychische klachten en hart- en vaataandoeningen.⁵

Betaling per persoon

Hierbij ontvangt de aanbieder een vooraf bepaald bedrag per persoon per periode voor een afgebakend zorgpakket. Een voorbeeld is het inschrijftarief voor huisartsen. Omdat de aanbieder hiermee verantwoordelijk wordt voor de zorg(kosten) van een afgebakende populatie, wordt deze vorm vaak ook aangeduid als 'populatiebekostiging'. Net als bij betaling per aandoening/patiënt loopt de aanbieder risico over het verschil tussen de betaling en de gemaakte kosten (het 'financiële resultaat'), wat stimuleert tot kostenbeheersing. Daarnaast is preventie lonend; hoe gezonder immers de populatie, hoe lager de gemiddelde zorgkosten. Logischerwijs neemt het risico voor de aanbieder toe naarmate meer zorgvormen onder de betaling vallen. Voor Nederlandse huisartsen is het risico relatief beperkt omdat het zorgpakket alleen huisartsenzorg omvat en bovendien ook consultarieven kunnen worden gedeclareerd. Er lopen in Nederland echter experimenten met 'consultloze bekostiging', waarbij huisartsen vrijwel alleen worden betaald via het inschrijftarief.^{6,7} Een volgende stap kan zijn om het pakket uit te breiden met andere zorgvormen, zoals (een deel van de) vervolgzorg in ziekenhuizen.⁸

Mogelijke nadelen van betaling per persoon zijn onderbehandeling, afwenteling op andere aanbieders en risicoselectie. Omdat de betaling betrekking heeft op een breder scala aan zorg dan bij betaling per aandoening/patiënt het geval is, is de prikkel tot risicoselectie groter, waarmee ook het belang van een goede correctie voor gezondheidskenmerken van de populatie toeneemt. Bij zowel betaling per aandoening als bij betaling per persoon is de mate waarin bovenbeschreven prikkels gelden sterk afhankelijk van enerzijds de reikwijdte van het zorgpakket en anderzijds de vraag of de zorgaanbieder gedeeltelijke of volledige verantwoordelijkheid draagt voor het financiële resultaat. Gedeeltelijke verantwoordelijkheid kan tot uiting komen in het met de verzekeraar delen van gerealiseerde 'savings' (bij een positief resultaat) of 'losses' (bij een negatief resultaat). Zeker bij een omvangrijk zorgpakket is dergelijke 'risicodeling' gewenst omdat zorgaanbieders geen verzekeraars zijn en meestal te weinig patiënten hebben om grote, onverwachte fluctuaties in financiële resultaten op te kunnen vangen.

Vast bedrag per periode

Bij deze vorm gaat het om een budget voor een organisatie of een salaris voor een individu (loondienst). Het verschil met betaling per persoon is dat geen sprake is van een afgebakende populatie waar de aanbieder financieel verantwoordelijk voor is. Een voordeel van deze vorm is dat deze zekerheid biedt over de onder de betaling vallende zorgkosten. Dit voordeel heeft een grote rol gespeeld in de keuze van zorgverzekeraars en ziekenhuizen om vanaf 2012 jaarlijks massaal vaste aanneemsommen of omzetplafonds af te spreken. Dit garandeert immers dat de in de hoofdlijnenakkoorden afgesproken maximale macrokostengroei niet wordt overschreden.⁹ Bij een salaris bestaat in principe een prikkel om zo min mogelijk zorg te leveren. Bij een budget kan deze prikkel ook gelden, maar dat hoeft niet. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat het budget voor de volgende periode wordt verlaagd als het niet volledig wordt besteed, wat juist stimuleert tot het 'vol maken' van het budget en bovendien doelmatigheid afstraft. Hoewel onderbehandeling niet direct wordt gestimuleerd, is niet uitgesloten dat uiteindelijk minder zorg wordt geleverd dan nodig is omdat er geen prikkel bestaat voor een hoge productiviteit. Een ander nadeel is dat wachtlijsten kunnen ontstaan en zowel kwaliteit als innovatie niet loont. Dit laatste was een van de redenen voor afschaffing van de budgetfinanciering en invoering van de DBC-systematiek in de Nederlandse ziekenhuiszorg.

Resultaatsbeloning/uitkomstbekostiging

Bij deze bekostigingsvorm – vaak aangeduid met 'pay-for-performance' – ontvangt de zorgaanbieder een expliciete financiële beloning (of straf) op basis van de scores op een x-aantal indicatoren. Het gaat hierbij dus om betalen voor meetbare aspecten van 'performance'. Meestal betreft dit kwaliteit van zorg, waarbij sprake is van uitkomstbekostiging wanneer de indicatoren betrekking hebben op klinische of patiëntgerapporteerde uitkomsten. In de praktijk wordt voornamelijk echter vooral gebruikgemaakt van procesindicatoren omdat uitkomsten en de bijdragen van zorgaanbieders daaraan lastig in maat en getal zijn uit te drukken. 'Pay-for-performance' wordt daarom in de regel gecombineerd met bovenbeschreven bekostigingsvormen, bijvoorbeeld ter 'correctie' van de prikkel tot onderbehandeling bij betaling per persoon.¹⁰

Hoewel deze bekostigingsvorm theoretisch en intuïtief aantrekkelijk is, blijkt toepassing in de praktijk weerbarstig te zijn. Vormgeving en implementatie zijn uiterst complex en bovendien bestaat het risico dat aanbieders zich te veel gaan richten op hetgeen gemeten wordt, waardoor niet-gemeten zorgaspecten kunnen verschromelen. Verder ligt ook hier risicoselectie op de loer, zeker bij uitkomstbekostiging. Toepassing van deze bekostigingsvorm vergt dan ook de nodige terughoudendheid, temeer omdat de effectiviteit allerminst is aangetoond.¹¹

Hoe verder in Nederland?

In het Nederlandse zorgstelsel ligt bij de bekostiging momenteel sterk de nadruk op het betalen voor afzonderlijke zorgactiviteiten of ziekte-episodes. Ondanks enkele voordelen draagt deze situatie duidelijk niet bij aan doelmatige en kwalitatief hoogwaardige zorg. Integendeel: het werkt kostenopdrijvend, zonder enige stimulans voor goede kwaliteit, sectoroverstijgende samenwerking, preventie en innovatie. Dat kan en moet dus anders, iets wat zowel de politiek als veldpartijen gelukkig steeds meer onderkennen. Maar op welk alternatief moet dan worden ingezet?

Zoals zo vaak in de zorg is het antwoord niet eenvoudig en sterk afhankelijk van de context en mate waarin belangrijke voorwaarden zijn vervuld. De complexiteit blijkt al uit bovenstaande bespreking, terwijl die feitelijk nog een sterk versimpelde weergave van de werkelijkheid is. Zo bestaat de huidige bekostigingssystematiek voor huisartsen niet uit één maar uit vier verschillende vormen, wat de transparantie beperkt en tevens zijn weerslag heeft op de prikkels. Des te groter de noodzaak dat partijen die bij hervorming van de bekostiging zijn betrokken zo snel mogelijk dezelfde taal gaan spreken, zodat in ieder geval geen energie en momentum verloren gaan aan onnodige verwarring en wederzijds (semantisch) onbegrip. Dit artikel biedt daarvoor een handreiking.

Hoewel een eenduidig antwoord ontbreekt, is wel duidelijk dat de bekostiging op een hoger aggregatieniveau zou moeten plaatsvinden dan op basis van afzonderlijke activiteiten of episodes. Recente analyses laten zien dat het ideaaltypische bekostigingsmodel bestaat uit een combinatie van een integrale, sectoroverstijgende bekostiging per persoon (populatiebekostiging) en – ter voorkoming van onderbehandeling en beknipten op kwaliteit – expliciete beloningen voor goede uitkomsten.^{10,12} Hoewel we daar in Nederland nog niet klaar voor lijken te zijn, betekent dat niet dat er geen stappen in die richting kunnen worden gezet.^{12,13} Dat gebeurt ook al in de vorm van bundelbekostiging op aandoeningsniveau, maar het gaat allemaal langzaam en met kleine stapjes tegelijk. Naast het wegnemen van de nodige praktische en technische obstakels, ligt de belangrijkste uitdaging voor de nabije toekomst vooral in het creëren van voldoende urgentiebesef en wederzijds vertrouwen – niet alleen tussen verzekeraars en aanbieders, maar zeker ook tussen aanbieders onderling. Gezien de uitdagingen waar het zorgstelsel voor staat is het van groot belang daar snel en concreet werk van te maken.

- Online artikel en reageren op nvtg.nl/D4624
- Erasmus School of Health Policy & Management, Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam. Dr. F. Eijkenaar, universitair hoofddocent.
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.
- Aanvaard op 7 december 2019
- Citeer als: *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2020;164:D4624

Literatuur

1. Kiers B. 2019. Productieprikkels msb's belemmert zorg op juiste plek: <https://www.zorgvisie.nl/productieprikkels-msbs-belemmert-zorg-op-juiste-plek/>, geraadpleegd 18 november 2019.
2. Nederlandse Zorgautoriteit. 2019. Meer actie nodig voor 'juiste zorg op de juiste plek': <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2019/06/18/nza-meer-actie-nodig-voor-%E2%80%98juiste-zorg-op-de-juiste-plek%E2%80%99>, geraadpleegd 18 november 2019.
3. Nederlandse Zorgautoriteit. Advies bekostiging medisch-specialistische zorg: belonen van zorg die waarde toevoegt. Utrecht: NZa; 2018.
4. Zilveren Kruis. 2018. Een herseninfarct. Opeens kun je niet meer lopen. Of praten. Afspraken in de zorgketen verhogen de kwaliteit voor de patiënt: <https://nieuws.zilverenkruis.nl/een-herseninfarct-opeens-kun-je-niet-meer-lopen-of-praten/>, geraadpleegd 18 november 2019.
5. OLVG. OLVG en Zilveren Kruis sluiten contract voor hiv-zorg op uitkomsten: <https://www.olvg.nl/nieuws/olvg-en-zilveren-kruis-sluiten-contract-voor-hiv-zorg-op-uitkomsten>, geraadpleegd 18 november 2019.
6. Van der Geest M. Met nieuw all-intarief moet huisarts goedkopere zorg kunnen leveren. *De Volkskrant*, 3 oktober 2017.
7. Visser J. Zuid-Hollandse huisartsen werken zonder consulttarief. *Med Contact*. 2015;1614-16.
8. Vermaas A. Budgethoudende huisartspraktijken: vijf jaar ervaring met 'general practice fundholding'. *Med Contact*. 1996;51:1053-7.
9. Ruwaard S, Douven R, Struijs J, Polder J. Hoe kopen zorgverzekeraars in bij ziekenhuizen? Een analyse van de contracten tussen verzekeraars en ziekenhuizen. *TPE digitaal*. 2014;8:98-117.
10. Cattel D, Eijkenaar F. Value-based provider payment initiatives combining global payments with explicit quality incentives: a systematic review. *Med Care Res Rev*. 2019 juni 19:1077558719856775 [Epub ahead of print].
11. Mendelson A, Kondo K, Damberg C, et al. The effects of pay-for-performance programs on health, health care use, and processes of care: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2017;166:341-53.
12. Eijkenaar F, Schut FT. Hoe uitkomstbekostiging in de zorg kan slagen. *Economisch Statistische Berichten*. 2015;100:308-11.
13. De Vries E, Drewes H, Struijs J, Heijink R, Baan C. Barriers to payment reform: experiences from nine Dutch population health management sites. *Health Policy*. 2019;123:1100-07.