

Uitkomstbekostiging in de zorg

Internationale voorbeelden en relevantie voor Nederland

Frank Eijkenaar MSc
Prof.dr. Wynand van de Ven
Prof.dr. Erik Schut

2012.05

Ziektekostenverzekering (ZKV)



ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM
INSTITUUT BELEID & MANAGEMENT
GEZONDHEIDSZORG

Uitkomstbekostiging in de zorg

Internationale voorbeelden en relevantie voor Nederland

Publicatiedatum

September 2012

Auteurs

Frank Eijkenaar MSc
Prof. dr. Wynand van de Ven
Prof. dr. Erik Schut

Contactgegevens

Erasmus Universiteit Rotterdam
instituut Beleid & Management Gezondheidszorg
Tel. 010 - 408 8555
research@bmg.eur.nl
www.bmg.eur.nl



Voorwoord

Perverse prikkels in de huidige bekostigingssystemen in de curatieve zorg worden vaak genoemd als factor die in belangrijke mate bijdraagt aan kostenstijgingen en een ondoelmatige inzet van middelen in deze sector. Uitkomstbekostiging – bekostiging van zorg die gericht is op het stimuleren van goede uitkomsten van medische behandeling in termen van kwaliteit en kosten – wordt gezien als een methode waarmee de volumegroei van onnodige zorg en van zorg waarvoor doelmatiger alternatieven voorhanden zijn beperkt kan worden. Tegen deze achtergrond heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een onderzoeksopdracht uitgegeven over internationale voorbeelden van uitkomstbekostiging. Voor u ligt het rapport waarin verslag wordt gedaan van het hieruit voortvloeiende literatuuronderzoek dat is uitgevoerd door het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG), Erasmus Universiteit Rotterdam. Uiteindelijk zijn zeven voorbeelden van ziekenhuisspecifieke uitkomstbekostiging en negen voorbeelden van sectoroverstijgende uitkomstbekostiging (één gezamenlijke betaling voor minimaal twee typen zorgaanbieders) in het rapport opgenomen. De beschreven voorbeelden kunnen volop inspiratie bieden om te komen tot *integrale bekostiging per verzekerde* in Nederland. Het perspectief om uitkomstbekostiging de komende jaren in Nederland te realiseren lijkt gunstig en zeker geen onhaalbare uitkomst.

Frank Eijkenaar

Wynand van de Ven

Erik Schut

Rotterdam, september 2012

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	7
1. Inleiding.....	11
1.1 Achtergrond en onderzoeksvragen.....	11
1.2 Methode.....	13
1.3 Leeswijzer.....	13
2. Begrippenkader.....	14
3. Ziekenhuisspecifieke uitkomstbekostiging.....	20
3.1 Verenigde Staten.....	21
3.2 Engeland.....	27
3.3 Australië.....	30
3.4 Taiwan.....	32
3.5 Korea.....	36
4. Sectoroverstijgende uitkomstbekostiging.....	39
4.1 Verenigde Staten.....	39
4.2 Engeland.....	60
4.3 Duitsland.....	62
4.4 Israël.....	66
5. Conclusie en relevantie voor Nederland.....	69
5.1 Conclusie.....	69
5.2 Relevantie voor Nederland.....	72
Referenties.....	76
Bijlage: Categorisering van voorbeelden van ziekenhuisspecifieke uitkomstbekostiging.....	83

Samenvatting

In november 2011 heeft de Tweede Kamer de regering opgeroepen in overleg met alle partijen te komen tot een breed gedeelde en breed gedragen visie met als uitkomst de introductie van uitkomstbekostiging uiterlijk in 2020, liefst eerder.¹ In dit rapport wordt op basis van een literatuuronderzoek een beschrijving gegeven van zestien internationale voorbeelden van uitkomstbekostiging in de curatieve zorg. Onder uitkomstbekostiging wordt in dit onderzoek verstaan “bekostiging van zorg die gericht is op het stimuleren van goede uitkomsten van medische behandelingen in termen van kwaliteit (bijvoorbeeld bloedsuikerwaarden voor diabetici, complicaties, heropnames, mortaliteit) en kosten”. Met uitkomstbekostiging wordt beoogd de doelmatigheid (in brede zin) in de zorg te vergroten.

Een onderscheid is gemaakt tussen ziekenhuisspecifieke uitkomstbekostiging (zeven voorbeelden) en sectoroverstijgende uitkomstbekostiging (negen voorbeelden). Bij sectoroverstijgende uitkomstbekostiging is sprake van één gezamenlijke betaling voor zorg verleend door minimaal twee typen zorgaanbieders. Hierbij worden schotten tussen typen zorgaanbieders overbrugd en kunnen prikkels worden ingebracht tot effectieve samenwerking en coördinatie van zorg. Een vérgaande vorm hiervan is *integrale bekostiging per verzekerde* (soms aangeduid als ‘populatiebekostiging’), waarbij zorginkopers (financiële) afspraken maken met een breed scala aan zorgaanbieders over de te realiseren gezondheidsuitkomsten voor een afgebakende verzekerdenpopulatie. Voorts is een onderscheid gemaakt in betaling per consult/verrichting en betaling per zorgbundel. Betaling per zorgbundel kan vervolgens plaatsvinden per patiënt per ziekenhuisopname, per patiënt per periode (bijvoorbeeld een ziekte-episode of een jaar), of per verzekerde per periode.

De genoemde vormen van bekostiging kunnen worden gecombineerd tot diverse methoden van **basisbekostiging** (zie tabel). Elk van deze basisbekostigingsmethoden heeft bepaalde voor- en nadelen. De nadelen kunnen worden gemitigeerd door de basisbekostiging aan te vullen met expliciete prikkels voor kwaliteit en/of kostenbeheersing via **prestatie-opslagen** (‘pay-for-performance’). In de praktijk bedraagt de omvang van dergelijke opslagen veelal minder dan 20% van de basisbekostiging. De prestatie-opslagen kunnen bijvoorbeeld afhangen van scores op structuur-, proces- en/of uitkomstindicatoren, en/of het verschil tussen een normatief kostenniveau en het werkelijk kostenniveau. De combinatie van één of meer vormen van basisbekostiging met effectieve prestatie-opslagen kan leiden tot **uitkomstbekostiging** zoals boven gedefinieerd. De tabel geeft een overzicht van de beschreven internationale voorbeelden van uitkomstbekostiging ingedeeld naar de gehanteerde methode van basisbekostiging.

¹ Motie-Smilde c.s., TK, 2011-2012, 33000 XVI nr. 45.

Tabel. Internationale voorbeelden van uitkomstbekostiging ingedeeld naar de gehanteerde methode van basisbekostiging

	Aparte betaling voor zorg verleend door één type zorgaanbieder	Eén gezamenlijke betaling voor zorg verleend door tenminste twee typen zorgaanbieders die relevant zijn voor een gedeelte van het basispakket	Eén gezamenlijke betaling voor zorg verleend door alle voor het basispakket relevante typen zorgaanbieders (integraal)
Betaling per consult/verrichting	- Taiwan P4P-programma voor diabetes - Value Incentive Program		
Betaling per zorgbundel:			
per patiënt per ziekenhuisopname	- Hospital Quality Incentive Demonstration - MassHealth Hospital P4P Program - Participating Hospital Agreement		
per patiënt per periode	- Advancing Quality - Clinical Practice Improvement Payment - Taiwan P4P-programma voor borstkanker - Value Incentive Program	- Geisinger ProvenCare - Prometheus Payment - Baskets-of-Care	
per verzekerde per periode		Huisartsconsortiums	- Kaiser Permanente - Geisinger Health System - Alternative Quality Contract - Accountable Care Organizations - Gesundes Kinzigtal

In alle voorbeelden worden prestatie-opslagen gebruikt om de nadelen van de basisbekostiging te mitigeren. Bij de voorbeelden van *ziekenhuisspecifieke* uitkomstbekostiging (kolom 2 van de tabel) staan kwaliteitsverbetering en patiëntveiligheid meestal centraal, hoewel de laatste tijd ook steeds meer nadruk wordt gelegd op patiëntervaringen en op kosten. Bij de voorbeelden van *sectoroverstijgende* uitkomstbekostiging (kolommen 3 en 4 van de tabel) ligt de nadruk op coördinatie en continuïteit van zorg en integratie van typen zorgaanbieders. Meestal wordt de basisbekostiging aangepast ten behoeve van kostenbeheersing (de focus hierop lijkt bij *sectoroverstijgende* uitkomstbekostiging groter dan bij *ziekenhuisspecifieke* uitkomstbekostiging) en worden prestaties-opslagen gebruikt als prikkels voor kwaliteit. Voorts lijkt bij de voorbeelden van *sectoroverstijgende* uitkomstbekostiging een trend gaande richting “integrale bekostiging per verzekerde per periode”, dat wil zeggen één gezamenlijke betaling aan de hoofdaannemer voor zorg verleend door alle voor het basispakket relevante typen zorgaanbieders (rechtsonder in de tabel).

De besproken voorbeelden verschillen in de grootte van de gehanteerde opslagen, de manier waarop prestaties worden gemeten, en de wijze waarop aanbieders worden gescoord en opslagen worden berekend. Er zijn ook sterke overeenkomsten. Zo is er bijvoorbeeld vaak een focus op hart- en vaatziekten en veelvoorkomende chronische aandoeningen als COPD/astma en diabetes, en richten de meeste projecten zich op het uitbreiden van hun programma naar andere zorgvormen en aandoeningen. Daarnaast vereist uitkomstbekostiging in alle gevallen forse investeringen in infrastructuur en informatiesystemen, vooral bij *sectoroverstijgende* uitkomstbekostiging. Ook wordt in de meeste projecten het realiseren van consensus met de betrokken zorgverleners gezien als een cruciale voorwaarde voor een succesvol systeem van uitkomstbekostiging. Tenslotte lijkt de geestelijke gezondheidszorg in de projecten geen of slechts een bescheiden rol te spelen.

Relevantie voor Nederland

In de afgelopen decennia is het schot tussen eerstelijnszorg (huisarts) en tweedelijnszorg (ziekenhuis en specialist) als één van de belangrijkste belemmeringen voor doelmatige zorg in Nederland onderkend. Integrale bekostiging per verzekerde wordt veelal gezien als een vehikel om integrale zorg te realiseren. De afgelopen jaren zijn in Nederland belangrijke stappen gezet met betalingen per zorgbundel per patiënt (ziekenhuis- en keten-DBC's). Grote uitdagingen voor de komende jaren zijn het slaan van een brug tussen deze vormen van bekostiging richting integrale bekostiging, en het zetten van de stap van betaling *per patiënt* naar betaling *per verzekerde*. De in dit rapport beschreven voorbeelden kunnen volop inspiratie bieden om te komen tot *integrale bekostiging per*

verzekerde in Nederland. Ook kunnen de evaluaties van de beschreven voorbeelden inzicht geven in welke vormgeving van integrale bekostiging in een bepaalde setting succesvol is, en welke niet. De voorbeelden kunnen ook helpen bij het beantwoorden van belangrijke vragen over de implementatie, zoals: wie neemt het initiatief? Hoe kan een win-win situatie ontstaan waarbij alle betrokkenen belang hebben bij de nieuwe bekostigingsmethode? Aan welke voorwaarden moet worden voldaan om uitkomstbekostiging succesvol te kunnen implementeren? Welke rol spelen relevante stakeholders (beroepsgroepen, patiënten, zorgverzekeraars, overheid)? Hoe kan consensus worden bereikt met en tussen betrokken zorgaanbieders over gezamenlijke protocollen en werkwijzen, en over de gewenste vorm van coördinatie en afstemming? Wie investeert in gezamenlijke informatiesystemen (prestatie-indicatoren, elektronisch patiëntendossiers)? Wie levert de gegevens voor de registratie van prestatie-indicatoren en wie betaalt hiervoor? Heeft elke afzonderlijke zorgverzekeraar/ zorgaanbieder wel voldoende en de juiste gegevens om tot betrouwbare en valide prestatie-indicatoren en -metingen te komen? Wie bepaalt waar de prestatie-opslagen van afhangen? Toepassing en vormgeving van prestatie-opslagen lijkt in beginsel recht-toe-recht-aan, maar blijkt in de praktijk zeer complex en veel valkuilen te kennen.

In het verleden zijn in Nederland veel suggesties gedaan om te komen tot *integrale bekostiging per verzekerde*, zoals budgethoudende huisartsen, het overnemen van de zorgplicht van verzekeraars door ziekenhuizen voor een vast bedrag per verzekerde, het direct verlenen van zorg door verzekeraars (eigen zorginstellingen en zorgaanbieders in loondienst), het oprichten van een verzekeraar door zorgaanbieders (zoals ziekenhuizen, zorggroepen of huisartsengroepen) en financiële-risicodeling tussen verzekeraars en zorgaanbieders. In de jaren '80 en '90 vormde de wet- en regelgeving – bijvoorbeeld ten aanzien van tarieven, vestiging en planning, de contracteerplicht, en verplichte modelcontracten voor ziekenfondsen – een belemmering voor het realiseren van deze suggesties om te komen tot integrale bekostiging per verzekerde. Vrijwel al die belemmeringen zijn de afgelopen jaren weggenomen door de nieuwe wet- en regelgeving gericht op gereguleerde concurrentie in de zorg. De hervormingen in de curatieve zorg in de afgelopen 20 jaar hebben er daarnaast voor gezorgd dat de risicodragende zorgverzekeraars een sterke prikkel hebben tot doelmatigheid en kostenbeheersing, bijvoorbeeld door met zorgaanbieders contractuele afspraken te maken over uitkomstbekostiging. Ook zijn de meeste zorgaanbieders ervan doordrongen dat er grenzen zijn aan de sterke kostengroei van de afgelopen jaren, en dat daarom een situatie waarin zorgaanbieders vooral financieel belang hebben bij volumegroei (die weer tot leidt kostengroei) zijn langste tijd heeft gehad. Door de aanwezige mogelijkheden én prikkels is het perspectief om tot uitkomstbekostiging te komen in Nederland gunstig, en waarschijnlijk gunstiger dan in andere landen waar de genoemde hervormingen niet hebben plaatsgevonden.

1. Inleiding

1.1 Achtergrond en onderzoeksvragen

Perverse prikkels in de huidige bekostigingssystemen in de curatieve zorg worden vaak genoemd als factor die in belangrijke mate bijdraagt aan kostenstijgingen in deze sector. In veel gevallen worden zorgaanbieders betaald per consult/verrichting of per “zorgbundel”, wat een financiële prikkel geeft om meer volume te genereren dan noodzakelijk is. Immers, meer volume betekent meer omzet voor de zorgaanbieder. In combinatie met het grotendeels afwezig zijn van betrouwbare informatie over kwaliteit en uitkomsten van zorg leidt dit tot ongewenste resultaten, waaronder een ondoelmatige inzet van middelen. De beperkte transparantie van de resultaten van de geleverde zorg maakt dat verzekeraars nauwelijks in staat zijn om scherp in te kopen. Daarnaast is het ook voor aanbieders zelf moeilijk om op kwaliteit te sturen en verbeteringen door te voeren. Ook wordt coördinatie van zorg en samenwerking tussen verschillende typen zorgaanbieders binnen de huidige bekostiging onvoldoende gestimuleerd (bijvoorbeeld tussen de eerstelijnszorg en ziekenhuiszorg) terwijl onderzoek aantoont dat dit veel meerwaarde kan hebben ten aanzien van kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Tegen deze achtergrond heeft de Tweede Kamer de regering in een breed gesteunde motie-Smilde c.s. (TK, 2011-2012, 33000 XVI nr. 45) opgeroepen in overleg met alle partijen te komen tot een breed gedeelde en breed gedragen visie met als uitkomst de introductie van uitkomstbekostiging uiterlijk in 2020, liefst eerder.

Voor zover ons bekend bestaat er thans geen eenduidige definitie van “uitkomstbekostiging”. In dit rapport hanteren wij de volgende werkdefinitie: “bekostiging van zorg die gericht is op het stimuleren van goede uitkomsten van medische behandeling in termen van kwaliteit (bijv. bloedsuikerwaarden voor diabetici, complicaties, heropnames, mortaliteit) en kosten”.

Uitkomstbekostiging wordt gezien als een methode waarmee de volumegroei van onnodige zorg en van zorg waarvoor doelmatiger alternatieven voorhanden zijn beperkt kan worden. Echter, een louter “sectorspecifieke” benadering (bijvoorbeeld voor ziekenhuizen) is niet voldoende om tot gewenste resultaten te komen, hoewel het een belangrijke bijdrage kan leveren aan het stimuleren van doelmatigheid binnen de betreffende “sector”. Een patiënt krijgt in de curatieve zorg immers veelal te maken met verschillende typen zorgaanbieders, waaronder in veel gevallen de huisarts. Een patiënt kan in een ziekenhuis nog zo doelmatig worden behandeld, de kosten zouden bij een gelijke gezondheidsuitkomst mogelijk nog lager kunnen zijn als de behandeling had plaatsgevonden in de eerste lijn. Een sectorspecifieke benadering is dus niet voldoende voor het realiseren van optimale uitkomsten binnen de gehele zorgketen die een patiënt doorloopt. Het is daarom belangrijk dat schotten tussen diverse zorgaanbieders worden overbrugd en dat prikkels worden ingebracht tot

effectieve samenwerking en coördinatie. Sectoroverstijgende bekostiging zou een belangrijke rol kunnen vervullen bij het gelijkschakelen van de financiële prikkels binnen de zorgketen en het stimuleren van interdisciplinaire samenwerking. Een vérgaande vorm hiervan is integrale bekostiging per verzekerde (soms aangeduid als “populatiebekostiging”), waarbij zorginkopers (financiële) afspraken maken met een breed scala aan zorgaanbieders en andere stakeholders over de te realiseren gezondheidsuitkomsten voor een afgebakende verzekerdenpopulatie (zie hoofdstuk 2).

Een belangrijke vraag is hoe dergelijke bekostigingssystemen binnen de context van gereguleerde concurrentie het beste kunnen worden vormgegeven. Hierover bestaat momenteel nog veel onduidelijkheid. Bij het ontwikkelen van beleid is het van belang om goed te kijken naar bestaande ervaringen met uitkomstbekostiging. Hoewel ook in Nederland in toenemende mate aandacht is voor sectoroverstijgende bekostiging (denk aan de opkomst van zorggroepen en de ontwikkeling van keten-DBC's voor verschillende chronische aandoeningen), spelen uitkomsten daarbij hooguit een marginale rol. Voor ervaringen met (sectoroverstijgende) uitkomstbekostiging is het verstandig voor de ervaringen met dergelijke bekostigingsmethoden ook te rade te gaan in het buitenland. In een aantal landen is hiermee inmiddels veel ervaring opgedaan.

In dit rapport wordt verslag gedaan van een literatuuronderzoek naar internationale voorbeelden van uitkomstbekostiging in de curatieve zorg. Hierbij stond de volgende onderzoeksvraag centraal: *welke voorbeelden van uitkomstbekostiging in de gezondheidszorg zijn te vinden in de internationale literatuur?* Bij de beantwoording van de onderzoeksvraag is een onderscheid gemaakt tussen ziekenhuisspecifieke uitkomstbekostiging en sectoroverstijgende uitkomstbekostiging, wat heeft geleid tot de volgende deelvragen:

1. Welke voorbeelden van uitkomstbekostiging zijn er op het gebied van ziekenhuisbekostiging?
2. Welke voorbeelden van uitkomstbekostiging zijn er op het gebied van sectoroverstijgende bekostiging, dat wil zeggen, één gezamenlijke betaling voor zorg verleend door minimaal twee typen zorgaanbieders?

De doelstelling van het onderzoek kan worden omschreven als *het beschrijven en categoriseren van bekende voorbeelden van ziekenhuisspecifieke uitkomstbekostiging en sectoroverstijgende uitkomstbekostiging in de curatieve zorg uit de internationale literatuur*. Vanwege de beperkte doorlooptijd beperkt dit onderzoek zich, conform de onderzoeksopdracht, tot het beschrijven van de kenmerken van de te bespreken voorbeelden en bevat geen overzicht van effecten op kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid. Deze effecten alsmede implementatie-aspecten binnen de context van gereguleerde concurrentie kunnen in een vervolgonderzoek aan de orde komen.

1.2 Methode

Voor aanvang van het onderzoek was een aantal voorbeelden van uitkomstbekostiging reeds bekend bij de onderzoekers. Ten aanzien van deze voorbeelden is additionele literatuur gezocht in Medline en op het Internet. Daarnaast zijn andere voorbeelden in Medline en op internet gezocht met behulp van verschillende zoektermen.² In dit onderzoek worden alleen voorbeelden van uitkomstbekostiging besproken waar voldoende openbare informatie over te vinden is. Hoewel het onderzoek een eerste verkenning en geen systematisch literatuuronderzoek is, verwachten wij dat de belangrijkste voorbeelden in het onderzoek zijn opgenomen. Navraag bij verschillende binnen- en buitenlandse experts op het gebied van uitkomstbekostiging bevestigt dit.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 worden relevante begrippen (waaronder uitkomstbekostiging, methoden van basisbekostiging, en prestatie-opslagen) gedefinieerd en geclassificeerd. Aan de hand van dit begrippenkader worden vervolgens de verschillende voorbeelden van uitkomstbekostiging besproken en geclassificeerd. In hoofdstuk 3 staat ziekenhuisspecifieke uitkomstbekostiging centraal. Zeven voorbeelden uit vijf landen worden besproken: Verenigde Staten (VS, drie voorbeelden), Engeland, Australië, Taiwan, en Korea. Hoofdstuk 4 gaat in op negen voorbeelden van sectoroverstijgende uitkomstbekostiging uit vier landen: VS (zes voorbeelden), Engeland, Duitsland, en Israël. Per voorbeeld wordt waar mogelijk ingegaan op de volgende aspecten:

- Welke definitie van uitkomstbekostiging wordt gehanteerd?
- Welke doelen worden nagestreefd?
- Wat zijn belangrijke kenmerken van het bekostigingssysteem? Hoe worden prestaties gedefinieerd en gemeten? Hoe zijn de financiële prikkels vormgegeven?
- Relevante contextuele factoren, zoals de basisbekostiging en de rol van stakeholders.

In hoofdstuk 5 worden de resultaten bediscussieerd in het licht van het Nederlandse zorgstelsel met gereguleerde concurrentie en worden enkele conclusies getrokken.

² De gebruikte zoektermen zijn: pay-for-performance, pay for quality, pay for outcome, shared saving, gain sharing, withhold, financial/monetary/economic incentive, bonus, reward, penalty, quality-/performance-/outcome-/result-/efficiency-based incentive/pay*/funding/financing/remuneration/reimbursement, bundled payment, episode-based payment, population management/payment/ financing/funding/ reimbursement, en value-based purchasing. Deze termen zijn gecombineerd met: integrat*, coordinat*, physician, doctor, clinic, clinician, practitioner, specialist, hospital, facility, provider, HMO, primary care, general practice, elderly care.

2. Begrippenkader

Onder *uitkomstbekostiging* wordt in dit onderzoek verstaan “bekostiging van zorg die gericht is op het stimuleren van goede uitkomsten van medische behandelingen in termen van kwaliteit (bijv. bloedsuikervwaarden voor diabetici, complicaties, heropnames, mortaliteit) en kosten”. Met uitkomstbekostiging wordt beoogd de doelmatigheid (in brede zin) in de zorg te vergroten, bijvoorbeeld door bij gelijkblijvende kosten de kwaliteit (incl. patiënttevredenheid) te verhogen, bij gelijkblijvende kwaliteit de kosten te verlagen, in één keer de juiste diagnose te stellen en de juiste therapie te verlenen, onnodige zorg te vermijden, onderbehandeling te vermijden, zorg in de juiste sector en op het juiste niveau te verlenen, onnodige complicaties te vermijden, rekening te houden met de preferenties van patiënten/verzekerden, en onverklaarbare regionale verschillen in kwaliteit, kosten en volume te verkleinen.

De zorginkoper (in Nederland meestal de zorgverzekeraar) en de zorgaanbieders kunnen diverse bekostigingsmethoden overeenkomen voor de betalingen aan de zorgaanbieders:

- *Aparte betaling voor zorg verleend door één type zorgaanbieder*, bijvoorbeeld een ziekenhuis, medisch specialist, huisarts, apotheek, fysiotherapeut, diëtist, logopedist, revalidatiekliniek, verpleeghuis, thuiszorginstelling, en aanbieder van geestelijke gezondheidszorg;
- *Eén gezamenlijke betaling voor zorg verleend door minimaal twee typen zorgaanbieders die relevant zijn voor een gedeelte van het in het betreffende land geldende basispakket*; de “hoofdaannemer” (bijv. een zorggroep of ziekenhuis) kan vervolgens diverse methoden gebruiken om de “onderaannemers” (bijv. huisartsen of specialisten) te betalen.
- *Eén gezamenlijke betaling aan de “hoofdaannemer” voor zorg verleend door alle relevante typen zorgaanbieders* (integrale bekostiging).

Vanuit het perspectief van de zorginkoper kan een onderscheid worden gemaakt in:

- *Betaling per consult/verrichting*;
- *Betaling per zorgbundel* (d.w.z. een bundeling van diverse vormen van zorg):
 - *per patiënt per ziekenhuisopname*;
 - *per patiënt per periode* (bijv. een ziekte-episode of een jaar);
 - *per verzekerde per periode* (bijv. een maand of een jaar).

De genoemde vormen van bekostiging kunnen worden gecombineerd tot diverse methoden van *basisbekostiging* (Tabel 1). De basisbekostiging vormt de totale inkomsten of het grootste gedeelte van de inkomsten van de betreffende zorgaanbieders.

Tabel 1. Methoden van basisbekostiging en enkele voorbeelden

	Aparte betaling voor zorg verleend door één type zorgaanbieder	Eén gezamenlijke betaling voor zorg verleend door minimaal twee typen zorgaanbieders die relevant zijn voor een gedeelte van het basispakket	Eén gezamenlijke betaling voor zorg verleend door alle voor het basispakket relevante typen zorgaanbieders (integraal)
Betaling per consult/verrichting	• Consulttarief huisarts (zoals bij particulier verzekerden voor 2006) • Tarief per echoscopie	N.v.t	N.v.t
Betaling per zorgbundel:			
<i>per patiënt per ziekenhuisopname</i>	• DRG's betaling aan ziekenhuis (excl. specialist) in Medicare (VS)		
<i>per patiënt per periode</i>	• Betaling aan specialist per verwijskaart (zoals bij voormalig ziekenfondsverzekerden)	• Ziekenhuis-DBC's • Keten-DBC's voor chronische aandoeningen	
<i>per verzekerde per periode</i>	• Abonnement huisarts (zoals bij voormalig ziekenfondsverzekerden)	• Budgethoudende huisarts (bijv. GP fundholder in jaren '90 in VK)	• HMO's in de VS en Israël • Total fundholding voor huisartsen(groepen) in VK

Eén gezamenlijke betaling per zorgbundel per verzekerde aan alle relevante aanbieders (het kwadrant rechtsonder in Tabel 1) wordt ook wel aangeduid als “populatiebekostiging”. Omdat deze term wel eens verward wordt met regiobekostiging of een regiobudget (waarvan bij concurrerende zorgverzekeraars geen sprake van is) zullen wij de term “populatiebekostiging” niet hanteren maar spreken van “integrale bekostiging per verzekerde”. De bekostigingsvormen *ziekenhuisbudgettering* en *regiobudgettering* vallen buiten het kader van dit onderzoek.

De genoemde methoden van basisbekostiging hebben elk voor- en nadelen.

Een nadeel van betaling per consult/verrichting is dat er prikkels bestaan tot indicatieverruiming en indicatieverschuiving. Bij *indicatieverruiming* worden patiënten ten onrechte geïndiceerd (bijv. voor een dotterbehandeling, amandelen knippen of een prostaatkankeroperatie) en wordt onnodige zorg verleend. Deze overbehandeling 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 hoge prijs gehanteerd en ten onrechte een hoge betaling ontvangen (bijv. een drievlaks-vulling bij een indicatie voor een éénvlaks-vulling, of uitgebreid lichamelijk onderzoek waar beperkt lichamelijk onderzoek voldoende is). Voorts bevatten betalingen per consult/verrichting geen intrinsieke prikkel tot het leveren van goede “klinische” kwaliteit omdat de extra consulten/verrichtingen die nodig zijn vanwege complicaties extra betaald worden. Er bestaat wel een prikkel tot het realiseren van goede patiëntervaring en –tevredenheid omdat patiënten dan gemakkelijker vaker gezien kunnen worden. Een ander voordeel van betaling per consult/verrichting is dat er geen prikkels bestaan tot het beknibben op kwaliteit, bijvoorbeeld door uit financiële overwegingen niet de beste en duurste behandeling te geven, omdat de kosten van (extra) noodzakelijke (dure) zorg worden vergoed (mits het tarief groter is dan de marginale kosten). Hoewel er geen prikkel tot macro-kostenbeheersing bestaat, is er wel een prikkel tot microkostenbeheersing, d.w.z. beheersing van de eigen praktijkkosten. Ten slotte is een nadeel van bekostiging per type zorgaanbieder (waar bij betaling per consult/verrichting per definitie sprake van is) dat dit geen stimulans biedt voor een doelmatige samenwerking, coördinatie en afstemming. Dit geldt ook, zij het in mindere mate, voor sectoroverstijgende bekostiging van zorg verleend door tenminste twee typen aanbieders die relevant zijn voor een gedeelte van het basispakket. Een klassiek voorbeeld in Nederland is het “schot” tussen de eerstelijnszorg en de medisch-specialistische zorg.

Een belangrijk voordeel van betaling per zorgbundel is dat er prikkels bestaan tot een doelmatige samenwerking, coördinatie van zorg en kostenvermindering binnen de betreffende zorgbundel (bijv. door efficiënte substitutie tussen zorgvormen binnen de bundel). De mogelijke nadelen van betaling per zorgbundel hangen af van de precieze vormgeving en kunnen betrekking hebben op onder andere indicatieverruiming, indicatieverschuiving, risicoselectie en kostenverschuiving. *Risicoselectie* is het selecteren van patiënten of verzekerden met minder-dan-gemiddelde verwachte zorgkosten binnen de onderscheiden prijsklassen van de betalingen per zorgbundel. Deze prikkel wordt sterker naar mate de betaling betrekking heeft op meer zorg(kosten). Het is daarom van belang te corrigeren voor de patiënten-/verzekerdersamenstelling (case-mix correctie/risicoverevening). Hoe verfijnder de indeling in prijsklassen, des te minder zijn de mogelijkheden tot risicoselectie. *Kostenverschuiving* is het verschuiven van kosten die eigenlijk onder de zorgbundel vallen, naar andere zorgaanbieders. Een klassiek voorbeeld is de situatie voor 2006 waarbij de huisarts via het verwijsbriefje de kosten van de zorg voor “dure” ziekenfondsverzekerden verschuift naar het ziekenhuis. Hoe beter en gedetailleerder de te verlenen zorg onder de zorgbundel is gedefinieerd, des te kleiner zijn de mogelijkheden tot kostenverschuiving. Om dubbele bekostiging als gevolg van kostenverschuivingen te voorkomen is het van belang expliciet te definiëren welke vormen van zorg wel en welke niet onder de betreffende bekostiging vallen.

Bij betaling per zorgbundel per patiënt (per ziekenhuisopname of periode) wordt veelal een indicatie gesteld op basis van de diagnose van de aandoening van de patiënt en is de betaling afhankelijk van de indicatie. Deze betalingswijze bevat een prikkel om in twijfelgevallen (het “grijze gebied”) toch de indicatie te stellen en te declareren (indicatieverruiming). Het bestaan van deze prikkel is afhankelijk van de precieze vormgeving. Bij Diagnosis-Related Groups (DRG’s) bestaat bijvoorbeeld de prikkel om de indicatie tot ziekenhuisopname te stellen indien de patiënt ook poliklinisch of in dagbehandeling had kunnen worden behandeld. Bij de Nederlandse Diagnose Behandel Combinaties (DBC’s) bestaat deze prikkel niet maar bestaat juist de prikkel tot efficiënte substitutie tussen de genoemde behandelingsvormen. Voorts geldt dat hoe verfijnder de gehanteerde indicatiestelling, des te groter zijn de mogelijkheden voor indicatieverschuiving (“upcoding”) en des te kleiner de mogelijkheden voor risicoselectie (en vice versa). De prikkel tot kwaliteit en preventie hangen mede af van de mate waarin de kosten van eventuele toekomstige complicaties of gezondheidsproblemen onder de betreffende betaling vallen. Bijvoorbeeld bij DRG’s neemt deze prikkel toe indien de kosten van heropname(n) vanwege complicaties ook onder de betreffende betaling vallen (men kan dan immers geld overhouden door meteen een goede kwaliteit te leveren).

Bij betaling per zorgbundel per verzekerde per periode bestaat enerzijds een prikkel tot kostenverlaging voor de zorg die onder de zorgbundel valt, en bestaat anderzijds een prikkel tot risicoselectie en kostenverschuiving. De mogelijkheden tot kostenverschuiving nemen af naarmate meer zorgvormen onder de bundel vallen, en zijn het kleinst bij integrale bekostiging. Een klassiek voorbeeld van kostenverschuiving betreft de abonnementsbetaling aan huisartsen voor voormalig ziekenfondsverzekerden. De precieze vormen van zorg die een huisarts moest verlenen waren contractueel niet vastgelegd, zodat het verwijzen van patiënten naar een medisch specialist ruime mogelijkheden tot kostenverschuiving bood. De prikkels tot kwaliteit en preventie nemen toe (en de prikkel tot onderbehandeling neemt af) naarmate een groter gedeelte van de kosten van eventuele toekomstige complicaties en andere gezondheidsproblemen onder de betreffende betaling vallen, en zijn het grootst bij integrale bekostiging. Bij integrale bekostiging heeft de “hoofdaannemer” een prikkel tot preventie en het “gezond houden” (health maintenance) van de verzekerdenpopulatie omdat hiermee toekomstige zorgkosten worden vermeden. Hiermee heeft de hoofdaannemer een prikkel om dezelfde prikkels te geven aan de “onderaannemers”.

Uit het bovenstaande volgt dat elk van de genoemde basisbekostigingsmethoden bepaalde voor- en nadelen heeft. Een eerste mogelijkheid om de nadelen te mitigeren is het combineren van verschillende basisbekostigingsmethoden, zoals thans in Nederland voor de huisarts waarbij betaling per consult/verrichting wordt gecombineerd met betaling per zorgbundel per patiënt (keten-DBC's) en betaling per zorgbundel per verzekerde per periode (abonnement/inschrijftarief). Hiermee kunnen echter niet alle nadelen worden weggenomen. Sterker nog, door een combinatie kunnen additionele nadelen optreden, zoals dubbele bekostiging bij keten-DBC's in combinatie met een consulttarief. Een tweede mogelijkheid om de nadelen van de basisbekostiging te mitigeren is de basisbekostiging aanvullen met expliciete prikkels voor kwaliteit en/of kostenbeheersing via **prestatie-opslagen** (“pay-for-performance”).³ In de praktijk bedraagt de omvang van dergelijke opslagen veelal minder dan 20% van de basisbekostiging; soms is ook (of alleen) sprake van (beperkte) afslagen. Ten aanzien van kwaliteit kunnen prestatie-opslagen afhangen van scores op structuur-, proces- en/of uitkomstindicatoren. Structuurindicatoren (bijv. goede bereikbaarheid, telefonisch spreekuur, werken in een gestructureerd samenwerkingsverband, en een toegankelijke website met goede patiëntinformatie) hebben het voordeel dat ze makkelijk te meten zijn, maar het nadeel dat ze het minst gerelateerd zijn aan de uitkomsten van zorg. Procesindicatoren (bijv. het werken met een elektronisch patiëntendossier, het jaarlijks uitvoeren van een voetonderzoek bij

³ De term *prestatiebekostiging* wordt in dit onderzoek niet gehanteerd om verwarring met de term *prestatie-opslag* te vermijden.

diabetici, en het voorschrijven van bronchusverwijders voor COPD-patiënten) nemen een tussenpositie in; goede scores op procesindicatoren leiden (ceteris paribus) tot een grotere kans op goede uitkomsten cq. een kleinere kans op slechte uitkomsten. Uitkomstindicatoren zijn te onderscheiden in intermediaire uitkomsten (bijv. bloedsuikerwaarden van diabetici) en finale uitkomsten (bijv. het percentage diabetici met complicaties zoals blindheid en voetamputatie, sterfte binnen 30 dagen onder patiënten die een bypassoperatie hebben ondergaan, en het percentage patiënten met een heropname binnen 30 dagen voor dezelfde aandoening). Een nadeel van uitkomstindicatoren is dat ze moeilijk meetbaar zijn. Ten opzichte van procesindicatoren zijn zij veel gevoeliger voor toevalfluctuaties en andere aspecten die zorgaanbieders niet of moeilijk kunnen beïnvloeden zoals de therapietrouw, levensstijl en andere kenmerken/gedragingen van patiënten.

Om bepaalde nadelen van de basisbekostiging (bijvoorbeeld de inherente productieprikkel bij betaling per verrichting en DRG's/DBC's) te beperken kunnen prestatie-opslagen ook betrekking hebben op kosten. Zij kunnen bijvoorbeeld afhankelijk zijn van het verschil tussen een normatief kostenniveau en het werkelijk kostenniveau. Ook hier geldt dat rekening moet worden gehouden met de rol van toeval en specifieke patiëntkenmerken (bijv. comorbiditeit).

De combinatie van één of meer vormen van basisbekostiging met effectieve prestatie-opslagen kan leiden tot **uitkomstbekostiging** zoals boven gedefinieerd.

3. Ziekenhuisspecifieke uitkomstbekostiging

In dit hoofdstuk staan voorbeelden van ziekenhuisspecifieke uitkomstbekostiging centraal. In de terminologie die gehanteerd wordt in dit onderzoek gaat het hier om een vorm van basisbekostiging met aparte betalingen voor zorg verleend door één type zorgaanbieder (het ziekenhuis). In sommige gevallen betreft het een betaling-per-verrichting, terwijl in andere gevallen de bekostiging per zorgbundel plaatsvindt, bijvoorbeeld via DRG's. Toepassing van expliciete prestatie-opslagen ter voorkoming van de nadelen van deze vormen van basisbekostiging maakt de bekostigingssystemen tot vormen van *uitkomstbekostiging*. Overigens is het bij sommige voorbeelden onduidelijk of de DRG-betaling tevens het specialistenhonorarium bevat (zoals bij de Nederlandse ziekenhuis-DBC's). Indien dit het geval is zou volgens onze definitie geen sprake zijn van bekostiging voor één type zorgaanbieder, maar van bekostiging voor twee typen zorgaanbieders (ziekenhuis en specialist), tenzij de specialist in loondienst is. De prestatie-opslagen worden in alle gevallen uitgekeerd aan het ziekenhuis dat vervolgens de ontvangen gelden al dan niet verdeelt over de relevante zorgverleners.

Achtereenvolgens worden besproken: de Hospital Quality Incentive Demonstration (VS), Het MassHealth Hospital P4P Program (VS), de Participating Hospital Agreement van Blue Cross Blue Shield of Michigan (VS), Advancing Quality in Engeland, de Clinical Practice Improvement Payment in Queensland-Australië, ziektespecifieke P4P-programma's in Taiwan, en het Value Incentive Program in Korea. De voorbeelden kunnen worden ingedeeld zoals weergegeven in Tabel 2.

Tabel 2. Te bespreken internationale voorbeelden van ziekenhuisspecifieke uitkomstbekostiging ingedeeld naar de gehanteerde methode van basisbekostiging

Aparte betaling voor zorg verleend door één type aanbieder	
Betaling per consult/verrichting	• Taiwan P4P-programma voor diabetes • Value Incentive Program
Betaling per zorgbundel:	
<i>per patiënt per ziekenhuisopname</i>	• Hospital Quality Incentive Demonstration • MassHealth Hospital P4P Program • Participating Hospital Agreement
<i>per patiënt per periode</i>	• Advancing Quality • Clinical Practice Improvement Payment • Taiwan P4P-programma voor borstkanker • Value Incentive Program

3.1 Verenigde Staten

Hospital Quality Incentive Demonstration

De Hospital Quality Incentive Demonstration (HQID) is een samenwerkingsverband tussen het Center for Medicare and Medicaid Services (CMS) en Premier Inc., een coalitie van circa 2500 ziekenhuizen met als voornaamste doel het verbeteren van prestaties in de gezondheidszorg. Dit landelijke demonstratieproject liep van oktober 2003 tot en met september 2009 en was ontworpen om ziekenhuizen die hoge kwaliteit van zorg leveren op een aantal klinische terreinen erkenning te geven en financieel te belonen. Het project had als doel *“het via financiële prikkels faciliteren van verbeteringen in de kwaliteit en doelmatigheid van zorg”* (www.premierinc.com). Van de 421 ziekenhuizen die werden uitgenodigd om deel te nemen deden er 266 (63%) mee. Hoewel het programma inmiddels is stopgezet wordt het hier toch besproken omdat CMS het programma vanaf 2012 landelijk zal voortzetten onder de vlag van “value-based purchasing” (VBP). Het demonstratieproject fungeerde feitelijk als pilot dat input moest leveren voor de ontwikkeling en implementatie van VBP waaraan 3500 ziekenhuizen zullen deelnemen. Overigens kende het project niet alleen financiële prikkels; als niet-financiële prikkel worden voor een aantal indicatoren de ziekenhuisspecifieke scores gepubliceerd op een openbare website (www.hospitalcompare.hhs.gov). Voor ziekenhuizen die verzuimen de benodigde informatie aan te leveren voert Medicare geen jaarlijkse “tarief-updates” uit (o.a. geen inflatiecorrectie).

Hoewel de prestatie-opslagen van toepassing waren op Medicare patiënten van 65 jaar en ouder, werden de prestaties gemeten voor *alle* patiënten die opgenomen werden voor één van de volgende redenen: hartfalen, acuut hartinfarct, longontsteking, bypassoperatie en heup- of knie vervanging. Voor elk van deze aandoeningen of “clinical areas” is een aantal kwaliteitsindicatoren gedefinieerd. Betaling vond plaats als een opslag op de Diagnosis-Related Group (DRG) betaling per patiënt per opname op basis van een overall score waarbij individuele indicatoren eenzelfde gewicht kregen. De meeste aandoeningen bevatte zowel proces- (bijv. aspirine bij opname voor patiënten met een hartinfarct) als uitkomstindicatoren (bijv. sterfte in het ziekenhuis onder patiënten die een bypassoperatie ondergaan). De nadruk heeft echter steeds gelegen op procesindicatoren; 26 van de in totaal 33 indicatoren waren gericht op processen. Indicatoren kwamen alleen in aanmerking voor inclusie als er uitgebreide evidentie voorhanden was aangaande validiteit en betrouwbaarheid, een directe relatie was aangetoond met uitkomsten van zorg en goedgekeurd waren door verschillende kwaliteitsinstituten. De meeste indicatoren werden gecorrigeerd voor verschillen in patiëntenrisico’s (casemix); factoren waarvoor werd gecorrigeerd

betroffen onder andere demografische en klinische factoren die uitkomsten van zorg kunnen beïnvloeden (bijv. leeftijd, geslacht en chronische aandoeningen).

Prestaties werden jaarlijks door de ziekenhuizen zelf aangeleverd aan Premier waarbij zij bepaalde patiënten mochten uitsluiten (“exception reporting”). Hier moest echter wel verantwoording over worden afgelegd om te voorkomen dat patiënten om andere dan legitieme (klinische) redenen werden uitsloten. Aangeleverde data werden ook uitgebreid gevalideerd en gecontroleerd door Premier en CMS. Ziekenhuizen konden alleen deelnemen in alle klinische gebieden; indien echter aan het einde van het jaar bleek dat het ziekenhuis minder dan 30 patiënten met de betreffende aandoening had behandeld werd dit ziekenhuis uitgesloten voor die aandoening.

Het project had twee fases. In de eerste fase (2003-2006) betaalde CMS een opslag van 2% aan ziekenhuizen die in de top 10% van alle deelnemende ziekenhuizen scoorden. Dit kwam bovenop de jaarlijkse DRG-betaling die de ziekenhuizen voor Medicare patiënten met de betreffende aandoening ontvingen.⁴ Ziekenhuizen in het op één na hoogste deciel kregen een opslag van 1%. Ontvangst van een opslag hing dus niet alleen af van eigen prestaties, maar ook van de prestaties van de andere ziekenhuizen. De opslagen werden direct aan ziekenhuizen uitgekeerd die de middelen vervolgens volledig vrij konden inzetten. Vanaf jaar drie werden tevens afslagen opgelegd van maximaal 2% aan ziekenhuizen die onder het 20^{ste} percentiel van jaar t-2 scoorden.

In fase 2 zijn verschillende alternatieve designs uitgetest. Per klinisch gebied konden deelnemende ziekenhuizen in aanmerking komen voor een opslag voor “goede prestaties” (ziekenhuizen die in jaar t boven de mediaan van jaar t-2 scoorden), een opslag voor “topprestaties” (ziekenhuizen in de top 20% in jaar t; deze groep ontving tevens de opslag voor goede prestaties) en een opslag voor “verbetering in prestaties” (ziekenhuizen die behoorden tot de top 50% in jaar t én behoorden tot de top 20% van ziekenhuizen met de grootste procentuele verbetering). Ziekenhuizen konden niet in aanmerking komen voor zowel een opslag voor topprestaties als een opslag voor verbetering. De totale betalingen aan ziekenhuizen in fase 2 waren gemiddeld \$12 miljoen per jaar, tegen \$8.2 miljoen in fase 1. Zestig procent van het jaarlijkse budget was beschikbaar voor topprestaties en verbetering en 40% voor goede prestaties.

De HQID heeft zowel nationaal als internationaal veel belangstelling gewekt. Zo zijn onder andere de nog te bespreken P4P programma’s Advancing Quality in het Engeland en het Value Incentive Program in Korea gebaseerd op de HQID. Daarnaast zal CMS het programma met enkele wijzigingen landelijk uitrollen, gemandateerd door de Affordable Care Act. Deze wijzigingen betreffen onder

⁴ In Medicare bevatten de DRG’s geen component voor het specialistenhonorarium.

andere de deelname (verplicht in het nieuwe systeem), de prestatiemetingen (naast patiëntveiligheid en klinische indicatoren zullen tevens patiëntervaringen en kosten worden meegenomen) en de berekeningen van de prestatie-opslagen. Per indicator zullen twee scores worden berekend (variërend tussen 0 en 10 punten), één voor de absolute prestatie en één voor verbetering, beide ten opzichte van een minimum niveau en een benchmark. De hoogste van de twee is de uiteindelijke score die het ziekenhuis krijgt. Het gebruik van expliciete targets zal grotendeels worden afgeschaft en vervangen voor een lineair puntensysteem aan de hand waarvan scores in betalingen zullen worden vertaald. Het systeem is budget-neutraal: opslagen zullen worden gefinancierd door een generieke korting van 1% op de DRG-betalingen (\$850 miljoen). Dit percentage wordt geleidelijk verhoogd naar 2% in 2017.⁵

MassHealth Hospital P4P Program

De gezondheidszorg in de staat Massachusetts is in 2006 ingrijpend hervormd. Naast het vergroten van het aantal mensen met een zorgverzekering, werden betalingen van Medicaid (de sociale zorgverzekering voor individuen/families met een laag inkomen en/of vermogen) aan ziekenhuizen aanzienlijk verhoogd. Als tegenprestatie werden ziekenhuizen financieel verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg die zij leveren en de mate waarin zij erin slagen etnische verschillen in kwaliteit van zorg te verminderen. Deze verantwoordelijkheid kwam tot uitdrukking in een P4P programma dat verplicht is voor alle 66 ziekenhuizen in Massachusetts⁶ en prestatie-opslagen uitkeert aan ziekenhuizen die goed scoren op verschillende indicatoren. In 2006 bevatte meer dan de helft van alle Medicaid-programma's prestatie-opslagen. Massachusetts was met het programma MassHealth één van de vier staten die zich specifiek op ziekenhuizen richtte. In de nieuwe wetgeving wordt het doel als volgt omschreven: *de stijging van de ziekenhuistarieven zal afhankelijk worden gemaakt van de mate waarin ziekenhuizen voldoen aan kwaliteit- en prestatie-indicatoren, die ook betrekking zullen hebben op etnische verschillen in de zorgvoorziening*. De indicatoren zijn onderdeel van een nationaal systeem van kwaliteitsmeting en transparantie (Blustein et al. 2012). Het programma is van toepassing op de zorg geleverd aan een subpopulatie van MassHealth patiënten jonger dan 65 jaar die voornamelijk bestaat uit (toekomstige) moeders en kinderen.

⁵ Voor een zeer gedetailleerde beschrijving, zie <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2011-05-06/pdf/2011-10568.pdf>. Hierin wordt het doel als volgt omschreven: "Het transformeren van Medicare van een passieve betaler naar een actieve inkoper van zorg van hoge kwaliteit voor haar verzekerden" en "het transformeren van hoe Medicare betaalt voor zorg en het stimuleren van ziekenhuizen tot continue kwaliteitsverbetering".

⁶ Ziekenhuizen in Massachusetts zijn niet representatief voor het gemiddelde ziekenhuis in de VS: zij hebben vaker geen winstoogmerk (bijna 100% van de gevallen), hebben vaker meer dan 400 bedden (ongeveer 20%), zijn vaker gelegen in stedelijke gebieden, en behandelen gemiddeld minder Medicaid patiënten.

Het programma is geïmplementeerd in 2008 voor longontsteking (vier indicatoren) en sindsdien uitgebreid met infectiepreventie (drie indicatoren), kraam- en zwangerschapszorg (drie indicatoren), astma bij kinderen (drie indicatoren) en ongelijkheden in kwaliteit van zorg tussen etnische groepen. Naast enkele structuurindicatoren (bijv. patiënttevredenheid-vragenlijsten voor niet-Engels-sprekende patiënten, trainingen voor het omgaan met verschillende etnische groepen)⁷ bevat het programma alleen procesindicatoren, alle geëxtraheerd uit medische dossiers. Bij het selecteren van de indicatoren heeft het Medicaid Office (de overheidsinstantie die het programma uitvoert) advies en input gevraagd van verschillende stakeholders, waaronder ziekenhuizen, verzekeraars, andere overheidsinstanties en een onafhankelijk orgaan waarin ziekenhuizen, verzekeraars en wetenschappers vertegenwoordigd zijn. Uitbreiding gebeurt gefaseerd; alvorens nieuwe indicatoren worden ingezet voor P4P worden zij eerst op basis van “pay-for-reporting” uitgevraagd om ervoor te zorgen dat ziekenhuizen in staat zijn de benodigde data aan te leveren. Indicatoren moeten aan de volgende eisen voldoen: relevant, wetenschappelijk onderbouwd, beïnvloedbaar, en haalbaar (voldoende patiënten, data gemakkelijk te verzamelen, etc.). Ziekenhuizen leveren hun prestaties zelf aan via een webportaal. Aangeleverde data worden gevalideerd door ze te vergelijken met een steekproef uit de medische dossiers. Alle indicatoren die zijn opgenomen in het programma worden tevens gepubliceerd op de eerder genoemde website www.hospitalcompare.hhs.org.

Prestatie-opslagen worden bepaald op een manier die overeenkomt met het systeem dat zal worden gebruikt in het Medicare VBP project (zie p. 23-24). Voor ieder ziekenhuis en voor iedere aandoening wordt een geaggregeerde score berekend aan de hand van de scores op de individuele indicatoren. Ziekenhuizen ontvangen zowel punten voor het halen van benchmarks als voor verbetering in kwaliteit; de hoogste score wordt gebruikt voor het bepalen van de opslag. Deze wordt bepaald per aandoening als het product van de overall score en een vooraf vastgelegd geldbedrag dat varieert tussen de aandoeningen. Wat betreft de prestaties ten aanzien van etnische verschillen bleek het aantal patiënten per aandoening te klein om te kunnen stratificeren naar etnische groep. Om die reden wordt er een overall score bepaald per etnische groep, geaggregeerd over de vijf aandoeningen. Deze score is de som van alle keren dat de betreffende zorg is geleverd gedeeld door het total aantal mogelijkheden om zorg te verlenen aan patiënten. Per ziekenhuis wordt vervolgens een “disparity index” berekend, welke vervolgens in een prestatiescore wordt vertaald op basis van

⁷ Structuurindicatoren hadden voornamelijk betrekking op het tegengaan van etnische verschillen. Meting vond plaats aan de hand van een checklist, die onderbouwd moest worden met gedetailleerde documentatie. De Medicaid office was verantwoordelijk voor het bepalen van de juistheid van de antwoorden, dat wil zeggen op zij voldoende werden onderbouwd door de documentatie. Het systeem riep echter veel vragen op en in 2010 is besloten de structuurindicatoren ten aanzien van etnische verschillen niet meer te gebruiken voor P4P.

prestaties ten opzichte van targets en de verbetering in prestaties. De score van elk ziekenhuis wordt vergeleken met benchmarks op staatsniveau uit het voorafgaande jaar.⁸

In 2008 was in totaal \$4.5 miljoen beschikbaar voor het project, waarvan uiteindelijk \$2.6 miljoen is uitgekeerd (gemiddeld ongeveer \$40,000 per ziekenhuis ofwel 0.02% van de omzet). Er had dus veel meer verdiend kunnen worden dan daadwerkelijk is gedaan. De betalingen werden na 2008 fors verhoogd. In 2010 was het budget \$20 miljoen voor structuurindicatoren en \$12 miljoen voor de procesindicatoren, wat neerkomt op respectievelijk meer dan \$300,000 en \$180,000 per ziekenhuis (bij gelijke verdeling). Ter vergelijking: de opslagen in de HQID waren gemiddeld \$6,500 per aandoening en \$33,000 totaal per ziekenhuis per jaar in de periode 2003-2006.

Participating Hospital Agreement

Blue Cross Blue Shield of Michigan (BCBSM) is een verzekeraar zonder winstoogmerk met 4.5 miljoen leden en een marktaandeel van 45%. BCBSM heeft een speciale licentie van de staat die de governance-structuur bepaalt en het bestuur is grotendeels samengesteld uit leden die verzekerden en zorgaanbieders vertegenwoordigen. BCBSM heeft in 2001 een P4P programma (de Participating Hospital Agreement, PHA) voor 86 ziekenhuizen zonder winstoogmerk geïmplementeerd, met financiële prikkels om doelmatigheid en het volgen van klinische richtlijnen te stimuleren.⁹ De structuur en de indicatoren worden ontwikkeld met input van ziekenhuizen via een speciale werkgroep. Het PHA is oorspronkelijk ontwikkeld als één van de zeven demonstratie-projecten van het landelijke Rewarding Results programma, een nationaal initiatief waarin een variëteit aan P4P strategieën werd getest dat werd gefinancierd door toonaangevende organisaties, waaronder de Robert Wood Johnson Foundation en het Agency for Healthcare Research and Quality. Het programma is sindsdien aangepast op basis van feedback van ziekenhuizen, artsen en medewerkers van BCBSM. Zo zijn er nieuwe indicatoren toegevoegd en oude verwijderd. Het huidige PHA dient twee doelen: *het motiveren/ondersteunen van ziekenhuizen bij het systematisch doorvoeren van verbeteringen in de kwaliteit van zorg en het beheersen van kosten en (onnodig) zorggebruik.*

⁸ Dit systeem is overigens gestoeld op de aanname dat er etnische verschillen zijn in de behandeling van patiënten binnen ziekenhuizen en dat de patiëntenpopulatie van ieder ziekenhuis voldoende divers is om een dergelijke interventie op staatsniveau te kunnen toepassen. Het is echter onduidelijk of de indicatoren wel gerelateerd zijn aan ongelijkheden. Structuurindicatoren hiervoor zijn inmiddels afgeschaft; procesindicatoren worden nog wel gebruikt om etnische verschillen in kaart te brengen.

⁹ Feitelijk heeft BCBSM 2 aparte P4P programma's voor ziekenhuizen: één voor grote en middelgrote ziekenhuizen en één voor kleine ziekenhuizen in afgelegen rurale gebieden. Hier bespreken wij alleen het eerste programma. De programma's verschillen van elkaar in verschillende opzichten. Voor details van het tweede programma, zie <http://www.bcbsm.com/pdf/HPP-2012-2013-pg5-program-description.pdf>

Elk van de deelnemende ziekenhuizen kan in aanmerking komen voor een opslag van 5% op de klinisch en poliklinische DRG-betalingen¹⁰ op basis van jaarlijkse prestaties in een aantal categorieën. Dit komt neer op in totaal \$190 miljoen aan opslagen. De opslag per ziekenhuis wordt bepaald door de maximaal haalbare opslag te vermenigvuldigen met de totale prestatiescore (zie verderop). Om ervoor te zorgen dat de totale betalingen op staatsniveau optellen tot 5%, wordt jaarlijks een multiplier bepaald waarmee de totale score van ieder ziekenhuis wordt vermenigvuldigd. Gevolg hiervan is dat sommige ziekenhuizen een opslag krijgen van minder dan 5% en anderen een opslag van meer dan 5%. BCBSM schrijft niet voor hoe de uitgekeerde opslagen dienen te worden ingezet.

Om in aanmerking te komen voor deelname moeten ziekenhuizen actieve commitment tonen op het gebied van patiëntveiligheid, bijvoorbeeld het met succes voltooien van een externe audit ieder anderhalf jaar. Voor alle ziekenhuizen die mogen deelnemen wordt een overall prestatiescore berekend. Van deze score wordt 60% bepaald door kwaliteit van zorg. Hiervan worden 20-52 procentpunten bepaald door scores op specifieke klinische indicatoren en 8-40 punten door deelname aan en scores binnen geselecteerde “collaborative quality initiatives” (CQI).¹¹

Per CQI wordt een ziekenhuisspecifieke score bepaald (uitgedrukt in een percentage) aan de hand van de prestaties op specifieke indicatoren die gelden binnen het betreffende CQI. De indicatoren kunnen betrekking hebben op de kwaliteit van de deelname zoals aanwezigheid op vergaderingen en de juistheid/volledigheid van gegevens die het ziekenhuis aanlevert, of op kwaliteitsverbetering en gezondheidsuitkomsten, zoals complicaties tijdens operaties. Voor ziekenhuizen die in meer CQI's participeren, bepaalt BCBSM een gemiddelde score. Elk CQI heeft een gewicht van 4%; indien een ziekenhuis in meer dan tien CQI's participeert dan gelden de tien hoogste CQI-specifieke scores. Per CQI gelden aparte criteria om deel te nemen. Een aantal CQI's is verplicht, wat betekent dat als een ziekenhuis in aanmerking komt voor deelname in deze CQI's maar er toch voor kiest dit niet te doen, de score voor deze CQI's 0% is. Ziekenhuizen in CQI's ontvangen jaarlijks een extra betaling (buiten P4P) om een deel van de kosten van deelname te dekken.

Het gewicht dat uiteindelijk wordt gehecht aan de score op specifieke klinische indicatoren (buiten CQI's) is afhankelijk van het aantal CQI's waaraan een ziekenhuis deelneemt. Indien een ziekenhuis aan vier CQI's deelneemt, betekent dit een gewicht voor kwaliteit van 44% [$60\% - (4 \times 4\%)$]. De indicatoren hebben betrekking op acuut hartinfarct (1 procesindicator), longontsteking (1 procesindicator), operatie infectiepreventie (5 procesindicatoren voor vier aandoeningen), zwangerschapszorg bij vroeggeboortes en (vanaf 2013) aantal heropnames. Voor de meeste

¹⁰ Het is onduidelijk of deze betalingen ook een component bevatten voor specialistenhonoraria.

¹¹ Voor een lijst van CQI's waaraan ziekenhuizen kunnen deelnemen en geïnccludeerde indicatoren per CQI, zie <http://www.bcbsm.com/pdf/Index-Measures-for-Collaborative-Quality-Initiatives.pdf>

indicatoren gelden één of meerdere absolute targets die een ziekenhuis moet halen om punten te scoren. Deze worden jaarlijks bepaald door een werkgroep waarin ook vertegenwoordigers van ziekenhuizen zitten. Targets worden waar mogelijk verhoogd zodat ziekenhuizen gestimuleerd worden om te blijven verbeteren. De indicatoren voor infectiepreventie worden gescoord op een “perfect-care” basis, wat wil zeggen dat een ziekenhuis alleen credits krijgt voor een patiënt indien alle indicatoren voor de betreffende aandoening gehaald worden. De periode waarover de prestaties worden gemeten betreft de eerste negen maanden van een kalenderjaar. Indien een ziekenhuis specifieke diensten niet levert of minder dan 20 patiënten met de betreffende aandoening heeft behandeld zal het ziekenhuis niet gescoord worden op de betreffende indicatoren. Het gewicht van deze indicatoren zal wordt dan verdeeld over de andere indicatoren.

De resterende 40% wordt bepaald door twee indicatoren die zijn gebaseerd op gemiddelde ziekenhuiskosten per patiënt (gecorrigeerd voor casemix, kapitaallasten, etc.). Deze “kosten-per-patiënt” weerspiegelen een drie-jaargemiddelde zodat versturende effecten van korte-termijn variaties op de kosten-per-patiënt score worden beperkt. Kosten uit recentere jaren krijgen wel het grootste gewicht: 50% vs. 35% vs. 15%. De eerste indicator (25%) vergelijkt de ziekenhuisspecifieke kosten-per-patiënt met het staatgemiddelde. De grootte van het verschil (in standaarddeviaties) met het staatgemiddelde bepaalt aantal punten. De tweede indicator (15%) vergelijkt de *verandering* in kosten-per-patiënt met een bedrag dat de kostenverhoging als gevolg van inflatie weerspiegelt.

Alle prestaties worden gemeten op basis van alle patiënten, dus niet alleen patiënten met een BCBSM polis. Ziekenhuizen leveren zelf de gegevens aan welke vervolgens worden gecontroleerd door BCBSM met behulp van steekproeven.

3.2 Engeland

Advancing Quality

Advancing Quality (AQ) is in oktober 2008 geïmplementeerd in het Noordwesten van Engeland, het werkgebied van “NHS North West”, één van de tien Strategic Health Authorities van de NHS (het door belastingmiddelen gefinancierde zorgsysteem in Engeland). Het programma fungeert als pilot; indien de resultaten positief zijn kan het programma landelijk worden uitgerold. Een grootschalige evaluatie uitgevoerd door een onafhankelijk instantie moet dit uitwijzen.¹² Hoewel deelname aan het programma vrijwillig is, doen alle 24 ziekenhuizen in de regio mee. De ontwikkeling van AQ

¹² In deze evaluatie wordt het volgende onderzocht: ervaringen van stakeholders, besparingen, geredde levens, lengte van opname, heropnames, doelmatigheid en perverse prikkels.

begon in 2007 toen het besef ontstond dat lokale, ongecoördineerde kwaliteitsinitiatieven geen systematische verbetering konden bewerkstelligen in kwaliteit en uitkomsten van zorg. Dit besef was mede een gevolg van een werkbezoek aan Premier in de VS, dat als doel had bestudering van de HQID (zie p. 21). Met Premier is onderzocht in hoeverre HQID in de NHS geïmplementeerd kon worden. De conclusie was dat dit haalbaar was omdat de indicatoren relevant zijn voor de NHS, de benodigde infrastructuur reeds bestond, en er brede steun is voor het project onder artsen. Het AQ is gebaseerd op de HQID, maar tegelijkertijd zodanig ingericht dat het aansluit bij de specifieke kenmerken van de NHS. Kernprincipes van AQ zijn als volgt gedefinieerd (NHS NW 2008):

- *breng aanbieders en inkopers op één lijn t.a.v. maatregelen die de zorguitkomsten verbeteren*
- *betrek artsen en artsentteams bij het proces van continue zorgverbetering*
- *het idee van kwaliteit zonder doelmatigheid is niet vol te houden en is onbetaalbaar*
- *het idee van doelmatigheid zonder kwaliteit wordt ervaren als een ondenkbare status quo*
- *het begrijpen van de noodzaak om te focussen op uitkomsten en niet alleen op hoeveelheid*
- *de wens om uitkomsten openbaar te maken*
- *het stimuleren van verbeteringen in prestaties, zoals ervaren door de eindgebruikers*

Het stimuleren van culturele en organisatorische verandering, redden van levens, verbeteren van de kwaliteit, en leveren van de best mogelijke zorg tegen zo laag mogelijke kosten worden genoemd als belangrijke doelen. AQ wordt breed gesteund en mede doorontwikkeld door de British Medical Association, het National Institute of Clinical Excellence (NICE) en het Department of Health.

De ziekenhuizen leveren data aan ten behoeve van de berekening van 28 indicatoren die van toepassing zijn op vijf klinische gebieden: bypass operatie (4 procesindicatoren), acuut hartinfarct (8 procesindicatoren, 1 uitkomstindicator), hartfalen (4 procesindicatoren), heup- en knie vervanging (5 procesindicatoren, 1 uitkomstindicator) en longontsteking (5 procesindicatoren). De indicatoren zijn ontwikkeld door artsen in de VS in het kader van de HQID en werden vrijwel direct geaccepteerd door NICE en artsen en ziekenhuizen. De indicatoren zijn geselecteerd op basis van de volgende kenmerken: relatie met gezondheidsuitkomsten; brede steun onder artsen, beleidsmakers en wetenschappers; valide en betrouwbaar; beïnvloedbaar; tekortschietende prestaties op de indicatoren; data verzamelbaar tegen acceptabele kosten; en 'high impact' in termen van kosten en volume. Er is consensus dat goede prestaties op deze indicatoren leiden tot betere uitkomsten, maximale gezondheidswinst en besparingen.

Voor ieder klinisch gebied wordt per ziekenhuis een overall score bepaald, wat mogelijk maakt dat ziekenhuizen gemakkelijk met elkaar zijn te vergelijken (o.a. door patiënten die de scores kunnen

inzien op <http://www.advancingqualitynw.nhs.uk/index.php>). Hierbij krijgen alle indicatoren (ook uitkomsten) eenzelfde gewicht. De uitkomstindicatoren worden gecorrigeerd voor casemix. Voor hartinfarct wordt een gestandaardiseerde overlevingsindex berekend aan de hand van de werkelijke en verwachte mortaliteitscijfers, waarbij gecorrigeerd wordt voor aard van de opname (electief vs. niet-electief), leeftijd en geslacht, sociaaleconomische status, chronische aandoeningen, aantal spoedopnames in het afgelopen jaar en ja/nee palliatieve zorg. Voor heup- en knie vervanging wordt de “proportie voorkomen heropnames” bepaald door simpelweg het totaal aantal heropnames binnen 28 dagen na ontslag te delen door alle ontslagen patiënten met een nieuwe heup of knie. In 2008-9 vond nog geen casemix-correctie plaats. Na het samenvoegen van uitkomst- en procesindicatoren worden ziekenhuizen per gebied gerangschikt van laag naar hoog; ziekenhuizen in het hoogste kwartiel krijgen een opslag van 4% op het nationale tarief voor de betreffende behandeling en ziekenhuizen in het op één na hoogste kwartiel een opslag van 2%.

Ziekenhuizen leveren de data zelf aan door gegevens handmatig of elektronisch uit medische dossiers te extraheren. Premier en de Audit Commissie controleren de volledigheid en juistheid van de data en hebben targets opgesteld waar ziekenhuizen aan moeten voldoen. Indien targets niet gehaald worden dan worden de scores niet op de website getoond en ontvangt het betreffende ziekenhuis geen opslag. In 2009 zijn (kleine) afslagen ingevoerd voor ziekenhuizen die data onvolledig en/of onjuist aanleveren. Mogelijke onjuistheden in de data resulteren in een bezoek van de Audit Commissie die vervolgens zwaarwegende aanbevelingen kan doen. Premier levert de noodzakelijke datatools, technische en analytische ondersteuning, en beheert het webportaal waarmee ziekenhuizen kennis en gegevens kunnen uitwisselen (protocollen, best practices, etc.).

Onderzocht wordt of andere gebieden aan AQ kunnen worden toegevoegd, waaronder beroerte, geestelijke gezondheidszorg en hartfalenzorg buiten het ziekenhuis. Daarnaast wordt bekeken in hoeverre een brug geslagen kan worden naar het Quality and Outcomes Framework (het nationale P4P-programma voor huisartsen). Met andere woorden, er wordt gezocht naar mogelijkheden om de bekostiging voor curatieve zorg (ziekenhuizen, huisartspraktijken) meer sectoroverstijgend te maken. Daarnaast werd de noodzaak om het patiëntenperspectief bij het project te betrekken snel door alle partijen onderschreven. Daarom worden prestaties ook gemeten aan de hand van patiëntervaringen en patient-reported outcome measures (PROM's), waarbij kwaliteit van leven wordt gemeten vóór en na de behandeling. Hiervoor bestaan aparte prestatie-opslagen. PROM's worden gemeten met generieke (EQ-5D) en ziektespecifieke vragenlijsten en worden gecorrigeerd voor casemix. In de eerste jaren werden PROM's alleen gemeten voor bypassoperatie en heup/knie vervanging. De periode waarover wordt gemeten varieert tussen zes (PROM's, patiëntervaring)

en twaalf maanden (klinische indicatoren). Ziekenhuisspecifieke scores voor elk van de drie dimensies zijn in het voorjaar van 2010 voor het eerst gepubliceerd.

Ziekenhuizen worden gescoord op basis van “top-prestatie” (de top-x % beste ziekenhuizen), “goede prestatie” (de top-50 % beste ziekenhuizen) en “top-verbeteraars” (ziekenhuizen bij de beste 50% met de grootste verbetering). Voor de klinische indicatoren variëren de potentiële opslagen tussen £250.000 en £700.000, afhankelijk van de omvang van het ziekenhuis.¹³ Voor zowel de PROM's als patiëntervaring is in totaal £1 miljoen per jaar beschikbaar. Ten behoeve van AQ beschikken Primary Care Trusts (huisartsenorganisaties die verantwoordelijk zijn voor de zorginkoop) jaarlijks over £10.6 miljoen, waarvan £5.2 miljoen is gereserveerd voor de teams die de daadwerkelijke zorg leveren. Dit geld betreft volledig nieuwe middelen (dus geen herverdeling).

Ziekenhuizen worden actief ondersteund bij het doorvoeren van verbeteringen. Zo worden workshops georganiseerd voor efficiënte dataverzameling en het delen van best practices. Daarnaast worden ziekenhuizen regelmatig bezocht en geanalyseerd om sterke en zwakke punten te deduceren, waarvoor vervolgens aanbevelingen worden gedaan. Een bedrijf is ingehuurd voor het onderhouden van de website, het opstellen/verzenden van periodieke nieuwsbrieven en het opstellen/verzenden van prestatierapporten aan ziekenhuizen.

3.3 Australië

Clinical Practice Improvement Payment

De Clinical Practice Improvement Payment (CPIP) werd begin 2008 geïmplementeerd voor publieke ziekenhuizen in de staat Queensland in Australië.¹⁴ De CPIP is ingevoegd tegen de achtergrond van een kwaliteitsschandaal in een regionaal ziekenhuis in 2005, dat leidde tot externe reviews bij Queensland Health, de publieke aanbieder van gezondheidszorg in de staat en verantwoordelijk voor ruim 50% van alle ziekenhuisopnames. De reviewers concludeerden dat het schandaal niet op zichzelf stond maar een symptoom was van een onderliggende “culturele malaise”. Zij hadden kritiek op het bestaande bekostigingssysteem “dat prikkels bevatte voor een hoog volume van electieve operaties wat ten koste ging van aandacht voor veiligheid en kwaliteit, en waarbij het ontbrak aan monitoring en transparantie van klinische prestaties” (Ward et al. 2007). Als reactie

¹³ De ambulance dienst is betrokken bij twee van de acht indicatoren voor hartinfarct en ontvangt daarom 25% van de opslagen die voor dit gebied worden behaald.

¹⁴ Queensland is de meeste gedecentraliseerde staat van Australië en is met 4 miljoen inwoners (20%) de op twee na grootste staat.

werd het basisbekostigingsmodel voor de 22 grootste publieke ziekenhuizen (90% van de publieke ziekenhuisuitgaven) gewijzigd in een prospectief systeem gebaseerd op de zorgbehoeften van de populatie. Tevens bevat het systeem volumetargets voor ziekenhuizen (uitgavenplafonds). Omdat dit systeem geen directe prikkels bevat voor patiëntveiligheid en kwaliteit werden deze prikkels – geïnspireerd door internationale ervaringen zoals steun van het Amerikaanse Institute of Medicine voor P4P – apart ingebouwd via prestatie-opslagen (de CPIP). De CPIP heeft het volgende doel: “het via expliciete financiële prikkels belonen van zorgverlening met een directe, positieve impact op gezondheidsuitkomsten” (Duckett et al. 2008).

De selectie van de set van klinische proces- en uitkomstindicatoren was een iteratief proces. Kortgezegd werd eerst een initiële set opgesteld met indicatoren gericht op diagnoses en procedures waarvoor aantoonbare lacunes bestonden in kwaliteit van zorg. Vervolgens werden klinische netwerken en andere klinische adviesgroepen geconsulteerd om legitimiteit, acceptatie, betrokkenheid van artsen en deelname van ziekenhuizen te bewerkstelligen. Dit resulteerde in een set van zeven indicatoren met de volgende kenmerken: betrekking op aandoeningen met een hoge ziektelast, eenduidig gedefinieerde diagnosegroep of interventie, grote variatie tussen zorgaanbieders en tussen plaatsen ten aanzien van verschillen tussen bestaande praktijken en de evidentie, data verzamelbaar en prestaties te monitoren over de tijd, een goede evidence-base en steun van en beïnvloedbaar door artsen. Hoewel artsen de indicatoren ondersteunen betekent dit niet dat deze steun er altijd op grote schaal is geweest. Veel artsen reageerden negatief op het gebruik van financiële prikkels. Negatieve opmerkingen gingen echter meestal gepaard met constructieve opmerkingen, bijvoorbeeld over wat een goede indicator zou moeten karakteriseren, wat een bepaalde mate van acceptatie suggereert.

Sinds 2008 zijn veel indicatoren toegevoegd. Het huidige systeem (2012) bevat 37 indicatoren in achttien domeinen: kanker (1 proces), hartfalen/hartaanval (3 structuur/proces), jeugd GGZ (1 proces), diabetes (1 proces), ontslagmedicatie (2 proces), spoedeisende hulp (2 proces), IC (2 structuur, 2 proces), zwangerschapszorg (2 proces), GGZ (2 structuur), polikliniek (1 structuur), “open disclosure” (1 structuur), decubitus (1 proces), radiologie (2 proces), nierzorg (2 proces), luchtwegen (1 structuur, 5 proces, 1 uitkomst), verslechterende patiënt (1 structuur), jeugdzorg (2 proces), beroerte (1 proces), en operatie (1 structuur). Deze indicatoren zijn nog voornamelijk geënt op het perspectief van de zorgaanbieder. Het doel is om zo snel mogelijk patiënt-georiënteerde dimensies zoals toegankelijkheid en de kwaliteit van de communicatie op te nemen. Het uiteindelijke doel is bekostiging op basis van “global value”, gemeten op basis van een combinatie van optimale uitkomsten zoals ervaren door patiënten, zorgaanbieders en zorginkopers.

Klinische netwerken hebben de verantwoordelijkheid van het (door)ontwikkelen en steunen van indicatoren, dataverzameling en – analyse, en het waarborgen van de kwaliteit van de data. Additionele klinische gebieden of “projecten” kunnen worden ingebracht door de netwerken en ziekenhuizen en kunnen, indien aan de bovengenoemde voorwaarden is voldaan, worden opgenomen in de CPIP. Voor de meeste indicatoren leveren ziekenhuizen de data aan aan het Measurement and Analysis Team. Dit team valideert de data, onderhoudt een online rapportage systeem waarin scores op indicatoren kunnen worden ingezien, en geeft feedback aan ziekenhuizen over hun prestaties.

Ieder jaar is A\$8 miljoen beschikbaar voor de CPIP. Voor iedere indicator zijn vaste bedragen per eenheid (bijv. \$100 per patiënt, \$2500 per ziekenhuis, \$35 per ingevuld formulier, etc.) en een maximumbedrag per jaar bepaald (de indicator voor kanker is bijvoorbeeld gemaximeerd op A\$300,000 per jaar over alle ziekenhuizen). Hoewel voor sommige indicatoren nog geldt dat opslagen worden uitgekeerd volgens het “pay-for-reporting” principe (ziekenhuizen komen in aanmerking voor het bedrag indien de benodigde data wordt aangeleverd) wordt uitkering van opslagen steeds meer afhankelijk van werkelijk geleverde prestaties.¹⁵ Opslagen worden elk half jaar als een lumpsum betaling uitgekeerd aan districten (regio’s waaronder meerdere ziekenhuizen vallen), drie maanden na de periode waarover de prestaties worden gemeten. De betalingen worden gedaan als een “post budget correctie”. De districten worden geacht de gehele opslag door te sluiten naar de instelling en/of klinische afdeling verantwoordelijk voor het behalen van de betreffende indicator. Districten en ziekenhuizen worden gestimuleerd om opslagen te gebruiken voor het verbeteren van de patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg. Ze mogen alleen worden ingezet voor niet-terugkerende uitgaven ter ondersteuning van verdere verbetering van klinische praktijken en professionele ontwikkeling. In 2007-8 was de gemiddelde prijs per behandelde patiënt ongeveer A\$3800. De opslag betrof een toename van marginale opbrengsten per patiënt van ongeveer 1-3%, wat voldoende was voor deelname op grote schaal. De intentie was om dit percentage over de tijd te verhogen. Of dit inderdaad is gebeurd is onduidelijk.

3.4 Taiwan

Ziektespecifieke P4P-programma's

¹⁵ Bijvoorbeeld: een vast bedrag voor het behalen van specifieke targets (bijv. het leveren van zorg volgens de richtlijnen in minimaal 70% van de gevallen) of voor iedere keer dat goede zorg wordt geleverd (bijv. verwijzing van een patiënt met een cardiovasculaire aandoening naar een rehabilitatie- of preventieprogramma).

In Taiwan is in 1995 een verplichte nationale zorgverzekering ingevoerd. National Health Insurance Taiwan (NHIT) is de enige zorginkoper; in 2008 werd ongeveer 98% van alle Taiwanese ziekenhuizen door NHIT gecontracteerd. Patiënten zijn volledig vrij in hun keuze voor zorgaanbieder en hebben geen verwijzing nodig om van ziekenhuiszorg gebruik te maken. Zorgaanbieders worden grotendeels betaald per verrichting, waarbij ziekenhuizen veelal als “hoofdaannemer” fungeren en medisch specialisten in loondienst hebben (ieder ziekenhuis heeft een eigen honoreringsbeleid). Vanaf 2000 wordt met alternatieve (aanvullende) bekostigingsmodellen geëxperimenteerd. Eén hiervan zijn expliciete prestatie-opslagen, door NHIT landelijk geïmplementeerd in 2004 voor diabetes, tuberculose, baarmoederhalskanker, borstkanker en astma. De programma’s zijn gericht op het stimuleren van zorgaanbieders tot het verbeteren en uitbreiden van monitoring en follow-up en dienen tevens ter bevordering van de continuïteit van zorg. Anders dan eerder besproken P4P-programma’s heeft NHIT aparte programma’s geïmplementeerd voor verschillende aandoeningen.¹⁶ Van de bestaande programma’s zijn alleen de programma’s voor diabetes en borstkanker direct gericht op ziekenhuizen. Om die reden worden alleen deze programma’s hier besproken.¹⁷

Diabetes. Dit programma is ingevoerd om aanbieders te prikkelen goede diabeteszorg te leveren, met name ten aanzien van regelmatige checkups. Ziekenhuizen en klinieken met artsen die gespecialiseerd zijn in metabolische aandoeningen kunnen zich vrijwillig aanmelden om deel te nemen. Om deelname aan het programma te stimuleren mogen de artsen binnen deze instellingen zelf bepalen welke patiënten zij includeren. Omdat de participatiegraad tegen bleef vallen (47% van alle in aanmerking komende artsen en 17% van alle in aanmerking komende diabetespatiënten nam deel in 2007) geldt sinds mei 2009 echter dat instellingen een participatiegraad van minimaal 30% moeten hebben en minimaal 50 patiënten moeten includeren (een patiënt kan niet uitgesloten worden nadat hij/zij is opgenomen in het programma). Hoewel berekening van de opslagen is geënt op artsen wordt de opslag feitelijk aan het ziekenhuis uitgekeerd. Het ziekenhuis kan vervolgens bepalen om de gelden door te sluizen naar de artsen die de patiënten hebben behandeld. Het is onduidelijk of dit ook daadwerkelijk gebeurt.

Het programma betaalt opslagen voor drie diensten. De initiële opname en check-up opslag (kan één keer worden geclaimd voor elke geïnccludeerde patiënt) heeft betrekking op het verzamelen van medische achtergrondinformatie, labonderzoek, lichamelijk onderzoek, opstellen van een zorgplan en educatie over zelfmanagement. De follow-up opslag (kan elke drie maanden worden geclaimd)

¹⁶ Op dit moment experimenteert NHIT tevens met P4P voor hoge bloeddruk, hepatitis B/C en schizofrenie.

¹⁷ Voor alle programma’s wordt gebruik gemaakt van zowel claims data als van gegevens die zelf via internet worden aangeleverd door zorgaanbieders (t.b.v. klinische processen en uitkomsten). De programma’s zijn niet budget-neutraal; opslagen komen normaal gesproken bovenop de bestaande betalingen per verrichting.

betaalt voor labonderzoek, lichamelijk onderzoek, in kaart brengen van therapietrouw, evaluatie van het zorgplan en educatie over zelfmanagement. De evaluatie/rapportage-opslag (kan jaarlijks worden geclaimd per patiënt die een heel jaar in het programma zit) is bedoeld als een prikkel tot het leveren continue diabeteszorg, inclusief consultatie en educatie van een arts, verpleegkundige en diëtist bij ieder contact. De opslag wordt alleen uitbetaald indien de patiënt tien onderzoeken (procesindicatoren) heeft voltooid (meten van bloedsuiker en cholesterol, oogonderzoek, etc.). Deze indicatoren zijn ontwikkeld door NHIT op basis van vigerende richtlijnen voor poliklinische diabeteszorg. Tot 2007 betaalde het programma alleen voor procesindicatoren. Vanaf 2007 geldt dat aanbieders een extra opslag kunnen verdienen voor een goede score op twee uitkomstindicatoren (% patiënten met te hoge bloedsuikerwaarden en % patiënten met een te hoog cholesterol). Deze indicatoren worden niet gecorrigeerd voor patiëntkenmerken. Alle aanbieders worden voor beide indicatoren apart gerangschikt op hun score. Vervolgens wordt per aanbieder een gemiddelde bepaald: de som van beide rangschikkingen gedeeld door twee. Alleen aanbieders in de top 25% voor deze score komen in aanmerking voor de opslag.

Het programma hanteert een puntensysteem om de opslagen te berekenen. Voor het eerste jaar kunnen voor een geïncloseerde patiënt 5840 punten worden behaald: 1845 voor de initiële opname en check-up, 875 punten per follow-up contact (maximaal twee) en 2245 voor de jaarlijkse evaluatie. In de opvolgende jaren kunnen jaarlijks opslagen worden behaald voor drie follow-up contacten en één evaluatie rapportage (4870 punten in totaal). Voor niet-geïncloseerde patiënten kunnen ook punten worden behaald, maar minder (maximaal 1200 per jaar) dan voor geïncloseerde patiënten.

De waarde van een punt varieerde van jaar op jaar. Dit komt omdat in Taiwan een uitgavenplafond geldt voor alle zorguitgaven, wat betekent dat wanneer de werkdruk (gemeten in punten) verandert en de uitgaven gelijk blijven, de waarde van een punt verandert. Tot 2009 lag de puntwaarde tussen NT\$0.80 en NT\$0.90. Om deelname te stimuleren heeft NHIT de waarde verhoogd naar NT\$1. In 2012 is NT\$1 ongeveer €0.03 waard. Bij goed presteren kan voor een geïncloseerde patiënt in vergelijking met een niet-geïncloseerde patiënt dus €139,20 meer verdiend worden in het eerste jaar en €110,10 per jaar in de opvolgende jaren. De totale kosten van het P4P programma voor diabetes worden geschat op 3-5% van de totale uitgaven aan diabeteszorg.

Borstkanker. Dit programma dekt zowel de kosten van klinische en poliklinische zorg en heeft als doel het stimuleren van het volgen van vigerende richtlijnen en het reduceren van sterfte als gevolg van borstkanker. Ziekenhuizen die jaarlijks minimaal 100 patiënten behandelen, een multidisciplinair behandelteam voor borstkanker hebben, en over een database beschikken waarin routinematig statistieken voor sterfte en terugkeer van kanker worden verzameld komen in aanmerking voor

deelname. Alleen patiënten bij wie borstkanker voor het eerst wordt geconstateerd kunnen in het programma worden opgenomen (palliatieve patiënten zijn uitgesloten).

Voor niet-geïnccludeerde patiënten geldt een soort DRG-systeem met additionele tarieven voor (poli)klinische verrichtingen. Voor geïnccludeerde patiënten is een nieuw basisbekostigingssysteem ontwikkeld: de “behandelmix”. Behandelopties (operatie, chemotherapie, etc.) worden gegroepeerd op basis van de richtlijnen voor een bepaald ziektestadium. De tarieven hiervoor zijn hoger dan in het standaardsysteem, mits de patiënt het gehele pakket van het behandelplan ontvangt en doorloopt. Ziekenhuizen die deelnemen aan het systeem worden geprikkeld om patiënten te stimuleren zich te houden aan het behandelplan. Verder ontvangen ziekenhuizen een jaarlijkse opslag van 2-7% van de totale betaling per patiënt die het gehele behandelplan heeft doorlopen indien zij targets halen voor overleving voor specifieke borstkankerstadia (zie Tabel 3). Tenslotte zijn ziekenhuizen verplicht om scores aan te leveren op verschillende procesindicatoren. Deze worden echter niet gebruikt bij het berekenen van de opslagen.

Tabel 3. Overlevingsfracties in jaar i en jaarlijkse opslag per ziektestadium (Bron: Kuo et al. 2011)

Ziektestadium	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 5
0	97%	94%	93%	93%	93%
1	97%	93%	89%	88%	86%
2	95%	86%	80%	78%	75%
3	85%	70%	50%	45%	40%
Overall	64%	33%	23%	18%	10%
Opslag	2%	3%	4%	6%	7%

Ondanks de relatief hoge opslagen blijft het aantal ziekenhuizen dat deelneemt beperkt. De oorzaak hiervan is dat het succes van een behandeling van borstkanker in sterke mate afhangt van goede multidisciplinair samenwerking. In veel ziekenhuizen zijn de teams echter niet goed gecoördineerd waardoor het voor ziekenhuizen te risicovol is om deel te nemen. Immers, indien een patiënt zijn/haar behandelplan niet volledig doorloopt ontvangt het ziekenhuis een tarief dat lager is dan de tarieven die gelden voor niet-deelnemende ziekenhuizen. Om die reden kiezen veel ziekenhuizen ervoor om het oude systeem te handhaven teneinde het financiële risico voor onvolledig doorlopen behandelplannen en hoge zorgkosten als gevolg van complicaties te beperken. Daarnaast zijn overlevingskansen en het wel of niet doorlopen van behandelplannen afhankelijk van de therapietrouw en leefstijl van patiënten en daarom moeilijk te beïnvloeden door ziekenhuizen.

Er is op dit moment veel discussie over de vormgeving van de financiële prikkels binnen het P4P programma voor borstkanker. Het doel is om aanbieders te stimuleren om de kwaliteit van zorg te *verbeteren*, niet om ziekenhuizen te belonen die al goede kwaliteit leveren. De prikkels sluiten hier echter niet goed op aan omdat alle ziekenhuizen hetzelfde doel moeten bereiken om in aanmerking te komen voor een prestatie-opslag. Volgens een aantal auteurs zou dit moeten veranderen om de participatiegraad te verhogen.

3.5 Korea

Value Incentive Program

Sinds 2000, toen in Korea een nationale zorgverzekeringswet werd ingevoerd, is de Health Insurance Review and Assessment Service (HIRA)¹⁸ verantwoordelijk voor het evalueren en vergelijken van de kwaliteit van zorg van zorgaanbieders. Prestaties van zorgaanbieders worden gepubliceerd op een openbare website. De wet maakt het tevens mogelijk om prestatie-opslagen in te voeren waarmee de bekostiging van zorgaanbieders kan worden gerelateerd aan geleverde prestaties. Dit heeft geleid tot de implementatie van het Value Incentive Program (VIP) in 2007, een P4P programma voor ziekenhuizen.¹⁹ Het National Health Insurance of Korea (NHIK) heeft P4P in dit kader gedefinieerd als “betaling die is gebaseerd op de prestaties van ziekenhuizen in termen van kwaliteit van zorg” (Kwon 2010). Net als het AQ-programma in Engeland is het VIP ontwikkeld naar voorbeeld van het HQID in de VS. Het doel is omschreven *als het verbeteren van de kwaliteit van zorg en het verkleinen van de kwaliteitsverschillen tussen de ziekenhuizen* (Kim et al. 2012). In de eerste fase (2007-9) zijn 44 concurrerende ziekenhuizen geselecteerd om deel te nemen aan het VIP. Deze instellingen zijn gekozen op basis van onder andere de aanwezigheid van de benodigde data-infrastructuur en ervaring met kwaliteitsverbetering(projecten). Deze ziekenhuizen zijn geëvalueerd op de geleverde kwaliteit van zorg voor acuut hartinfarct en keizersnede²⁰, waarvoor in 2010 de eerste prestatie-opslagen zijn uitgekeerd. Ziekenhuizen ontvangen jaarlijks een rapport met de eigen scores en de scores van de andere ziekenhuizen die tevens worden gepubliceerd op de website van HIRA.

Voor hartinfarct zijn zes indicatoren gedefinieerd waarvan er vijf gericht zijn op processen (o.a. het leveren van de juiste medicijnen op het juiste moment) en één op een uitkomst (mortaliteit binnen 30 dagen na opname, gecorrigeerd voor patiëntkenmerken). Vervolgens wordt een overall score

¹⁸ HIRA is een onderdeel van de National Health Insurance of Korea [NHIK], de enige verzekeraar in het land.

¹⁹ Naast het VIP voor ziekenhuizen worden VIP's ontwikkeld voor verpleeghuizen en eerstelijnsaanbieders.

²⁰ Van de 19 OESO landen waarvoor data beschikbaar waren had Korea het hoogste sterftcijfer t.a.v. hartinfarct binnen 30 dagen na opname en het op drie na hoogste percentage keizersneden.

bepaald waarbij de uitkomstindicator een gewicht krijgt van 30%. De score wordt alleen bepaald indien er per indicator minimaal tien patiënten zijn behandeld. Voor keizersneden is één indicator bepaald, welke wordt berekend op basis van het verschil tussen het werkelijke en het verwachte percentage keizersneden, gecorrigeerd voor vijftien risicofactoren die zowel betrekking kunnen hebben op de baby als op de moeder (bijv. de leeftijd van de moeder, ja/nee diabetes, het gewicht van de baby en ja/nee tweeling). De score wordt alleen bepaald als er minimaal 30 bevallingen hebben plaatsgevonden. Voor hartinfarct wordt gebruik gemaakt een administratieve “claims dataset” en een digitale database met informatie over de kwaliteit van zorg van ziekenhuizen. Voor keizersneden wordt alleen gebruik gemaakt van de claims dataset. Data worden gevalideerd door een onafhankelijk instituut via vragenlijsten en werkbezoeken.

In de eerste fase werden ziekenhuizen jaarlijks ingedeeld in vijf groepen op basis van hun scores voor beide behandelingen. Het eerste jaar gold als baseline (er werden nog geen op- en afslagen opgelegd): de bovengrens van de slechtst scorende groep (dus het 20^{ste} percentiel) werd begin 2008 bekend gemaakt als de grens die ziekenhuizen minimaal zouden moeten halen om twee jaar later een afslag van 1% te ontlopen. Op basis van data uit 2008 kregen ziekenhuizen in de eerste groep én ziekenhuizen die de grootste verbetering hadden gerealiseerd ten opzichte van 2007 in 2009 een opslag van 1%. Het ging om bedragen van gemiddeld \$18,500 per ziekenhuis in 2009 (21 ziekenhuizen) en \$13,320 per ziekenhuis in 2010 (26 ziekenhuizen).

Terwijl de overheid en de wetenschappelijke gemeenschap zeer positief zijn over het systeem zijn de ziekenhuizen sceptisch. Zij zijn van mening dat de bestaande tarieven te laag zijn en dat de overheid (geconfronteerd met stijgende kosten) het VIP wil gebruiken om betalingen te verlagen. Ook hebben zij twijfels bij de indicatoren die worden gebruikt om kwaliteit van zorg te meten. Desondanks is het programma in 2011 fors uitgebreid. In de tweede fase (dataverzameling is gestart in 2010 en zal lopen tot eind 2012) worden tevens algemene ziekenhuizen geïnccludeerd. In 2010 participeerde 98% van de tertiaire ziekenhuizen (43) en 49% van de algemene ziekenhuizen (71) voor hartinfarct en alle tertiaire ziekenhuizen (44) en 46% van de algemene ziekenhuizen (50) voor keizersneden. In de tweede fase zijn enkele wijzigingen doorgevoerd. Zo wordt nu gebruikt gemaakt van negen categorieën waarin ziekenhuizen worden ingedeeld (in plaats van vijf) en zijn de opslagen verhoogd naar 2% voor de hoogst scorende groep en 1% voor de op één na hoogst scorende groep. Ook zijn er nu twee grenswaarden voor het opleggen van afslagen: 2% voor ziekenhuizen onder de bovengrens van de slechtst scorende groep in het baseline jaar en 1% voor ziekenhuizen onder de bovengrens van de op één na slechtst scorende groep. Verder worden meer indicatoren gebruikt bij het bepalen van de overall score en worden beroerte en onnodig gebruik van antibiotica bij operaties onderzocht

op mogelijke inclusie in het systeem in 2013. Tenslotte wordt meer nadruk gelegd op doelmatigheid: twee aparte indicatoren zullen worden toegevoegd voor kosten en lengte van opname. Tertiaire ziekenhuizen met een kwaliteit zorg onder die van algemene ziekenhuizen of met kosten en/of lengte van opname boven die van algemene ziekenhuizen zijn aangemerkt als verbeterziekenhuizen.

In juli 2012 is het DRG-bekostigingssysteem voor een aantal behandelingen (waaronder keizersnede) verplicht geworden voor alle ziekenhuizen. Dit betekent dat de structuur van het VIP waarschijnlijk aangepast zal worden om het te blijven laten aansluiten op het basisbekostigingssysteem.

4. Sectoroverstijgende uitkomstbekostiging

In dit hoofdstuk staan voorbeelden van uitkomstbekostiging voor zorg verleend door minimaal twee typen zorgaanbieders centraal (in de terminologie van de onderzoeksopdracht: sectoroverstijgende uitkomstbekostiging). Hoewel dergelijke bekostiging meer prikkels bevat voor coördinatie en multidisciplinaire samenwerking en afstemming dan bekostiging voor één type zorgaanbieders, geldt ook hier dat prestatie-opslagen nodig zijn om expliciete prikkels te geven voor kwaliteit(verbetering). Achtereenvolgens worden besproken: Kaiser Permanente, Geisinger Health System, het Alternative Quality Contract in Massachusetts, Prometheus Payment, Baskets-of-Care in Minnesota, Accountable Care Organizations, huisartsconsortiums in Engeland, en Gesundes Kinsigtal in Duitsland. Deze voorbeelden kunnen worden ingedeeld zoals weergegeven in Tabel 4.²¹

Tabel 4. Classificatie van te bespreken voorbeelden van sectoroverstijgende uitkomstbekostiging op basis van gehanteerde basisbekostigingsmethode

	Eén gezamenlijke betaling voor zorg verleend door tenminste twee typen zorgaanbieders die relevant zijn voor een gedeelte van het basispakket	Eén gezamenlijke betaling voor zorg verleend door alle voor het basispakket relevante typen zorgaanbieders (integraal)
Betaling per zorgbundel per patiënt per periode	• Geisinger ProvenCare • Prometheus Payment • Baskets-of-Care	
Betaling per zorgbundel per verzekerde per periode	• Huisartsconsortiums	• Kaiser Permanente • Geisinger Health System • Alternative Quality Contract • Accountable Care Organizations • Gesundes Kinigtal

4.1 Verenigde Staten

Kaiser Permanente

Kaiser Permanente (KP) staat algemeen bekend als één van de best-presterende zorgsystemen in de VS. KP's missie is omschreven als “het leveren van betaalbare zorg van hoge kwaliteit teneinde de

²¹ Omwille van de tijd is een aantal mogelijk interessante voorbeelden van sectoroverstijgende uitkomstbekostiging buiten beschouwing gelaten. De voorbeelden besproken in dit hoofdstuk geven echter een goed beeld van de kenmerken van bestaande initiatieven van uitkomstbekostiging.

gezondheid van onze leden te verbeteren” (McCarthy et al. 2008). KP is de grootste Health Maintenance Organization (HMO) zonder winst oogmerk in de VS en bedient haar 8.7 miljoen leden via exclusieve contracten met multidisciplinaire artsengroepen in acht regio’s (14,600 artsen in totaal).²² Het is een virtueel geïntegreerd zorgsysteem waarbij verzekeraars, ziekenhuizen en multidisciplinaire artsengroepen weliswaar aparte organisaties blijven maar nauw samenwerken bij het organiseren, financieren en leveren van zorg. Deze samenwerking geschiedt grotendeels op basis van (wederzijds) exclusieve contracten. Dit betekent dat de artsengroepen geen patiënten behandelen van andere verzekeraars en dat leden normaal gesproken alle zorg ontvangen van KP-artsen. De verzekeraar (Kaiser Foundation Health Plan) sluit contracten met publieke en private inkopers ter financiering van een breed zorgpakket voor haar leden. Kaiser Foundation Hospital organiseert ziekenhuiszorg en thuiszorg voor leden in eigen of gecontracteerde instellingen. Op dit moment heeft KP 35 klinische en 431 poliklinische (o.a. eerstelijns, lab, radiologie, apotheek, GGZ) centra. De multidisciplinaire artsengroepen ontvangen een abonnementsbetaling waarmee de zorg voor KP-leden in KP-instellingen bekostigd wordt. De groepen dragen verantwoordelijkheid voor zorg, kwaliteit en operationele aspecten rondom de zorgverlening. De relatie van wederzijdse exclusiviteit en afhankelijkheid tussen de inkopers en artsengroepen heeft tot gevolg dat artsen zich bewust zijn dat hun medische beslissingen van invloed zijn op de financiële prestaties van KP en daarmee indirect ook op hun eigen inkomen. Geen van de afzonderlijk onderdelen van KP kan het zich kan permitteren om anderen te laten falen, wat werkt als een prikkel tot actieve samenwerking en coördinatie van zorg. Er wordt veel nadruk gelegd op het “gezondhouden” van leden; een hoge patiënttevredenheid en een lage turnover van leden maakt het mogelijk te investeren in preventie en ondersteunende infrastructuur. De strategie van KP is gebaseerd op de volgende principes:

- Integratie van zorg: KP combineert de rol van verzekeraar en aanbieder, en levering van zorg binnen en buiten het ziekenhuis. Multidisciplinariteit, waarbij specialisten naast generalisten werken en geen prikkel hebben tot overbehandeling en het leveren van onnodige zorg in het ziekenhuis, faciliteert samenwerking en zorg op de juiste plek op het juiste moment. Ieder zorgteam bevat daarnaast een GGZ-specialist die advies en ondersteuning biedt en patiënten met complexe geestelijke problemen zo nodig doorverwijst naar een psychiatrische kliniek.
- Focus op chronische zorg (in plaats van eerste- en tweedelijnszorg): chronische aandoeningen worden aangepakt door middel van stratificatie op basis van ziekterisico en door middel van populatiemanagement. De nadruk ligt hierbij op preventie, zelfmanagement-ondersteuning, en

²² Elke regio heeft autonomie om de zorg te organiseren naar lokale behoeften. Zo heeft KP in Californië ziekenhuizen in eigen beheer, terwijl KP in Colorado bestaat uit een verzekeraar en een artsengroep die contracten sluiten met niet-KP ziekenhuizen waarmee lange-termijn relaties worden onderhouden.

disease- en case-management. Uitgangspunt is dat een sterke eerstelijns de meeste doelmatige manier biedt om de meeste patiënten “af te handelen”. Triage experts stratificeren patiënten in drie niveaus: proactieve eerstelijnszorg met zelfzorg ondersteuning (65-80% van alle patiënten), assiserend zorgmanagement (20-30%) voor patiënten met comorbiditeit en complexe (chronische) problematiek met als doel patiënten terug naar de eerste categorie te brengen, en intensief case-management en specialistische zorg voor de 1-5% patiënten in een vergevorderd stadium van hun ziekte en complexe comorbiditeit.

- Populatiemanagement: ongeplande ziekenhuisopnames duiden op “systeem-falen” (deze patiënten hebben geen optimale zorg ontvangen). Er wordt gestreefd naar het leveren van optimale zorg en vermindering van ongewenste variatie via zorgmanagement en het volgen van evidence-based richtlijnen.
- Gedeelde verantwoordelijkheid en teamwork: alle artsen binnen KP delen financiële en medische verantwoordelijkheid. Hierdoor worden zij geprikkeld om problemen op te lossen en te werken richting het gemeenschappelijk doel: levering van de meest doelmatige zorg. Er heerst een cultuur van openheid en transparantie.²³ Artsen ontvangen een salaris waardoor er geen prikkel is voor het (laten) uitvoeren van onnodige zorg; het bekostigingssysteem is gestoeld op vertrouwen en commitment en geeft tegelijkertijd extra beloningen voor goed presteren. Per groep wordt een “incentive pool” gecreëerd die wordt gefinancierd van het abonnement. Vanuit deze pool worden prestatie-opslagen uitgekeerd voor het behalen van targets op prestatie-indicatoren voor kwaliteit, service, patiënttevredenheid, werkdruk, en groepsbijdrage. De opslagen worden uitgekeerd op meerdere niveaus: groep, instelling, afdeling/praktijk en individuele arts. Artsen kunnen jaarlijks een opslag van maximaal 5% van hun salaris verdienen.
- Management van ziekenhuispatiënten: bijv. zorgpaden voor veelvoorkomende aandoeningen, ontslagplanners om patiënten door paden te leiden, en specialistische verpleeginstellingen voor patiënten die niet in het ziekenhuis hoeven te blijven maar ook nog niet naar huis kunnen.
- Ondersteuning voor zelfmanagement: zelfmanagement is belangrijk bij het leveren van goede chronische zorg en bij het realiseren van kort verblijf in het ziekenhuis. De ondersteuning krijgt vorm via het geven van informatie en het aanbieden van educatieprogramma’s, waarbij steeds meer gebruik gemaakt wordt van hoogwaardige informatie technologie.

²³ Een voorbeeld van deze cultuur van openheid is het programma dat KP heeft ontwikkeld/geïmplementeerd voor medische fouten. Alle zorgverleners worden getraind in hoe zij open conversaties kunnen hebben over slechte uitkomsten en medische fouten met patiënten en hun families. Daarnaast wordt zorgverleners geleerd hoe zij kunnen omgaan met de (psychische) gevolgen die het maken van een medische fouten kan hebben.

- Gemeenschappelijk informatie technologie: het gemeenschappelijke informatiesysteem (“HealthConnect”)²⁴ faciliteert interdisciplinaire samenwerking en coördinatie van zorg en maakt het voor leden mogelijk om via email en/of webcam te communiceren met zorgverleners, hun dossiers in te zien, afspraken te maken, navullingen voor medicatie te bestellen, etc.
- Leiderschap: goed-presterende artsen worden gemotiveerd om leiderschapsfuncties te vervullen. “Leiders” worden getraind om toe te zien op gepast zorggebruik en het dragen van verantwoordelijkheid voor prestaties binnen de groep. Groepsverantwoordelijkheid leidt tot minder spanning tussen disciplines en faciliteert samenwerking bij het realiseren van doelen.
- Continuïteit van zorg: er wordt continu gecheckt op behoeften aan preventie. Praktijkassistenten ontvangen feedbackrapporten met data over patiënten wier behoeften niet zijn geadresseerd. Regio’s worden beoordeeld op de mate waarin leden een goede, langdurige vertrouwensrelatie hebben met een eerstelijnsarts en of artsen onderdeel zijn van een team dat verantwoordelijk is voor coördinatie en continuïteit van zorg. Daarnaast is er een speciaal programma voor follow-up zorg voor patiënten die zijn ontslagen uit het ziekenhuis of verpleeginstelling en voor patiënten met een verhoogd risico op opname wegens meerdere chronische aandoeningen.
- Innovatie: de verschillende locaties/onderdelen bezoeken elkaar regelmatig om van elkaar te leren en best practices te delen. Speciale leiders/opleiders (vaak artsen) ontvangen de middelen en tools om collega’s op te leiden en te betrekken bij het doorvoeren van veranderingen en innovaties ter verbetering van (gezondheids)uitkomsten. HealthConnect vervult hierbij een belangrijke rol bij het innoveren en het delen en implementeren van best practices.
- Laagdrempelige toegang tot gepaste zorg: KP biedt meerdere “toegangspunten” om patiënten zo snel mogelijk met de juiste zorgverlener(s) in contact te laten komen, waaronder callcenters voor routinematige informatie en het maken van afspraken, plannen van afspraken via het internet, en zorg buiten kantooruren voor urgente gevallen. Getrainde telefonisten hanteren door artsen ontwikkelde scripts bij het maken van tijdige afspraken op basis van de hoofdklacht van de patiënt. Voor specialistische zorg is het doel dat minimaal 75% van de patiënten terecht kunnen bij een specialist binnen twee weken na doorverwijzing van de eerstelijnsarts.

²⁴ Dit ICT-systeem heeft tot nu toe \$4 miljard gekost en is ontwikkeld en geïmplementeerd met actieve participatie en ondersteuning van artsen. Het is vanaf 2008 operationeel in alle instellingen en praktijken van Kaiser en daarmee grootste EPD-systeem van de VS. Het systeem is speciaal ontworpen om integrale zorg te bevorderen en om leden te “verbinden” met zorgaanbieders en hun eigen gezondheidsinformatie. Het biedt allerlei beslissingsondersteunende tools voor artsen zoals elektronisch voorschrijven en doorverwijzen, data over de eigen patiëntenpopulatie, automatische alerts bij contra-indicaties en dubbele verrichtingen/zorg, reminders, klinische richtlijnen, en inzicht in medische en financiële prestaties van henzelf én die van collega’s.

Geisinger Health System

Geisinger Health System is een door artsen geleid geïntegreerd zorgsysteem in Danville, Pennsylvania. Geisinger heeft een werkgebied van circa 2.6 miljoen mensen die ouder, armer en zieker zijn dan gemiddeld in de VS. Het marktaandeel is ongeveer 30%, inclusief eerste- en tweedelijns zorg. Het zorgsysteem bestaat onder andere uit een multidisciplinaire groep van 740 artsen verdeeld over 50 klinieken (200 hiervan leveren eerstelijnszorg, de rest voornamelijk specialistische zorg). Specialisten leveren zorg vanuit drie grote ziekenhuizen. In één van deze ziekenhuizen werken alleen artsen aangesloten bij Geisinger, terwijl in de andere ziekenhuizen zowel Geisinger artsen als externe artsen werken. Verder bevat Geisinger drie poliklinische operatiecentra, specialistische ziekenhuizen, en twee verslavingszorgklinieken. Het basisinkomen van artsen is gebaseerd op productiviteit. Tevens is 10-15% gebaseerd op het behalen van targets voor kwaliteit van zorg, patiënttevredenheid en kosten. Naast een netwerk van zorgaanbieders heeft Geisinger een eigen verzekeraar, Geisinger Health Plan (GHP). GHP is een netwerk-model HMO met ongeveer 220,000 verzekerden ($\pm 30\%$ van Geisinger's patiënten) waarvan de helft een vaste arts heeft in één van de 40 eerstelijnsklinieken. GHP heeft tevens contracten met meer dan 18,000 onafhankelijke zorgaanbieders, waaronder 90 ziekenhuizen. Een belangrijk verschil met Kaiser is dat Geisinger ook verzekerden van andere verzekeraars behandelt en dat GHP verzekerden ook zorg van andere aanbieders mogen ontvangen (Geisinger levert ongeveer 40% van de zorg voor GHP verzekerden).

Hoewel het management is opgesplitst in 22 lijndiensten die afzonderlijk verantwoordelijk zijn voor kwaliteit en het behalen van financiële targets, zijn strategische functies zoals kwaliteitsverbetering en innovatie gecentraliseerd. In 2005 kregen de verschillende onderdelen de opdracht innovatieve verbeterprojecten te ontwikkelen. Zij werden aangespoord om grootschalige procesherinrichtingen voor zowel acute als chronische zorg door te voeren. Dit heeft geleid tot verschillende programma's rondom zorgcoördinatie en -overgangen, preventie, chronische en acute zorg, en patiëntactivering. Deze programma's worden altijd eerst gericht op de 30% patiënten die verzekerd zijn bij GHP maar kunnen, indien succesvol, uitgebreid worden naar alle patiënten. Geisinger richt innovatieprojecten vooral op diensten met de grootste impact qua patiëntenaantal en zorggebruik, de grootste onverklaarde variatie, beschikbare evidence-based uitkomstindicatoren, de meeste aandacht van artsen en/of verzekerden, en werkelijke uitkomsten die ver van verwachte uitkomsten liggen.²⁵

Eén van deze innovaties is de ProvenHealth Navigator, een zogenaamd "medical home model" waarbij primaire zorgprocessen worden heringericht zodat teams van eerstelijnszorgverleners

²⁵ Bij het ontwikkelen en implementeren van innovaties wordt gebruik gemaakt van het integrale elektronische patiëntendossier dat sinds 2007 in alle locaties operationeel is. Het systeem bevat meer dan 3 miljoen patiëntendossiers en functioneert als het centrale "zenuwstelsel" van de organisatie.

kunnen voldoen aan de brede zorgvraag van patiënten. Patiënten met een verhoogd risico op complicaties krijgen een casemanager toegewezen die is betrokken bij het opstellen en uitvoeren van een behandelplan en fungeert als een link bij (het coördineren van) overdrachten, patiënten-educatie en follow-up ter voorkoming van complicaties. GHP geeft financiële prikkels om deelname en betrokkenheid te stimuleren (o.a. \$1800 per arts) en ondersteuning te bieden bij het herinrichten van de zorg (o.a. \$5000 per praktijk per 1000 Medicare verzekerden). Daarnaast is er een “incentive pool” voor verschillen tussen verwachte en werkelijke kosten voor deelnemende patiënten. Betalingen uit deze pool, die worden verdeeld over individuele zorgverleners en de praktijk, zijn afhankelijk van de mate waarin targets voor specifieke kwaliteitsindicatoren worden behaald.

Een ander project is het ProvenCare model. In dit model worden zorgprocessen voor acute zorgepisodes heringericht en samengevoegd in een bundel van evidence-based best practices. Voor GHP verzekerden die bepaalde operaties ondergaan geldt een vaste prijs die betrekking heeft op alle preoperatieve zorg en voorbereiding, alle ziekenhuistarieven en honoraria voor artsen, alle routinematige postoperatieve zorg, en management door een Geisinger aanbieder van alle gerelateerde complicaties en heropnames binnen 90 dagen na de operatie. Het tarief wordt gekort met een bedrag dat gelijk is aan 50% van de gemiddelde kosten van een gerelateerde heropname gemeten over twee voorgaande jaren. Het financieel risico voor het managen van een toegenomen of onveranderd aantal complicaties wordt volledig gedragen door het Geisinger zorgsysteem. Naast het voorkómen van complicaties is wel of niet gevolgd hebben van alle 40 processen een belangrijke prestatie maatstaf. De eerste behandeling waarop het ProvenCare model werd toegepast was bypassoperatie (in 2006).²⁶ Een team bestaande uit Geisinger hartchirurgen vertaalde 20 algemene medische richtlijnen in 40 meetbare processen die zoveel mogelijk zijn gebaseerd op best practices en die kunnen worden gerelateerd aan het handelen van individuen. De processen zijn vervolgens door een multidisciplinair team ingebed in bestaande en nieuwe werkwijzen en het elektronisch patiëntendossier, waarbij ervoor werd gezorgd dat de processen gemonitord kunnen worden en dat, indien een proces incompleet blijkt, automatisch actie wordt ondernomen naar de betrokken aanbieder (bijv. via een reminder). Een multidisciplinaire stuurgroep is verantwoordelijk voor het vaststellen van gewenste uitkomsten, het monitoren van de voortgang, het uitvoeren van financiële analyses, en het onderhandelen over tarieven en tariefvoorwaarden. Tevens is het voorlichtingsmateriaal voor patiënten vernieuwd en wordt actieve participatie van patiënten in het eigen zorgproces gestimuleerd, o.a. via het laten ondertekenen van een document waarin staat dat

²⁶ Het ProvenCare model wordt op dit moment toegepast voor zeven andere behandelingen, waaronder heupvervanging, cataractoperatie, bariatrische chirurgie en perinatale zorg.

ook de patiënt zich committeert aan het behandelplan en de nieuwe manier van werken.²⁷ Op dit moment wordt ProvenCare alleen toegepast voor GHP verzekerden. De verwachting is dat binnenkort ook andere verzekeraars van het systeem gebruik zullen gaan maken. Verder worden de ProvenCare principes toegepast op een aantal ambulante diseasemanagement-programma's voor chronische aandoeningen. Het elektronische patiëntendossier speelt wederom een cruciale rol via onder andere automatische alerts, waarschuwingen bij allergieën voor bepaalde medicijnen, brieven met reminders voor patiënten, en andere beslissingsondersteunende tools.

Alternative Quality Contract

In 2009 werd door Blue Cross Blue Shield of Massachusetts (BC), met 3.5 miljoen leden en een marktaandeel van 80% de grootste zorgverzekeraar van de staat, het Alternative Quality Contract (AQC) geïntroduceerd. Dit contract is ontwikkeld om de nadelen van het abonnement (prikkel tot onderbehandeling en verminderen van kwaliteit, weerstand van artsen) en betaling-per-verrichting (prikkel tot overbehandeling) het hoofd te bieden. Het doel was *het ontwikkelen van een systeem waarmee financiële en klinische doelen gelijkgeschakeld worden, en waarbij betalingen gerelateerd worden aan kwaliteit, uitkomsten en doelmatigheid*. Het inbouwen van prikkels tot het leveren van zorg van hoge kwaliteit en beheersing van gebruik en kosten moest resulteren in de beste gezondheidsuitkomst van de juiste zorg geleverd door de juiste aanbieder op het juiste moment en in de juiste setting. Het AQC is een voorbeeld van een innovatief bekostigingsmodel zoals voorgestaan door de nieuwe Affordable Care Act van 2010. Het is een vorm van integrale bekostiging waarbij betalingen aan zorgorganisaties worden gerelateerd aan een budget per verzekerde. Het contract heeft overeenkomsten met een abonnement-systeem, maar is zodanig ontworpen dat de nadelen hiervan zoveel mogelijk worden gereduceerd. Zorgorganisaties met een AQC krijgen verantwoordelijkheid voor het managen van alle zorg van hun patiënten met een vooraf vastgesteld budget. Daarnaast kunnen zij prestatie-opslagen verdienen voor het halen van targets op prestatie-indicatoren. Deelname vereist dat een zorgorganisatie eerstelijnsartsen bevat met minimaal 5000-10,000 ingeschreven patiënten (afhankelijk van de mate van risicodeling, zie verderop) met een BC HMO of point-of-service (POS) product. Dit laatste is vereist omdat verzekerden bij deze producten een vaste eerstelijnsarts moeten kiezen, wat het voor BC

²⁷ Men heeft ook met het idee gespeeld om het goed uitvoeren van de afzonderlijke processen te stimuleren via P4P. Gezien het grote aantal processen en de complexiteit van de klinische inhoud zag GHP hier echter niets in. Tevens was GHP van mening dat de processen voor het grootste deel al worden uitgevoerd en dat beloning op basis van P4P zorgverleners mogelijk zou aanzetten tot het manipuleren van de scores. Niettemin bepaalt het volgen van de processen een (klein) deel van het inkomen van chirurgen. Het relateren van klinische uitkomsten aan het inkomen van chirurgen is bewust vermeden om risicoselectie te voorkomen.

gemakkelijk maakt om geleverde zorg toe te schrijven aan specifieke artsen(groepen).²⁸ Het AQC heeft een looptijd van vijf jaar, in tegenstelling tot traditionele contracten die meestal een looptijd van één jaar hebben.²⁹ Het contract heeft drie hoofdkenmerken: een “global budget” met jaarlijkse grenzen voor uitgavengroei, prikkels voor kwaliteit, en technische ondersteuning voor deelnemende zorgorganisaties.

Het ex ante budget dekt het gehele continuüm van zorg voor BC HMO of POS verzekerden, inclusief alle ziekenhuiszorg, poliklinische zorg, medicatie, GGZ, revalidatie en langdurige zorg. De organisatie draagt risico voor de kosten van alle zorg, ongeacht door wie het wordt geleverd. BC onderhandelt met iedere deelnemende zorgorganisatie over een basisbudget, waarbij de kosten van ingeschreven BC verzekerden uit het voorafgaande jaar als uitgangspunt gelden (om deelname te stimuleren kreeg in 2009 geen enkele organisatie een budget dat lager was dan de kosten van 2008). De focus ligt op het beheersen van *toekomstige kostengroei* zodat het zorgniveau uit eerdere jaren geleverd kan worden en organisaties niet gedwongen worden om noodzakelijke zorg te verminderen. Er wordt onderhandeld over jaarlijkse groeipercentages. Deze worden gebaseerd op de gemiddelde voorspelde kostenstijging en worden zodanig vastgesteld dat gedurende de looptijd de groei van het budget verminderd wordt met 50% (i.e. het doel is om binnen vijf jaar de jaarlijkse kostengroei die normaal zou plaatsvinden met de helft te verminderen). Organisaties met hoge basisbudgetten krijgen lagere percentages dan organisaties met lage basisbudgetten. Hoewel organisaties met veel marktmacht in theorie hogere percentages kunnen uitonderhandelen dan organisaties met weinig marktmacht, is BC tot nu toe succesvol geweest in het verkleinen van dergelijke verschillen. Uiteindelijk is het ontwerp van het AQC gericht op het verbeteren van kwaliteit en het verminderen van de *kostengroei*, niet op het realiseren van besparingen in het eerste jaar. Targets zijn bepaald aan de hand van actuariële projecties om geld te besparen over de gehele looptijd.

Zorgorganisaties worden op verschillende manieren beschermd tegen teveel financieel risico. Allereerst worden de budgetten jaarlijks geïndexeerd en gecorrigeerd voor (veranderingen in) de gezondheidstoestand van ingeschreven patiënten met behulp van een statistisch model dat voor iedere patiënt een risicoscore genereert op basis van diagnose-codes uit claims data. Dit reduceert

²⁸ Er wordt onderzocht of het AQC uitgebreid kan worden naar producten waarvoor een vaste arts niet vereist is. Dit vereist dan een gedegen methode om eerstelijnsartsen toe te wijzen aan verzekerden.

²⁹ De lange looptijd dient drie doelen. Zorgorganisaties die bekostigd werden via abonnementen met kortere contractperiodes en die succesvol waren in het beheersen van zorggebruik werden vaak “gestraft” met een lager budget in het volgende jaar. Het AQC geeft artsen langer de tijd om de vruchten te plukken van het beheersen van zorggebruik. Ten tweede worden premiestijgingen beter voorspelbaar omdat groeimarges voor de budgetten in het contract worden gespecificeerd. Ten derde stimuleert het aanbieders om te investeren in lange-termijn verbeterprojecten en creëert het partnerschap op basis van vertrouwen tussen verzekeraar en aanbieder. Hierbij wordt van aanbieders verwacht dat zij zich richten op het managen van zorgkwaliteit en kosten, en zich inzetten voor coördinatie en integratie binnen het gehele continuüm van zorg.

de prikkel om patiënten met hoge verwachte kosten te weren (risicoselectie). Ten tweede kunnen organisaties kiezen voor risicodeling of het dragen van het volledige risico. Het risico voor organisaties varieert op dit moment tussen de 50% en 100%.³⁰ Ten derde zijn alle organisaties verplicht een herverzekering te hebben die een deel (meestal 70-90%) van de kosten boven een bepaald bedrag dekt (bijv. \$100,000 per patiënt). Ten vierde bevat het contract een “unit cost corridor”, die het budget laat toenemen (afnemen) indien BC hogere (lagere) tarieven afsprekt met aanbieders dan verwacht. Tenslotte waren sommige organisaties huiverig om vast te zitten aan het vijfjarig contract, ook als onvoorziene ontwikkelingen hun kosten fors zouden verhogen,. Om die reden hanteert BC in sommige gevallen een “overall cost trend corridor”; de stijging van het budget kan bijvoorbeeld zodanig worden bepaald dat dat het nooit meer dan een vast percentage (meestal 2%) afwijkt van de overall trend op basis van alle BC HMO/POS verzekerden. Gedurende het jaar worden de organisaties betaald per verrichting, net zoals vóór het AQC. Alle betalingen voor medische zorg, geleverd door aanbieders van een AQC organisatie of door niet-aangesloten aanbieders, worden ten laste gelegd van het budget. De tarieven per verrichting variëren tussen individuele ziekenhuizen en artsengroepen, wat een sterke prikkel geeft om te verwijzen naar aanbieders met lage kosten. Aan het einde van het jaar wordt met iedere organisatie de balans opgemaakt waarbij BC overschrijdingen terugvordert en besparingen uitkeert.

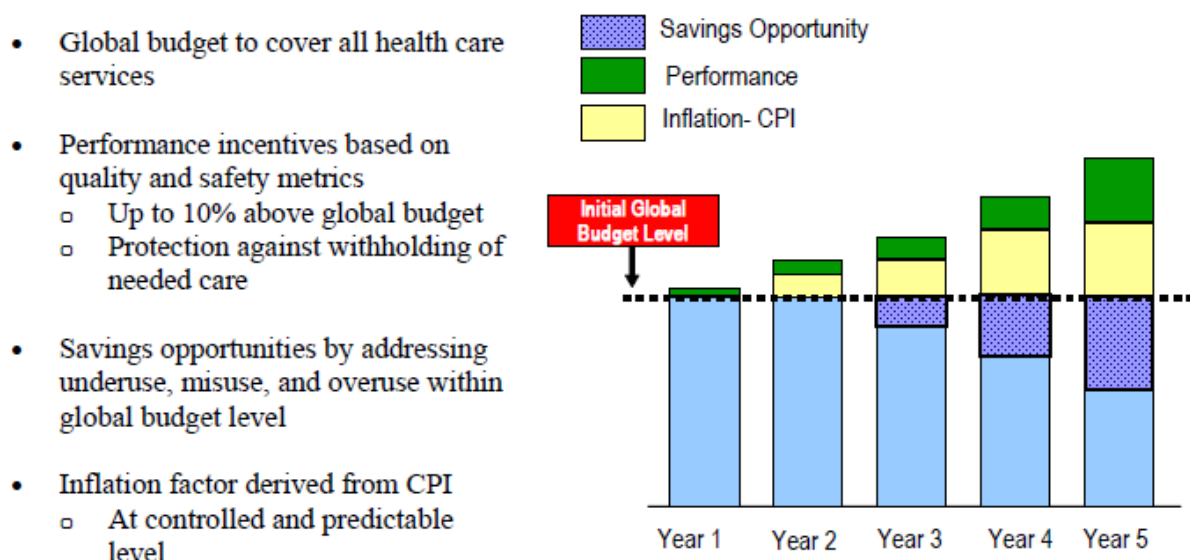
Het tweede hoofdkenmerk van het AQC betreft een P4P aspect waarbij opslagen van maximaal 10% van het budget kunnen worden verdiend. De opslagen worden bepaald op basis van scores op geaccepteerde prestatie-indicatoren. De indicatoren komen grotendeels overeen met de 33 indicatoren die Medicare gebruikt voor ACO's en worden breed gedragen als zijnde klinisch relevant, wetenschappelijk en klinisch onderbouwd en valide en betrouwbaar voor het niveau waarop ze worden berekend (bijv. arts, artsengroep of ziekenhuis). Vijf procent kan worden verdiend voor prestaties op 32 indicatoren voor ambulante zorg (19 processen, 5 uitkomsten en 8 patiëntervaringen, geënt op zorg geleverd door eerstelijnsartsen organisaties te prikkelen om te investeren in een sterke eerstelijns) en nog eens 5% voor prestaties op 32 indicatoren voor ziekenhuiszorg (20 processen, 5 uitkomsten en 8 patiëntervaringen). De opslagen moeten ieder jaar opnieuw worden verdiend en vormen een grote potentiële extra inkomstenbron.³¹ Het systeem is

³⁰ Organisaties met 100% risico ontvangen alle gerealiseerde besparingen op het budget en zijn tevens financieel verantwoordelijk voor alle overschrijdingen; organisaties met minder dan 100% risico delen zowel besparingen als overschrijdingen met BC. Het percentage wordt bepaald op basis van de grootte van de organisatie, de mate van integratie en de mate waarin organisaties in staat zijn om financieel risico te dragen voor (fluctuaties in) de totale zorgkosten van hun patiënten.

³¹ De potentiële opslag is hoger dan opslagen in traditionele P4P-programma's omdat het een percentage is van de totale betalingen per verzekerde per maand en niet van de standaardtarieven voor artsen. Onderzoek laat zien dat de gemiddelde opslag voor artsen in traditionele programma's ongeveer 2.5% van hun omzet is.

gebaseerd op absolute prestaties en blijft voor alle organisaties gelijk over de hele contractperiode. De opslag wordt bepaald op basis van een overall score, berekend door de scores op individuele indicatoren op te tellen. Voor iedere indicator zijn vijf targets vastgesteld. De hoogste wordt empirisch bepaald en is de score die kan worden behaald door een optimaal presenterende organisatie. De laagste (de grens die minimaal behaald moet worden om in aanmerking te komen voor een prestatie-opslag) weerspiegelt de mediane score van alle deelnemende organisaties. De score per indicator wordt vervolgens lineair bepaald op basis van de score ten opzichte van target 1 en 5 (de organisatie krijgt bijvoorbeeld een score van 3 als de score precies tussen target 1 en 5 ligt). Bij de ambulante indicatoren krijgen uitkomsten bij het berekenen van de overall score drie keer zoveel gewicht als processen en patiëntervaringen. Het verband tussen de opslag en de overall score is S-vormig, wat inhoudt dat voor organisaties die gemiddeld scoren een toename in de overall score met één eenheid een grotere toename in de opslag impliceert dan voor organisaties die slecht of goed presteren. Het gebruik van absolute targets in plaats van relatieve targets (bijv. alleen de top 20% ontvangt een opslag) zorgt ervoor dat organisaties geen disincentive hebben om best practices met elkaar te delen. Naast het gebruik van kwaliteitsinformatie ten behoeve van het uitkeren van opslagen wordt op dit moment nagedacht over de mogelijkheid om de scores op de specifieke indicatoren te publiceren om verzekeren te voorzien van keuzeinformatie. Samengevat ziet de financiële structuur van het AQC eruit zoals weergegeven in figuur 1.

Figuur 1. Financiële structuur van het Alternative Quality Contract (bron: BCBSMA 2010)



Omdat tarieven voor eerstelijnsartsen minder dan 10% van de totale kosten zijn kunnen zorgorganisaties die de volledige opslag krijgen het inkomen van hun artsen met meer dan 50% verhogen.

Het derde hoofdkenmerk betreft een feedback- en rapportagesysteem dat deelnemende zorgorganisaties ondersteunt bij het managen van hun budget, het implementeren van verbeteringen in kwaliteit en het borgen van behaalde successen. De ondersteuning omvat maandelijkse feedback over financiële (uitgaven vs. budget) en zorginhoudelijke prestaties (scores op indicatoren) alsook conferenties waar de organisaties elkaar ontmoeten en best practices kunnen uitwisselen. De feedbackrapporten bevatten analyses van praktijkvariëaties die klinisch en financieel relevant zijn, zoals ziektespecifieke variëaties in behandelingen per specialisme (artsen krijgen inzicht in welke mate zij verschillen t.o.v. hun collega's t.a.v. het gebruik van technologieën, behandelingen en diagnostische tests voor patiënten met dezelfde aandoening/gezondheid) en vermijdbaar gebruik van ziekenhuiszorg (vermijdbare opnames voor aandoeningen als astma en diabetes, heropnames binnen 30 dagen na ontslag en niet-urgent gebruik van spoedeisende zorg). Zowel BC als de deelnemende organisaties zijn van mening dat een adequate praktijk-georiënteerde infrastructuur (capaciteit voor data-analyse en -rapportage, formele processen voor het betrekken van artsen bij verbeterprojecten, en casemanagement programma's voor chronische patiënten) cruciaal is voor succes. Ter ontwikkeling van noodzakelijke infrastructuur betaalt BC sommige organisaties een extra bedrag van maximaal 2% van hun jaarlijkse budget.

Momenteel participeren twaalf zorgorganisaties in het AQC. In 2009 dekte het AQC ongeveer 3200 specialisten en 1600 eerstelijnsartsen (25% van alle eerstelijnsartsen in het HMO/POS netwerk van BC) die zorgen voor 30% van de HMO/POS verzekerden van BC. In 2011 is dit aantal fors gegroeid naar 44% van alle HMO/POS verzekerden, ofwel 11% van alle privaat verzekerden in de staat. Het AQC schrijft geen specifieke organisatiestructuur voor. De organisaties betreffen een grote multidisciplinaire groep, een aantal "independent practice associations" die contracteren namens kleinere praktijken, en een aantal joint ventures tussen ziekenhuizen en artsengroepen. Drie van de acht organisaties die in 2009 direct deelnamen hadden reeds een risicodeling-contract met BC vóór deelname; de rest werd betaald per verrichting. Twaalf procent van de individuele artsen in het AQC werkt in een solo- of duopraktijk. Zij zijn echter allen onderdeel van een overkoepelende organisatie die namens hen contracten afsluit.³² De kleinste organisatie bevat 72 artsen, de grootste heeft er meer dan 1300. De helft van de organisaties bevat ziekenhuizen, de andere helft betreft onafhankelijke artsenorganisaties. De verhouding artsen in loondienst vs. vrijgevestigd is grofweg 1:1. De gemiddelde totale kosten en kwaliteit van de deelnemende organisaties verschilden behoorlijk voorafgaand aan deelname; het contract trekt dus niet alleen organisaties aan die reeds

³² Artsen zonder een dergelijke affiliatie (16% van het netwerk van BC) zouden zich eerst moeten aansluiten bij een bestaande organisatie (of een nieuwe organisaties moeten opzetten) alvorens zij de (financiële) risico's binnen een AQC succesvol zouden kunnen managen.

goed presteerden. Daarnaast waren de organisaties voordat zij het contract tekenden op de hoogte van hun baseline kwaliteitsscores, targets voor de prestatie-opslag, en hun jaarlijkse uitgaventargets.

Het AQC model staat voor een aantal belangrijke uitdagingen. Zo wordt veel energie gestoken in het aantrekken van grote zorgorganisaties met veel marktmacht. Daarnaast is het belangrijk om aanbieders met een zwakke infrastructuur voor het managen van financieel risico effectief bij het project te betrekken. Tenslotte wordt nagedacht over hoe prikkels voor kostenbeheersing voor verzekerden gelijkgeschakeld kunnen worden met die van deelnemende zorgaanbieders.³³

Prometheus Payment

Bekostiging van zorg op basis van één tarief voor een bundel van zorg geleverd over een bepaalde periode wordt in de VS door veel experts gezien als een goede vervanger van het gangbare betaling-per-verrichting systeem. In tegenstelling tot betaling-per-verrichting compenseert een dergelijk systeem aanbieders voor alle zorg die een patiënt nodig heeft tijdens een ziekte-episode. Het Prometheus model³⁴, ontwikkeld in 2006, bundelt afzonderlijke verrichtingen ten behoeve van de zorg gerelateerd aan een bepaalde aandoening of behandeling, en geeft aanbieders een budget dat bestaat uit twee componenten: een evidence-based basisbudget per patiënt dat gecorrigeerd is voor de ernst en complexiteit van de aandoening, en een opslag voor “potentieel vermijdbare complicaties” (PVC’s, bijv. ziekenhuisopnames voor COPD-patiënten of infecties tijdens operaties). Het doel van Prometheus is het bewerkstelligen van integratie van zorg en het stimuleren van samenwerking tussen aanbieders die normaal gesproken weinig met elkaar te maken hebben maar wel allen in aanraking komen met de zorg voor een specifieke patiënt. Het systeem beoogt coördinatie van zorg te bevorderen door zorgaanbieders gezamenlijk verantwoordelijk te houden voor de kosten van een vooraf gedefinieerde zorgbundel. Het vermijden van PVC’s, het reduceren van zorguitgaven en het verbeteren van kwaliteit van zorg zijn belangrijke speerpunten.

Het model wordt ontwikkeld, gemanaged en geïmplementeerd door het Health Care Incentives Improvement Institute (HC3), een organisatie zonder winstoogmerk gericht op het vergroten van doelmatigheid in de zorg. Prometheus wordt op dit moment toegepast/geïmplementeerd door meer

³³ Verzekerden met een huisarts met een AQC zijn vrij om zorg te ontvangen van iedere arts in het netwerk indien zij een verwijzing van hun arts krijgen voor specialistische zorg. De keuzes die verzekerden maken (bijv. ja/nee huisarts met een AQC, andere specialist dan aanbevolen, etc.) hebben geen gevolgen voor de eigen betalingen. Verzekerden die ontevreden zijn met hun huisarts (bijv. omdat zij geen verwijzing krijgen) kunnen switchen naar een andere huisarts.

³⁴ PROMETHEUS is een acroniem voor “Provider Payment Reform for Outcomes, Margins, Evidence, Transparency, Hassle reduction, Excellence, Understandability, and Sustainability”.

dan tien verzekeraars/ (geïntegreerde) zorgsystemen in het hele land, waaronder HealthPartners (een verzekeraar), Independence Blue Cross (een verzekeraar) met Crozer Keystone Health System, en Blue Cross and Blue Shield of North Carolina (een verzekeraar) met CaroMont Health System. De ontwikkeling en implementatie van het model worden (financieel) ondersteund door o.a. de Commonwealth Fund en de Robert Wood Johnson Foundation. Verschillende werkgroepen ontwikkelden criteria voor het bepalen van evidence-based budgetten voor verschillende acute en chronische aandoeningen. De aspecten van zorg die onder het budget voor een bepaalde episode vallen zijn geselecteerd met behulp van statistische analyses op claims data en op basis van geaccepteerde medische richtlijnen en consultatie van experts. Aldus reflecteert de zorgbundel de beste methode voor het behandelen van de betreffende aandoening. Hieronder valt de zorg die nog normaal gesproken afzonderlijk geleverd wordt door een breed scala aan zorgaanbieders, waaronder ziekenhuizen, huisartsen, revalidatieklinieken, etc. Op dit moment zijn er bundels beschikbaar voor zeven chronische aandoeningen (o.a. COPD, diabetes, hypertensie; looptijd één jaar); drie acute aandoeningen (hartinfarct, longontsteking, beroerte; 30 dagen); vijf klinische procedures (o.a. heupvervanging, bypassoperatie; 210 dagen waarvan 180 vóór de procedure); en zes poliklinische procedures (o.a. colonoscopie, galblaasverwijdering; 5-11 maanden).

Het systeem onderscheidt twee bronnen van variatie in de totale kosten voor deze aandoeningen: het kansrisico (verzekeraarsrisico) en het technisch risico (risico van ondoelmatige zorg). Prometheus is zodanig ontworpen dat de financiële verantwoordelijkheid voor gebeurtenissen gerelateerd aan het technisch risico zoveel mogelijk naar zorgaanbieders wordt verschoven. Slaagt een aanbieder er niet in het technisch risico te managen dan leidt dit tot complicaties die met de juiste zorg, planning en training vermeden hadden kunnen worden. Het basisbudget (gecorrigeerd voor ernst van de ziekte, comorbiditeit³⁵ en andere specifieke patiëntkenmerken) wordt berekend aan de hand van de prijzen van de afzonderlijke zorgcomponenten en – indien gewenst door de gebruikers – kosten en gebruik uit het verleden, in het bijzonder de kosten van PVC's. Het systeem berekent tevens een substantiële opslag op het basisbudget voor PVC's, ongeacht of de complicaties daadwerkelijk optreden.³⁶ Deze opslag bedraagt 50% van de verwachte kosten voor PVC's, berekend aan de hand

³⁵ Patiënten met meerdere chronische aandoeningen waarvoor afzonderlijke budgetten kunnen worden berekend worden toegewezen aan één specifiek budget via een hiërarchie. Diabetes staat bijvoorbeeld hoger in de hiërarchie dan hypertensie. Een diabetespatiënt met hypertensie krijgt dan het basisbudget voor diabetes toegewezen dat (onder andere) is gecorrigeerd voor de aanwezigheid van hypertensie.

³⁶ Statistische analyses op grote nationale en regionale claims datasets laten zien dat PVC's verantwoordelijk zijn voor 22% van alle zorguitgaven in de private sector in de VS. Daarnaast blijkt dat PVC's 80% van alle zorguitgaven kunnen uitmaken voor aandoeningen die intensieve zorg vereisen (zoals hartfalen) en dat er grote regionale verschillen zijn. Bij het definiëren van PVC's is gebruik gemaakt van een iteratief proces waarbij veel is overlegd met en advies gevraagd aan artsen en andere experts. Ook is gebruik gemaakt van kennis van vooraanstaande organisaties zoals het Institute of Medicine.

van de werkelijk kosten voor PVC's in het voorgaande jaar. Dit geeft een prikkel tot het voorkomen van complicaties omdat daarmee het uitgeven van de opslag wordt voorkomen. Voor iedere declaratie tijdens een episode wordt met behulp van een complex softwaresysteem met beslisbomen bekeken of het gaat om zorg die valt onder de bundel en of het om typische zorg of een PVC gaat. Alle declaraties die onder de bundel vallen worden vervolgens opgeteld en vergeleken met het budget. Indien men geld overhoudt wordt dit verdeeld over de aanbieders. Het berekende budget en hoeveel risico naar aanbieders wordt verschoven (en de toename hiervan over de tijd) alsook de methoden die gebruikt worden bij het berekenen van het budget kunnen op basis van lokale onderhandelingen tussen aanbieders en inkopers worden aangepast. Het Prometheus systeem is flexibel en zodanig ontwikkeld dat inkopers en aanbieders (onderling) kunnen bepalen wie (indien nodig) eindverantwoordelijke is voor de betreffende bundel (hoofdaannemer), hoe coördinatie en samenwerking zal plaatsvinden tussen afzonderlijke aanbieders die de zorg leveren en hoe tekorten of overschotten worden verdeeld. De software biedt verschillende opties en algoritmen (bijv. voor het toeschrijven van patiënten en geleverde zorg aan bepaalde aanbieders) die na het onderhandelingsproces in het softwaresysteem kunnen worden ingevoerd.

Om te voorkomen dat aanbieders hun kwaliteit verminderen teneinde de kosten te verlagen bevat Prometheus tevens een P4P systeem (gemanaged door een onafhankelijk instituut) voor het meten en belonen van kwaliteit. Het systeem is zodanig ingericht dat kwaliteit een groter effect heeft op de betalingen die aanbieders uiteindelijk ontvangen dan gerealiseerde besparingen. De totale besparingen op de basisbudgetten en de PVC opslagen worden gebruikt als incentive pools; zodra aanbieders erin slagen een minimale kwaliteitstarget te halen komen de besparingen beschikbaar. Het systeem beloont zowel goede kwaliteit (het halen van targets) als kwaliteitsverbetering, waarbij bij de vergelijkingen gestratificeerd wordt op patiëntkenmerken. Van belang om te vermelden is dat de scores worden bepaald aan de hand van de geleverde zorg voor alle patiënten met de betreffende aandoening en niet alleen patiënten wier zorg wordt bekostigd via Prometheus.

Per aandoening worden scores berekend op structuurindicatoren (bijv. een adequate infrastructuur voor ICT), klinische proces- (bijv. uitvoeren van longfunctie tests bij astma) en uitkomstindicatoren (bijv. het cholesterolniveau bij patiënten met hartfalen), en patiëntervaringen (bijv. de HCAHPS vragenlijst bestaande uit 27 items). De indicatoren moesten reeds beschikbaar zijn in bestaande bronnen én aan te leveren zijn door aanbieders zelf om in aanmerking te komen voor inclusie. Sommige indicatoren zijn van toepassing op meerdere aandoeningen en worden meer dan één keer gescoord. Uitkomsten krijgen een groter gewicht in de scores dan processen (60% vs. 40%).

Per aandoening is voor iedere indicator een maximum aantal punten gedefinieerd. De behaalde punten per indicator worden bepaald door de score op de indicator (bijv. 80%) te vermenigvuldigen met het maximum aantal punten. De punten behaald voor iedere indicator worden vervolgens opgeteld tot een score per aandoening. De aandoening-specifieke scores op hun beurt geaggregeerd tot een overall score, waarbij weging plaatsvindt voor het aantal behandelde patiënten onder het Prometheus systeem (in 2010 konden aanbieders gescoord worden op maximaal zes chronische aandoeningen). Deze score wordt vergeleken met een target om te bezien of de aanbieder in aanmerking komt voor een prestatie-opslag. Een aanbieder komt dus pas in aanmerking voor een opslag indien goed wordt gescoord voor alle aandoeningen die via een Prometheus budget worden bekostigd. Om samenwerking te bevorderen hangen de overall scores voor 70% af van wat de aanbieder doet en voor 30% af van wat iedere andere aanbieder die de patiënt voor de betreffende aandoening behandelt heeft gedaan (indien dit aanbieders betreft die niet worden betaald onder het Prometheus systeem worden die gelden afgetrokken van het budget dat beschikbaar is voor het betalen van alle aanbieders). Indien een aanbieder bijvoorbeeld een overall score heeft van 70 voor chronische zorg en zijn patiënten met een hartinfarct verwijst naar een ziekenhuis dat 63 punten heeft behaald voor bypassoperatie, dan krijgt de oorspronkelijke aanbieder een score van $70 \cdot 70\% + 63 \cdot 30\% = 67.9$. Bij een target van 50 komt deze aanbieder dus in aanmerking voor een opslag. Het precieze opslagpercentage wordt berekend aan de hand van waar de aanbieder scoort tussen de 50 tot 90: $67.9 - 50 = 17.9$, $90 - 50 = 40$, $17.9 / 40 = 44.75\%$. Aanbieders van chronische zorg worden dus gestimuleerd om hun patiënten te verwijzen naar ziekenhuizen met de hoogste kwaliteit. Dit percentage wordt vervolgens vermenigvuldigd met de totale gerealiseerde besparingen op de basisbudgetten en de PVC-opslagen om tot de daadwerkelijke opslag te komen. Aangezien de meeste aanbieders een score van 90 (de bovengrens van de puntenschaal) niet zullen halen zal een deel van de totale gerealiseerde besparingen overblijven. Dit bedrag wordt verdeeld over de aanbieders die behoren tot de top 25% met de hoogste scores.

Zorgaanbieders worden ieder kwartaal voorzien van feedbackrapporten met hun scores op de verschillende kwaliteitsindicatoren. Dit geldt overigens ook voor de financiële stand van zaken (bijv. hoeveel is er nog over van het basisbudget en de beschikbare opslagen voor PVC's per aandoening, welke PVC's hebben plaatsgevonden, etc.). De scores worden daarnaast beschikbaar gesteld voor patiënten, andere aanbieders, verzekeraars en andere stakeholders. Opgemerkt moet worden dat de methodologie (scoren, wegen, etc.) naar verwachting verfijnd en afgestemd zal worden op de specifieke kenmerken van de setting waarin het systeem wordt geïmplementeerd.

Minnesota Baskets-of-Care

Het afgelopen decennium is het Minnesota Department of Health (MDH) bezig geweest met het hervormen van het zorgsysteem van Minnesota. Tijdens het hervormingsproces werd duidelijk dat het bestaande bekostigingssysteem (betaling-per-verrichting) aanbieders beloont voor het leveren van meer zorg en niet voor preventie, kostenbeheersing en het leveren van zorg van hoge kwaliteit. Aanpassing hiervan werd aldus een belangrijk onderdeel van de hervormingen. Het resultaat is een systeem waarbij aanbieders worden betaald voor het leveren van complete zorgpakketten per episode in plaats van voor afzonderlijke specifieke diensten/verrichtingen. De hervormingswet van 2008 schrijft voor dat het MDH zeven “baskets of care” vaststelt, waarbij een basket gedefinieerd wordt als *een verzameling van zorgdiensten die bij een betaling-per-verrichting systeem afzonderlijk worden bekostigd, maar die normaal gesproken door zorgaanbieders worden gecombineerd bij het leveren van een volwaardige (diagnostische) behandeling aan een patiënt*. Het is de bedoeling dat afzonderlijke zorgproducten uit de eerste en tweede lijn zodanig worden gebundeld dat prikkels ontstaan voor coördinatie en het ontwikkelen innovatieve verbeterinitiatieven. De specifieke doelen van het initiatief worden als volgt omschreven (MDH 2009): *Het doel van de baskets is het uniform definiëren van de reikwijdte en zorgcomponenten van een gegeven aandoening, procedure of zorgepisode. Een algemene doelstelling is aanbieders, inkopers en consumenten aanzetten tot het anders gaan nadenken over zorgverlening. Baskets of care zijn bedoeld om aanbieders te prikkelen innovatief te zijn in het organiseren en leveren van een gegeven pakket van diensten zodanig dat effectieve zorg van hoge kwaliteit tegen lagere kosten wordt gestimuleerd. De uniforme definities van de baskets zullen bijdragen aan de ontwikkeling van standaarden en vergelijkingstools die toegankelijk en te begrijpen zijn voor consumenten*. De hoop is dat de nieuwe wijze van organiseren en betalen samenwerking stimuleert tussen aanbieders, verzekeraars en werkgevers bij de ontwikkeling van innovatieve benaderingen tot het doelmatig leveren van zorg van hoge kwaliteit.

Bij het ontwikkelen van de initiële baskets heeft het MDH input gevraagd van meer dan 140 stakeholders, waaronder aanbieders, verzekeraars, werkgevers en patiënten/verzekerden. Het ontwikkelproces, waarbij subcommissies (de componenten van) acht baskets hebben gedefinieerd, werd gecoördineerd door een onafhankelijk bedrijf. Bij het kiezen van de aandoeningen en procedures en het ontwikkelen van de baskets maakten de commissies gebruik van een aantal criteria, waaronder potentieel voor besparingen, verbeterde effectiviteit, prikkels tot innovatie en gezondheidsverbetering, beschikbaarheid van evidence-based richtlijnen, hoge prevalentie, voldoende flexibiliteit, geringe overlap, en vergelijkbaarheid/eenvoud. De commissies deden tevens aanbevelingen voor inclusie van prestatie-indicatoren. Het resultaat is acht baskets-of-care:

- Ambulante astmazorg met een looptijd van 1 jaar voor kinderen tussen de 5 en 18 jaar.
- Monitoring en management van mensen tot 65 jaar met ongecompliceerde diabetes type 2.
- Preventieve zorg voor mensen met een hoog risico op diabetes (o.a. overgewicht).
- Gepaste zorg op het juiste moment voor volwassenen met acute pijn in de onderrug of met chronische pijn en een acute exacerbatie.
- Zwangerschapszorg.
- Preventieve zorg voor volwassenen: jaarlijkse uitgebreide gezondheidsassessment voor volwassenen tot 75 jaar, gevolgd door een rapport met aanbevelingen.
- Preventieve zorg voor kinderen: klinische preventieve zorg voor kinderen tot 2 jaar.
- Knievervanging voor patiënten tot 65 jaar met een BMI onder de 35.

Andere baskets zijn op dit moment in ontwikkeling. De wetgeving laat veel ruimte voor bijvoorbeeld ontwikkeling van baskets die niet gerelateerd zijn aan een aandoening maar aan een specifieke behandeling (bijv. bypassoperatie), aan zorgepisodes met een vast eindpunt (bijv. zwangerschap) en aan “overige” zorg (bijv. zorg voor mensen met keelpijn en verslavingszorg).

Vanaf januari 2010 kunnen zorgaanbieders en inkopers zelf bepalen óf en zo ja welke baskets zij aanbieden of inkopen. Hoewel aanbieders, inkopers en patiënten niet verplicht om gebruik te maken van de baskets worden zij hiertoe wel gestimuleerd. De baskets zijn feitelijk “producten” die consumenten kunnen kopen, al dan niet op basis van een verwijzing van een arts of werkgever.³⁷ De wet schrijft voor dat het MDH informatie over prijzen en kwaliteit van de aangeboden baskets verzamelt en publiceert op een openbare website. Hierdoor en dankzij de uniforme definitie van de baskets is het voor patiënten en inkopers relatief gemakkelijk om de baskets die door verschillende aanbieders worden aangeboden met elkaar te vergelijken. Deze uniformiteit heeft mogelijk echter ook tot gevolg dat een patiënt met een zeer complexe of plotselinge verandering in zorgbehoefte niet (meer) in aanmerking komt voor een bepaalde basket. Hiervoor zijn specifieke richtlijnen en regels opgesteld door de subcommissies en het MDH. Een inkoper kan een basket alleen inkopen tegen het tarief dat is bepaald door de aanbieder. Per aanbieder is het tarief gelijk voor alle inkopers die ervoor kiezen de basket in te kopen; er vinden dus geen tariefonderhandelingen plaats. De aanbieder die de basket aanbiedt functioneert als hoofdaannemer die vervolgens verschillende onderaannemers contracteert die de afzonderlijke componenten van de basket leveren. Alle betrokken zorgaanbieders dienen akkoord te gaan met wie welke diensten levert, de prijs die betaald wordt voor de diensten, hoe en door wie de zorg wordt gecoördineerd, en hoe het

³⁷ Aanschaf van baskets is voorbehouden aan inwoners van Minnesota of inwoners van andere staten die verzekerd zijn bij een verzekeraar in Minnesota. Medicare verzekerden zijn uitgesloten.

declaratieverkeer wordt geregeld. De onderaannemers dienen op dit moment hun declaraties nog afzonderlijk in bij de verzekeraar. Het tarief wordt echter ontvangen door de hoofdaannemer die vervolgens de onderaannemers betaalt voor de geleverde diensten. De hoofdaannemer is tevens verplicht tot het aanleveren van scores op de betreffende prestatie-indicatoren. Om betrokken partijen te ondersteunen bij de implementatie van het basket-of-care model heeft het MDH een aantal handleidingen ontwikkeld met informatie over contractering, administratieve en operationele zaken, tarifiering en (financieel) risico, en declaratieverkeer.

Accountable Care Organizations

Het Amerikaanse zorgstelsel wordt vaak bekritiseerd voor de gefragmenteerde bekostiging en organisatie van zorg. Verschillende typen zorgaanbieders worden betaald via een grote variëteit aan bekostigingsmethoden. Dit staat integratie van zorg in de weg en kan tot tegenstrijdige prikkels en onnodige kostenstijgingen leiden. In dit kader hebben geïntegreerde zorgsystemen waarin multidisciplinaire artsengroepen nauwe banden onderhouden met ziekenhuizen om de zorg beter te kunnen coördineren de laatste jaren steeds meer aandacht en erkenning gekregen. Kaiser Permanente en Geisinger Health System worden vaak genoemd als voorbeelden van geïntegreerde zorgsystemen die erin slagen fragmentatie te voorkomen door coördinatie binnen het gehele continuüm van zorg mogelijk te maken en te stimuleren. Dergelijke systemen zijn echter nog niet breed geïmplementeerd in de VS en de winsten die zij behalen in termen van kosten en kwaliteit komen daarom maar weinig ten goede aan het zorgstelsel als geheel. Tegen deze achtergrond en een toenemend besef dat hervorming van bekostiging en organisatie van zorg noodzakelijk is om de kostenstijging af te vlakken is het idee van Accountable Care Organizations (ACO's) ontstaan. Een ACO kan worden omschreven *als een door artsen geleide groep van zorgaanbieders die medisch en financieel verantwoordelijk is voor alle zorg die de patiëntenpopulatie (mogelijk) nodig zal hebben*. Naast (multidisciplinaire) artsengroepen bevatten ACO's veelal ook ziekenhuizen, thuiszorginstellingen en verpleeghuizen. De missie van ACO's is als volgt omschreven (Rittenhouse et al. 2009): *het managen en leveren van doelmatige en goed gecoördineerde zorg binnen het gehele continuüm, en het dragen van verantwoordelijkheid voor de totale kosten en kwaliteit van zorg voor onze patiënten*. Eén van de hoofdkenmerken van het ACO-model is de sterke focus op de patiënt. Succesvolle ACOs zullen patiënten actief betrekken bij het zorgproces en “shared decision-making” nastreven, ook omdat dit zal helpen targets voor kwaliteit en service te behalen (zie beneden). Daarnaast zal goed informatiemanagement (d.w.z.: zorgen dat patiënten en alle betrokken aanbieders over de juiste informatie beschikken op het moment dat de zorg geleverd/geconsumeerd

wordt) een kerncompetentie zijn. Succesvolle implementatie zal dan ook forse investeringen in noodzakelijke infrastructuur en informatiesystemen vergen.

De Affordable Care Act (ACA) van 2010 bevat de contouren voor een shared-savings programma voor ACOs. De wet maakt het mogelijk voor de uitvoeringsorganisatie van Medicare (CMS) om per 2012 financiële prikkels toe te passen voor (groepen van) zorgaanbieders die zichzelf hebben georganiseerd als een ACO.³⁸ Dit zou een belangrijke bijdrage moeten leveren aan het realiseren van “the triple aim”: betere zorg voor individuen, betere gezondheid voor populaties, en een langzamere groei in kosten. De hoop is dat de ACO's erin zullen slagen verbeteringen door te voeren die leiden tot betere coördinatie van zorg en daarmee tot gepaste en doelmatige zorg van hoge kwaliteit. Organisaties komen in aanmerking voor participatie en een bepaald percentage van gerealiseerde besparingen indien zij: akkoord gaan met een 3-jarig contract; voldoende eerstelijnsartsen hebben om minimaal 5000 Medicare verzekerden te bedienen; in staat zijn gegevens aan te leveren over kosten, kwaliteit en patiëntervaringen; vooraf gedefinieerde targets halen voor kwaliteit van zorg en service; en het gebruik van evidence-based richtlijnen actief stimuleren. De patiëntenpopulatie waar een ACO verantwoordelijk voor is wordt gedefinieerd door patiënten achteraf (na afloop van het 3-jarig contract) aan de ACO toe te wijzen aan de hand van zorggebruik in het verleden. Dit zou ACO's moeten aanzetten tot het ontwikkelen van een geïntegreerd systeem waar alle patiënten van profiteren (en dus niet alleen de “toegewezen” patiënten). Medicare patiënten die zijn toegewezen aan een ACO zijn daarnaast vrij om zorg te ontvangen van aanbieders die niet zijn aangesloten bij de ACO. Dit geeft ACO's een prikkel om ervoor te zorgen dat patiënten binnen het “eigen systeem” blijven, bijvoorbeeld door een goede service, bejegening en toegankelijkheid van zorg.

Onder het Medicare shared-savings programma blijft het basisbekostigingssysteem voor betrokken zorgaanbieders (betaling per verrichting/DRG) grotendeels ongewijzigd. In dit kader kan een ACO dus gezien worden als een nieuw betalingsmodel dat wordt geïmplementeerd naast het bestaande bekostigingssysteem. In aanmerking komende ACO's kunnen kiezen uit twee varianten. Bij de eerste variant komt de ACO in aanmerking voor maximaal 50% van de gerealiseerde besparingen ten opzichte een vooraf gedefinieerde kostendoelstelling.³⁹ Hiervoor moet wel minimaal een besparing van 2% worden gerealiseerd (de 50% wordt berekend over besparingen boven 2%). Daarnaast is de totale betaling gemaximeerd op 7.5% van de totale Medicare uitgaven voor die organisatie. Onder

³⁸ Hier bespreken wij de belangrijkste kenmerken van dit programma. Voor een zeer gedetailleerde beschrijving, zie <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2011-11-02/pdf/2011-27461.pdf>.

³⁹ Deze doelstelling weerspiegelt de voor casemix gecorrigeerde gemiddelde kosten per toegewezen patiënt van de afgelopen drie jaar, waarbij recentere jaren een groter gewicht krijgen (60% vs. 30% vs. 10%). Voor alle jaren vindt de case-mix correctie plaats aan de hand van de risicokenmerken van patiënten van het jaar voorafgaand aan het 3-jarig contract. Het budget wordt jaarlijks gecorrigeerd voor de gemiddelde nationale kostengroei voor Medicare.

deze variant draagt de ACO de eerste twee jaar geen risico voor overschrijdingen van de doelstelling; vanaf jaar drie geldt voor overschrijdingen een vergelijkbaar systeem als voor besparingen. ACO's die vanaf jaar één financieel risico willen dragen voor overschrijdingen én in aanmerking willen komen voor een groter percentage van gerealiseerde besparingen kunnen kiezen voor de tweede variant. De kostendoelstelling kan in dit geval worden gezien als een "global budget" dat de verwachte zorguitgaven van de patiëntenpopulatie weerspiegelt voor het gehele continuüm van zorg over een bepaalde periode. Vanaf jaar één komen ACO's in aanmerking voor 60% van gerealiseerde besparingen. Overschrijdingen van meer dan 2% zijn voor eigen risico, hoewel dit risico voor de drie contractjaren is gemaximeerd op respectievelijk 5%, 7.5% en 10%. Per 1 januari 2012 zijn 32 organisaties ACO contracten aangegaan via deze variant (hoeveel organisaties ACO contracten zijn aangegaan via de eerste variant wordt in de gevonden literatuur niet vermeld).

Voor beide varianten geldt dat de mate waarin gerealiseerde besparingen ten gunste komen van de ACO afhangt van de scores op ongeveer 60 prestatie-indicatoren voor kwaliteit en service. Deze indicatoren worden per ACO gemeten voor alle toegewezen Medicare patiënten en hebben betrekking op patiëntervaring, coördinatie en continuïteit van zorg, patiëntveiligheid, preventie, en het managen van patiënten(groepen) met een hoog risico op een (chronische) aandoening en/of complicaties (bijv. kwetsbare ouderen).

Naast het Medicare shared-savings ACO programma van de ACA kan binnen Medicare vanaf 2012 worden geëxperimenteerd met verschillende andere ACO-varianten. Er kan bijvoorbeeld worden geopteerd voor toewijzing van patiënten vooraf (i.p.v. achteraf) en andere basisbekostingsmodellen zoals abonnementsbetalingen en mixtures van betaling-per-verrichting en abonnementsbetaling. In het geval van sec abonnementsbetalingen moeten ACO's aantonen dat zij in staat zijn om jaarlijks met een (voor casemix gecorrigeerd) budget alle benodigde zorg te leveren voor een vaste populatie vooraf ingeschreven patiënten. Tevens zijn verscheidene organisatiestructuren mogelijk, waarbij wel is vereist dat de ACO bestuurd wordt door artsen werkzaam in de betreffende ACO en dat in het bestuur vertegenwoordigers van Medicare patiënten zitten. Shortell et al. (2010) noemen vijf typen organisaties die als ACO zouden kunnen optreden:

- Geïntegreerde zorgsystemen: bezitten vaak ziekenhuizen, artsengroepen en in sommige gevallen ook een verzekeraar. Dergelijke systemen worden gekenmerkt door gelijkgeschakelde (financiële) prikkels en gedeelde doelen, geïntegreerde elektronische patiëntendossiers, en een hoogwaardige faciliterende infrastructuur. Voorbeelden: Kaiser Permanente en Geisinger.
- Multidisciplinaire artsengroepen: bezitten vaak ziekenhuizen of onderhouden zeer sterke relaties met ziekenhuizen. Dergelijke groepen sluiten meestal met meerdere verzekeraars

contracten. Er is vaak een lange historie van medisch leiderschap en een hoogontwikkelde infrastructuur voor t.b.v. gecoördineerde patiëntenzorg. Voorbeeld: Mayo Clinic.

- Arts-ziekenhuis organisaties: zijn vaak onderdeel van de medische staf van ziekenhuizen en ontwikkeld ter vergroting van de onderhandelingsmacht tijdens het managed-care tijdperk (jaren '90). Hoewel arts-ziekenhuis organisaties zich in principe minder goed lenen voor het ACO model dan de twee voorgaande organisatiestructuren zijn zij vaak wel in de positie om zichzelf snel in aanmerking te laten komen. Voorbeeld: Advocate Health in Chicago.
- Independent Practice Associations (IPA): groepen individuele praktijken die oorspronkelijk samen kwamen ten behoeve van de contractering met verzekeraars. Veel IPA's hebben zich echter ontwikkeld tot georganiseerde netwerken met veel aandacht voor procesherinrichting, kwaliteitsverbetering, en implementatie van hoogwaardige IT. Veel IPA's zouden in aanmerking komen voor het ACO-model, wat voor andere IPA's weer aanleiding kan zijn om zichzelf op een vergelijkbare wijze te ontwikkelen. Voorbeeld: Hill Physicians Group in Californië.
- Virtuele artsenorganisaties: kleine, onafhankelijke praktijken (vaak werkzaam in rurale gebieden) die hun krachten bundelen. Lokale artsenverenigingen zouden dergelijke netwerken kunnen ondersteunen bij het financieren en implementeren van benodigde infrastructuur, coördinatie-systemen en verbeterprojecten.

De geïntegreerde organisatiestructuren zullen het meeste financieel risico kunnen dragen en met name geschikt zijn voor vérgaande zorgbundelbekostiging per verzekerde. Voor andere organisaties liggen partiële betalingen voor een selectief zorgpakket meer voor de hand. Zelfs de meest geïntegreerde systemen zullen echter veel tijd en middelen nodig hebben om technische, financiële, en professionele capaciteiten te ontwikkelen die nodig zijn voor het op lange termijn leveren en belonen van gecoördineerde zorg voor afgebakende patiëntenpopulaties.

Vanuit private verzekeraars is het overigens veel kritiek op het ACO-model. Zij vrezen hun rol als intermediair tussen betalers van zorg en aanbieders te verliezen en zijn tevens bezorgd over de grote marktmacht die ACO's waarschijnlijk zullen hebben. Desondanks zijn veel verzekeraars actief betrokken bij de implementatie van ACO-achtige constructies. Buiten Medicare werken inmiddels ongeveer 100 organisaties van zorgaanbieders met private verzekeraars aan het implementeren van verschillende varianten het ACO-model. Sommigen samenwerkingsverbanden hebben vanuit niets nieuwe artsennetwerken opgericht, zowel met als zonder ziekenhuizen; anderen zijn al bestaande IPA's of geïntegreerde zorgsystemen. Bij deze projecten wordt zowel door verzekeraars als door de aanbieders fors geïnvesteerd in infrastructuur, informatiedeling, risicomanagement, het betrekken van patiënten, en verbetering van prestaties. Sommige verzekeraars proberen ACO's te laten

aansluiten op gerelateerde hervormingen (bijv. zorgbundelbekostiging per patiënt met een bepaalde aandoening). Een voorbeeld hiervan is het AQC in Massachusetts.⁴⁰

4.2 Engeland

Consortiums van huisartsen

De afgelopen twee decennia zijn in de Engelse NHS diverse hervormingen doorgevoerd richting het realiseren van meer concurrentie en keuzevrijheid voor patiënten. Sommige hiervan zijn later weer afgeschaft, zoals het GP-fundholder systeem waarbij huisartspraktijken die daarvoor kozen een budget kregen voor inkoop van bepaalde typen zorg. Hoewel bepaalde hervormingen zeker tot verbeteringen hebben geleid zijn belangrijke problemen blijven bestaan. Zo is er gewezen op de lange wachtlijsten, onverklaarbare variatie tussen zorgaanbieders, en veel vermijdbare morbiditeit en mortaliteit. Een nieuwe golf hervormingen, neergelegd in het beleidsdocument “Equity and Excellence: Liberating the NHS” (2010) en de nieuwe Health and Social Care Act (2012), moeten deze problemen oplossen. De bestaande regionale inkooporganisaties (Primary Care Trusts, PCT’s) worden afgeschaft en vervangen door “consortiums” bestaande uit en geleid door huisartsen. Deze consortiums krijgen de verantwoordelijkheid voor 70% van het NHS budget (£80 miljoen), en de taak om variaties en ongelijkheden in zorg te reduceren en £20 miljoen aan besparingen te realiseren binnen vijf jaar.⁴¹ Het idee is dat in een door huisartsen geleid systeem van zorginkoop de kerncompetenties van huisartsen (bijv. de holistische benadering van patiënten en de grote rol in het bevorderen van continuïteit en coördinatie van zorg voor met name mensen met chronische aandoeningen) het beste tot uitdrukking kunnen komen. Gezien hun verantwoordelijkheid voor afgebakende patiëntenpopulaties en hun rol als poortwachter naar specialistische zorg zouden huisartsen in de beste positie zijn om te beoordelen hoe de beschikbare NHS middelen het beste

⁴⁰ Het AQC verschilt op verschillende vlakken van het Medicare shared-savings model voor ACO’s. Ten eerste heeft het AQC een looptijd van 5 jaar en een ACO-contract een looptijd van 3 jaar. Ten tweede lopen zorgorganisaties met een AQC financieel risico over overschrijdingen van het budget; dit risico is voor Medicare ACO’s afwezig of veel kleiner. Ten tweede zitten verzekerden van BC alleen “in” het AQC indien zij een HMO of POS product hebben waarbij zij verplicht zijn een vaste eerstelijnsarts te kiezen; dit is niet het geval voor Medicare verzekerden. Tenslotte is het AQC gebaseerd op overeengekomen groeipercentages en budgetten, waarbij zorgaanbieders verschillende bedragen krijgen toebedeeld op basis van de gezondheid van patiënten en historische kosten (dit laatste is deels het gevolg van de marktmacht van grote aanbieders en deels een bewuste keuze om deelname te stimuleren). Budgettargets voor ACO’s zijn gebaseerd op prijzen die veel minder variëren tussen ACO’s dan de groeipercentages die BC met zorgorganisaties overeenkomt.

⁴¹ Alleen al het afschaffen van de PCT’s en het verschuiven van verantwoordelijkheid voor en controle over NHS-gelden van managers naar huisartsen zouden binnen 3 jaar moeten leiden tot een besparing van 45% op het NHS management budget.

kunnen worden ingezet. *Kostenbeheersing en het verbeteren van de gezondheidsuitkomsten voor NHS patiënten* worden genoemd als doelen van het nieuwe systeem met huisartsconsortiums.

Alle huisartsen in Engeland zijn verplicht zich aan te sluiten bij een bestaand consortium of een nieuw consortium op te zetten.⁴² Er is veel vrijheid om de structuur en strategie van de consortiums te laten aansluiten op de behoeften en kenmerken van de lokale patiëntenpopulatie/gemeenschap. Elk consortium krijgt een budget voor het inkopen van zorg voor patiënten die staan ingeschreven bij de huisartspraktijken die onder het consortium vallen. Hieronder vallen in ieder geval electieve ziekenhuiszorg, revalidatiezorg, spoedeisende zorg, geestelijke gezondheidszorg, en eerstelijnszorg. De consortiums zijn niet verantwoordelijk voor de inkoop van huisartsenzorg (zie verderop), maar wel in toenemende mate voor het verbeteren van de kwaliteit van de huisartsenzorg. Indien zij erin slagen hoge scores te behalen op indicatoren voor kwaliteit, service en patiëntervaring komen zij in aanmerking voor een “quality premium”.⁴³ De meeste individuele huisartsen en verpleegkundigen zullen niet direct in aanraking komen met inkoop; in veel gevallen zal een klein team van huisartsen de leiding nemen. Daarnaast is het niet zo dat alle inkoopactiviteiten door de consortiums zelf moeten worden uitgevoerd. Het is bijvoorbeeld toegestaan dat consortiums onderling samenwerken bij de inkoop van bepaalde typen zorg, en er kan voor worden gekozen budgetten voor inkoop en administratie (deels) samen te voegen en financieel risico te delen.

Het nieuw ingestelde Commissioning Board (CB) is verantwoordelijk voor het bepalen van de budgetten voor huisartspraktijken, het verdelen van de budgetten over consortiums en het aanspreken van consortiums op hun financiële en medisch-inhoudelijke prestaties. Het CB is tevens betrokken bij het opstellen van standaarden en targets voor kwaliteit van zorg en bij het realiseren van transparantie van de kwaliteit van de ingekochte zorg en patiëntervaringen. Het CB koopt daarnaast een aantal typen zorg zelf in, waaronder huisartsenzorg, hoog-specialistische zorg, farmaceutische zorg in de eerstelijns, en mondzorg. De consortiums worden geacht om binnen hun budget (= de optelsom van de budgetten van aangesloten huisartspraktijken) te blijven, o.a. door het afsluiten van contracten met doelmatige zorgaanbieders en het maken van afspraken over kwaliteit en kosten.⁴⁴ Ook hebben zij de taak om praktijken aan te spreken op hun presteren, hoewel het onduidelijk is welke instrumenten zij kunnen inzetten, bijvoorbeeld in het geval van een huisarts die zeer hoge kwaliteit levert maar ook zijn budget overschrijdt.

⁴² Half 2011 bestonden er 170 consortiums en waren er 100 in ontwikkeling.

⁴³ Details hierover zijn niet gevonden.

⁴⁴ Er is geen informatie gevonden over hoe de budgetten precies berekend worden en over de (financiële) gevolgen voor consortiums en individuele huisartspraktijken in het geval van budgetoverschrijdingen. Het budget staat in principe los van het inkomen van individuele huisartsen. Wel wordt samen met de BMA en de beroepsgroep nadacht over hoe een gedeelte van het inkomen van huisartsen kan worden gerelateerd aan financiële medisch-inhoudelijke en uitkomsten op consortium-niveau.

Huisartsenpraktijken en de consortiums waarvan zij onderdeel zijn zullen veelal veel (technische) ondersteuning nodig hebben bij (het ontwikkelen van) de inkoop, het (financieel) management, en systemen van interne monitoring. Deze ondersteuning kan bijvoorbeeld komen van voormalig werknemers van PCT's maar ook van particuliere organisaties. Zo kan specifieke ondersteuning worden ingekocht voor bijvoorbeeld het analyseren van zorgbehoeften, het managen van contracten, en het monitoren van uitgaven en uitkomsten. Ieder consortium krijgt een vast bedrag (de "management allowance") om (administratie)kosten gerelateerd aan de zorginkoop te dekken.

De huisartsenconsortiums vertonen gelijkenissen met het ACO-model in de VS (voor een vergelijking, zie Roland & Rosen 2011). Er zijn echter ook belangrijke verschillen, bijvoorbeeld ten aanzien van de focus op integratie van zorg. In de Engelse hervormingen wordt hier nauwelijks over gesproken, terwijl het een hoofdkenmerk is van ACO's. De scheiding tussen inkopers en aanbieders maakt het lastig voor huisartsconsortiums en medisch specialisten om dezelfde doelen na te streven. Hoewel er een aantal experimenten loopt met bekostiging per zorgbundel per patiënt (met bijv. diabetes) lopen de hervormingen volgens experts het gevaar de zorg te fragmenteren in plaats van integreren.

4.3 Duitsland

Gesundes Kinzigtal

In het Duitse zorgsysteem worden eerstelijnszorg en (poli)klinische zorg grotendeels onafhankelijk van elkaar georganiseerd. Daarnaast bevat het bestaande bekostigingssysteem geen prikkels voor preventie en het realiseren van optimale uitkomsten van zorg. Gevolgen hiervan zijn een slechte communicatie tussen aanbieders uit verschillende sectoren en onnodige zorg en risico's voor patiënten. Nieuwe wetgeving maakte het vanaf 2004 mogelijk om te experimenteren met integrale zorg; tussen 2004 en 2008 mochten ziekenfondsen 1% van hun budget hieraan besteden, wat leidde tot een groot aantal integrale-zorg projecten. De overgrote meerderheid hiervan was (en is) echter gericht op specifieke aandoeningen en integreert meestal slechts twee (bijv. klinische zorg en revalidatie) en soms drie sectoren (bijv. klinische zorg, revalidatie en ambulante zorg voor en na operatie). Een aantal projecten is echter gericht op het realiseren van een systeem van integrale bekostiging dat alle sectoren en indicaties dekt voor een gegeven populatie verzekeren.

Eén van deze projecten is het project "Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal" (GK), geïmplementeerd in 2005 in het Zuidwesten van Duitsland. Het ultieme doel van het project is een verbeterde gezondheidstoestand van de Kinzigtal populatie, te realiseren via het inbouwen van prikkels tot intra- en intersectorale samenwerking tussen zorgaanbieders, het vergroten van de

zelfmanagement-capaciteiten van patiënten en het implementeren van programma's voor gezondheidsbevordering en preventie. Deze gezondheidsverbetering zou tevens moeten leiden tot forse besparingen, zowel op de korte als op de lange termijn. De GK filosofie wordt als volgt omschreven: *hoewel investeringen in preventie en gezondheidsbevordering besparingen zullen opleveren op de (middel)lange termijn, zal betere zorgcoördinatie en goed medicatiemanagement korte-termijn besparingen opleveren waarmee initiële investeringen kunnen worden gecompenseerd* (Hildebrandt et al. 2010). De uitdaging is om de financiële prikkels zodanig te organiseren dat de baten van een verbeterde gezondheidstoestand (deels) terugvloeien naar de zorgaanbieders. Het project wordt gemanaged door GmbH, een regionale instelling ontstaan uit een managementbedrijf gericht op integrale zorg en gezondheidseconomie en een lokaal artsennetwerk. Aldus wordt in GmbH medische kennis en belangenbehartiging van artsen samengebracht met kennis van economie en management. Twee-derde van de aandelen van GmbH is in handen van de leden van het artsennetwerk, de rest is in handen van het managementbedrijf. In de regio wonen 60,000 mensen, van wie ruim de helft (31,000) is verzekerd bij de ziekenfondsen AOK (29,300) en LKK (1700). Het project wordt door beide ziekenfondsen gefinancierd en GmbH is verantwoordelijk voor het budget voor deze verzekerden. Het contract tussen beide ziekenfondsen en GmbH loopt tot half 2015 zodat investeringen in preventie en gezondheidsbevordering de tijd krijgen zich uit te betalen.

Het financiële resultaat van het project wordt bepaald aan de hand van de "bijdragemarge", ofwel het verschil tussen de totale werkelijke kosten en de normkosten voor de 31,000 verzekerden in de regio. De normkosten zijn de totale kosten die verwacht kunnen worden op basis van de specifieke risicokenmerken van de verzekerden (o.a. leeftijd, geslacht, comorbiditeit en sociaaleconomische status) en worden berekend met behulp van de formule die gebruikt wordt ten behoeve van het Duitse risicovereveningssysteem. Het financiële resultaat in een jaar is gelijk aan de *verandering* in de bijdragemarge, gemeten ten opzichte van de marge in de referentieperiode. De referentieperiode is de periode 2003-5, waarbij de meeste nadruk wordt gelegd op 2004 aangezien dit het laatste jaar zonder interventie was. Veronderstel bijvoorbeeld een 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 bijdragemarge 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 dus sprake van een winst, welke wordt verdeeld over de ziekenfondsen en GmbH in een verhouding die is vastgelegd in het contract. Gerealiseerde besparingen vormen de enige inkomstenbron voor GmbH, wat prikkels geeft tot het stimuleren van aangesloten aanbieders tot leveren van effectieve en doelmatige zorg. GmbH kan de besparingen op verschillende manieren inzetten. Een eventueel verlies (i.e. een *afname* van de

bijdragemarge) wordt gedragen door de ziekenfondsen, betekent geen inkomsten voor GmbH en opent een mogelijkheid voor de ziekenfondsen om het contract te ontbinden.⁴⁵

Begin 2012 hadden zich onder meer 23 huisartsen, 29 medische specialisten, 7 fysiotherapeuten, 6 ziekenhuizen, 11 verpleeghuizen, 16 apothekers en 32 fitness- en sportclubs verbonden met GK (ruim 50% van alle artsen in de regio). Deze aanbieders nemen vrijwillig deel aan het project en kunnen er ook altijd weer uitstappen. Het is belangrijk om te benadrukken dat de bestaande bekostigingssystemen voor deze aanbieders (grotendeels betaling-per-verrichting) zijn blijven bestaan en de grootste inkomstenbron voor aangesloten aanbieders vormen. GmbH betaalt echter voor diensten die niet gedekt worden door het bestaande systeem maar die wel noodzakelijk zijn voor het realiseren van een hoge kwaliteit. Hierbij kan gedacht worden aan een uitgebreide intake voor nieuwe patiënten (“comprehensive health checkup”), ontwikkeling van behandelplannen en –doelen in samenspraak met patiënten, ontwikkeling en implementatie van preventieprogramma’s, en casemanagement van patiënten met chronische aandoeningen. De betalingen voor deze diensten vormen ongeveer 10-15% van het inkomen van de aanbieders. De additionele (ICT-)kosten voor gegevensuitwisseling en implementatie van elektronische patiëntendossiers worden gedragen door GmbH. Het contract tussen GmbH schrijft daarnaast voor dat aanbieders verplicht zijn tot het volgen van de vigerende richtlijnen en standaarden en dat zij (vanaf jaar 4) delen in gerealiseerde winsten als zij goed scoren op indicatoren voor gezondheidsuitkomsten en patiënttevredenheid.

Binnen het GK project zijn verschillende educatie- en preventieprogramma’s ontwikkeld. De programma’s zijn gericht op veelvoorkomende chronische aandoeningen waarvoor effectieve behandelingen beschikbaar zijn. Patiënten met (verhoogd risico op) een chronische aandoening worden één of meerdere programma’s aangeboden die gericht zijn op het voorkomen (of uitstellen) van de ziekte of het voorkomen (of uitstellen) van complicaties. Deelnemende patiënten worden tevens gestimuleerd om (indien van toepassing) te participeren in landelijke diseasemanagement-programma’s voor diabetes, hartziekten, borstkanker, astma en COPD. De ontwikkeling van de GK educatie- en preventieprogramma’s is (en wordt) gedaan aan de hand van vijf principes:

- Opstellen van individuele behandelplannen en -doelen. Dit gebeurt als blijkt dat een patiënt een verhoogd risico loopt op een bepaalde aandoening of complicatie, bijvoorbeeld tijdens de intake. GmbH ondersteunt artsen bij het casemanagement kennis en geeft financiële prikkels voor het leveren van doelmatige zorg.

⁴⁵ De ziekenfondsen kunnen het contract ook in andere gevallen ontbinden, bijvoorbeeld als besparingen worden gerealiseerd ten koste van een verslechterde kwaliteit of een groot verlies aan verzekerden.

- Zelfmanagement en gedeelde besluitvorming. Actieve deelname van patiënten aan het zorgproces is een belangrijk voorwaarde om patiënten coproductent van hun gezondheid te laten worden. Artsen krijgen trainingen in gedeelde besluitvorming aangeboden.
- Vervolgzorg en casemanagement. Via ontwikkeling van zorgpaden en elektronische dossiers wordt getracht samenwerking tussen ziekenhuizen en andere aanbieders te stimuleren.
- Juiste zorg op het juiste moment. Bijvoorbeeld in het geval van wachtlijsten ontvangen zorgaanbieders een extra betaling voor de behandeling van urgente patiënten.
- Geïntegreerd elektronisch patiëntendossier. Aanbieders van GK patiënten kunnen medische dossiers met alle relevante informatie inzien als zijn een keycard hebben gekregen van de patiënt. De data op deze card zijn eigendom van de patiënt.

Inmiddels lopen er ruim 20 programma's, waaronder Starkes Herz voor patiënten met hartfalen (regelmatig contact met praktijkverpleegkundigen die patiënten adviezen geven en hun toestand op afstand volgen via telemonitoring), Starke Muskeln, fest Knochen voor patiënten met osteoporose (screening en voedings- en beweegadviezen), Psychotherapie Akut (therapeutische interventies bij persoonlijke crises zoals depressie en paniekaanvallen), Rauchfreies Kinzigtal (een intensieve reeks interventies om van het roken af te komen), Aktive Gesundheitsförderung im Alter voor patiënten ≥ 60 jaar (educatie en adviezen over voeding, beweging en sociale participatie) en Gesundes Gewicht voor patiënten met hoge bloedsuikerwaarden en overgewicht (educatie en adviezen over voeding en beweging, actieve monitoring van bloedsuikerwaarden door artsen en patiënten). De 31,000 verzekerden kunnen vrijwillig en gratis deelnemen aan de programma's. Er zijn geen financiële prikkels (positief of negatief) voor verzekerden om deel te nemen. Afmelden kan aan het eind van ieder kwartaal. In mei 2010 deden ongeveer 7000 mensen mee. GmbH richt zich bij het werven van deelnemers vooral op verzekerden met de hoogste zorgbehoefte en hogere kosten dan de norm. De gemiddelde leeftijd en zorgkosten van deelnemers liggen daarom hoger dan van niet-deelnemende verzekerden. Hoewel iedere deelnemende verzekerde een eigen arts kiest ("doctor of trust") en wordt gestimuleerd om gebruik te maken van aangesloten zorgaanbieders, zijn zij volledig vrij om gebruik te blijven maken van de diensten van niet-aangesloten zorgaanbieders.

Bij het ontwikkelen en plannen van de programma's en bij het herinrichten van de zorgverlening in de regio maakt GmbH gebruik van data over kosten en zorggebruik die zijn aangeleverd door de ziekenfondsen. Deze data worden tevens gebruikt voor het monitoren van kwaliteit van zorg, het identificeren van hoog-risico patiënten en het leveren van spiegelinformatie aan aangesloten zorgaanbieders. De resultaten van de programma's worden voortdurend gemonitord met behulp

van een geavanceerd ICT-netwerk waarbinnen medische patiëntgegevens worden uitgewisseld. Via dit netwerk zijn tevens de prestaties van individuele zorgaanbieders openbaar voor hun collega's.

GmbH en de ziekenfondsen hebben een bedrag gereserveerd voor een onafhankelijke evaluatie van het GK-project. In 2007 zijn verschillende onderzoeksprojecten gestart die inzicht moeten geven in de financiële resultaten; veranderingen in kwaliteit van zorg, gezondheidsuitkomsten, en kwaliteit van leven; negatieve effecten zoals risicoselectie en over- en ondergebruik van zorg; en ervaringen van patiënten en zorgaanbieders. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een controlegroep van 500,000 vergelijkbare AOK/LKK verzekerden die niet deelnemen aan GK.

4.4 Israël

Clalit Health Services

De nationale zorgverzekeringswet in Israël verplicht alle inwoners tot het kopen van een zorgverzekering bij één van de vier ziekenfondsen. Deze ziekenfondsen zijn zowel verzekeraar als zorgaanbieder, en zijn te vergelijken met HMO's in de VS. Zij ontvangen jaarlijks een voor leeftijd gecorrigeerde vereveningsbijdrage voor het leveren van zorg aan hun verzekerden. Verzekerden kunnen vier keer per jaar wisselen van ziekenfonds die worden geacht te concurreren op kwaliteit van zorg. Clalit Health Services is met 3.8 miljoen verzekerden (53%) het grootste ziekenfonds in Israël. Clalit bestaat uit een netwerk van 1500 eerste- en tweedelijns "klinieken" en 14 ziekenhuizen, en heeft de afgelopen jaren programma's ontwikkeld voor het meten en verbeteren van kwaliteit van zorg, waaronder een shared-savings P4P-programma dat vanaf 2001 verplicht is voor alle eerstelijnsklinieken. Het doel van het programma wordt omschreven als *het geven van informatie en financiële prikkels aan klinieken ten behoeve van het beheersen van kosten en het stimuleren van zorg van hoge kwaliteit* (Gross et al. 2008).

Eerstelijnsklinieken krijgen een budget voor een managen (inkopen) van vrijwel alle aspecten van de zorg en opereren steeds meer als autonome entiteiten. Het budget heeft onder andere betrekking op personeelskosten, ziekenhuisopnames, medicijnen, diagnostiek en verwijzingen. In de beginjaren werd alleen gebruik gemaakt van een shared-savings model waarbij klinieken alleen werden afgerekend op de financiële prestaties (zij ontvingen een bepaald percentage van gerealiseerde besparing op hun budget). Later zijn patiënttevredenheid en klinische indicatoren toegevoegd, mede onder druk van artsen in managementposities en mogelijk gemaakt door verbeteringen van (registratie in) medische elektronische dossiers. Toevoeging van kwaliteit en patiënttevredenheid wordt ervaren als een manier om artsen te stimuleren tot het leveren van zorg van hoge kwaliteit en

het verbeteren van de gezondheid van hun patiënten. Daarnaast heeft de overheid een landelijk programma voor het meten van kwaliteit van zorg geïmplementeerd; de ziekenfondsen verwachten dat de indicatorscores binnenkort per ziekenfonds gepubliceerd zullen worden en hebben dus belang bij goede scores. Ook is er momenteel veel (politieke) discussie over de mogelijkheid om budgetten voor ziekenfondsen te laten afhangen van kwaliteit.

De indicatoren zijn geselecteerd op basis van de volgende criteria: internationaal aanvaard, voldoende patiënten per kliniek, data beschikbaar in elektronische dossiers, ruimte voor verbetering en beïnvloedbaar. De dimensie “service” bevat patiënttevredenheid, het percentage verzekerden dat van plan is over te stappen naar een ander ziekenfonds en het percentage verzekerden met klachten. Dit wordt gemeten met vragenlijsten die elke zes maanden worden afgenomen en gegevens uit administratieve databases. De dimensie “medisch” bevat indicatoren voor preventie (minimaal vier procesindicatoren, bijv. het percentage ouderen met een griepvaccinatie), management van chronische ziekten (minimaal twee procesindicatoren en minimaal tien uitkomstindicatoren, bijv. het aantal ziekenhuisopnames voor COPD patiënten en het percentage diabetes patiënten met een bloedsuikerwaarden binnen acceptabele waarden) en gepast gebruik van geneesmiddelen. Indicatoren worden alleen gecorrigeerd voor leeftijd.

In het bestaande systeem worden de indicatorscores meegenomen bij het belonen van klinieken voor financiële prestaties: *vanwege de prikkels tot kostenbeheersing gebruikt Clalit de cijfers op de indicatoren als “veiligheidskleppen”: besparingen worden alleen uitgekeerd als targets zijn gehaald* (Gross et al. 2008). Klinieken krijgen dus geen opslag voor het behalen van targets maar een kleiner/ geen gedeelte van de besparingen indien zij de targets niet halen.⁴⁶ Iedere kliniek krijgt een eigen target voor iedere indicator. Deze target wordt bepaald op basis van targets die internationaal gangbaar zijn of de prestaties van de best-scorende klinieken in het voorafgaande jaar. Jaarlijks wordt voor iedere kliniek een cijfer bepaald op basis van de scores op de individuele indicatoren voor service (25%) en kwaliteit (30%). De rest van het cijfer is gebaseerd op een evaluatie van het district-management (bijvoorbeeld ten aanzien van het nakomen van afspraken over verbetering van indicatoren waar de kliniek laag op scoorde, 25%), het halen van marketing targets (10%) en een evaluatie van de kwaliteit van werkplannen die klinieken jaarlijks op stellen (10%). De uiteindelijke betaling is gedefinieerd als het overall cijfer vermenigvuldigd met het verschil tussen het budget en de werkelijke kosten, waarbij het cijfer minimaal 75% moet zijn. De aanbieders (inclusief individuele artsen) krijgen rapporten met hun prestaties waarin vergelijkingen worden gemaakt met eigen

⁴⁶ Klinieken die geen besparingen hebben gerealiseerd maar wel hoge scores op kwaliteitsindicatoren hebben gehaald ontvangen een kleine “symbolische bonus”.

eerdere prestaties, met prestaties van andere artsen binnen de kliniek, met prestaties van andere klinieken en met prestaties nationaal.

Naast dit shared-savings P4P-model heeft Clalit in 2008 een strategie ontwikkeld ter vermindering van ongelijkheden in gezondheid en zorg. Het beleid is gericht op het verminderen van verschillen in kwaliteit van zorg tussen verschillende etnische, demografische en sociaaleconomische groepen. Zeventig indicatoren die binnen Clalit worden gebruikt voor het inzichtelijk maken van (verschillen in) kwaliteit zijn beoordeeld op hun geschiktheid als “ongelijkheidsindicator” door een panel van volksgezondheidsdeskundigen, verpleegkundigen en artsen. Zeven indicatoren (drie proces- en vier uitkomstindicatoren) zijn uiteindelijk geselecteerd. Klinieken met minimaal 25 patiënten voor iedere indicator (381 klinieken verantwoordelijk voor 60% van Clalit’s verzekerden) worden vergeleken op een gewogen gemiddelde van individuele indicatorscores. In elk van Clalit’s acht districten worden de slechtst scorende klinieken (de 10% met de laagste overall score en/of met de laagste score op minimaal drie individuele indicatoren) aangewezen als “targetklinieken”. Voor deze klinieken worden specifieke targets opgesteld die binnen twee jaar gehaald moeten worden. Ook worden tussentargets gedefinieerd, te halen binnen één jaar. Er is een bedrag beschikbaar van maximaal 1% van het totale budget dat over districten wordt verdeeld. Dit bedrag wordt over districten verdeeld op basis van de mate waarin hun targetklinieken hun jaarlijkse targets halen. Een extra opslag kan worden behaald voor verbetering die de targets overschrijdt.

Om districten en klinieken te assisteren bij het doorvoeren van verbeteringen is een conferentie georganiseerd waarbij districten hun scores en verbetertargets kregen. Districten worden actief ondersteund en kunnen presentaties bijwonen over succesvolle interventies die (elders) zijn doorgevoerd. Per district worden op maat gesneden interventies ontwikkeld voor de targetklinieken en districten dienen verantwoording af te leggen over de voortgang en implementatie van de projecten. Verbeteringen in kwaliteitsscores en ongelijkheden tussen verschillen patiëntengroepen worden periodiek in kaart gebracht en gecommuniceerd naar zowel districten als klinieken.

5. Conclusie en relevantie voor Nederland

5.1. Conclusie

In dit rapport is op basis van een literatuuronderzoek een beschrijving gegeven van internationale voorbeelden van uitkomstbekostiging in de curatieve zorg. Hierbij is een onderscheid gemaakt tussen *ziekenhuisspecifieke* uitkomstbekostiging (hoofdstuk 3) en *sectoroverstijgende* uitkomstbekostiging (hoofdstuk 4), dat wil zeggen, één gezamenlijke betaling voor zorg verleend door minimaal twee typen zorgaanbieders. Tabel 5 geeft een overzicht van de beschreven voorbeelden ingedeeld naar de gehanteerde methode van basisbekostiging. In alle voorbeelden worden prestatie-opslagen gebruikt om de nadelen van de basisbekostiging te mitigeren.

Bij de voorbeelden van *ziekenhuisspecifieke* uitkomstbekostiging (kolom 2 van Tabel 5) bestaat de basisbekostiging meestal uit een “betaling per zorgbundel per patiënt per ziekenhuisopname per periode”, behalve in Taiwan en Korea. Kwaliteitsverbetering en patiëntveiligheid staan meestal centraal, hoewel de laatste tijd ook meer nadruk wordt gelegd op patiëntervaringen en kosten (als tegenwicht tegen sterke productieprikkelers die uitgaan van de basisbekostiging). Bij de voorbeelden van *sectoroverstijgende* uitkomstbekostiging (kolommen 3 en 4) ligt de nadruk op de coördinatie en continuïteit van zorg en integratie van typen zorgaanbieders. Meestal wordt de basisbekostiging aangepast ten behoeve van kostenbeheersing (de focus hierop is bij sectoroverstijgende uitkomstbekostiging groter dan bij ziekenhuisspecifieke uitkomstbekostiging) en worden prestaties-opslagen gebruikt als prikkels voor kwaliteit. Er kan sprake zijn van één zorgorganisatie die zowel medisch als financieel verantwoordelijk is (Kaiser Permanente, Geisinger Health System, Clalit Health Services) of van contracten tussen een hoofdaannemer en onderaannemers (Alternative Quality Contract, baskets-of-care, Prometheus payment, ACO's, huisartsconsortiums en Gesundes Kinzigtal). Het werken met één gezamenlijk (elektronisch) patiëntendossier, en de daarbij behorende voordelen, is in het eerste geval waarschijnlijker dan in het tweede geval.

Bij de voorbeelden van sectoroverstijgende uitkomstbekostiging lijkt een trend gaande richting “integrale bekostiging per verzekerde per periode”, dat wil zeggen één gezamenlijke betaling aan de hoofdaannemer voor zorg verleend door alle relevante typen zorgaanbieders (rechtsonder in Tabel 5). Bij sommige projecten is hier al sprake van, terwijl bij andere projecten het aantal behandelingen/aandoeningen waarop de bekostiging betrekking heeft (de zorgbundel) steeds verder wordt uitgebreid.

Tabel 5. Internationale voorbeelden van uitkomstbekostiging ingedeeld naar de gehanteerde methode van basisbekostiging

	Aparte betaling voor zorg verleend door één type zorgaanbieder	Eén gezamenlijke betaling voor zorg verleend door tenminste twee typen zorgaanbieders die relevant zijn voor een gedeelte van het basispakket	Eén gezamenlijke betaling voor zorg verleend door alle voor het basispakket relevante typen zorgaanbieders (integraal)
Betaling per consult/verrichting	- Taiwan P4P-programma voor diabetes - Value Incentive Program		
Betaling per zorgbundel:			
per patiënt per ziekenhuisopname	- Hospital Quality Incentive Demonstration - MassHealth Hospital P4P Program - Participating Hospital Agreement		
per patiënt per periode	- Advancing Quality - Clinical Practice Improvement Payment - Taiwan P4P-programma voor borstkanker - Value Incentive Program	- Geisinger ProvenCare - Prometheus Payment - Baskets-of-Care	
per verzekerde per periode		Huisartsconsortiums	- Kaiser Permanente - Geisinger Health System - Alternative Quality Contract - Accountable Care Organizations - Gesundes Kinzigtal

Bij alle besproken voorbeelden valt de grote variëteit op. De voorbeelden verschillen in de grootte van gehanteerde opslagen, de manier waarop prestaties worden gemeten, en de wijze waarop aanbieders worden gescoord en opslagen worden berekend. Hoewel dit enerzijds te maken kan hebben met verschillen in context (bijv. in de mate van praktijkvariatie tussen aanbieders, in prevalentie en incidentie van gezondheidsproblemen, in macht van relevante stakeholders zoals de betrokken beroepsgroepen, in basisbekostiging, in dataverzameling-capaciteiten en infrastructuur, etc.) kan het ook te maken hebben met een beperkte kennis over “wat werkt” in de praktijk. Hoe groot moet de financiële prikkel zijn? Wat is een adequate frequentie van betalen? Is het beter om te betalen voor absolute prestaties of voor relatieve prestaties? Is het beter om prestaties te meten op groepsniveau of op individueel niveau? Hoe uitgebreid moet de case-mix correctie zijn? Etc.

Er zijn ook sterke overeenkomsten tussen de beschreven projecten. Zo is er bijvoorbeeld vaak een focus op hart- en vaatziekten en veelvoorkomende chronische aandoeningen als COPD/astma en diabetes, en richten de meeste projecten zich op het uitbreiden van hun programma naar andere zorgvormen en aandoeningen. Daarnaast vereist uitkomstbekostiging in alle gevallen forse investeringen in infrastructuur en informatiesystemen (ICT), vooral bij sectoroverstijgende uitkomstbekostiging. Tenslotte wordt in de meeste projecten veel waarde gehecht aan het realiseren van consensus met de betrokken beroepsgroepen. Zij worden veelal actief betrokken bij het ontwerp van de bekostiging en de prestatiemeting (bijv. het definiëren van indicatoren/zorgbundels en het verzamelen/aanleveren van gegevens), bij het “onderhouden” van het systeem (bijv. het toevoegen van nieuwe indicatoren en het identificeren/oplossen van problemen met dataverzameling), en bij het borgen van gerealiseerde verbeteringen. Hoewel het realiseren van consensus veel tijd en middelen kost vanwege het iteratieve karakter van het proces, wordt steun van zorgverleners in de meeste gevallen gezien als een cruciale voorwaarde voor een succesvol systeem van uitkomstbekostiging. Taiwan en Korea lijken uitzonderingen te zijn; vooral in Korea lijken prestatie-opslagen top-down te worden opgelegd.

Een andere opvallende conclusie is dat de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in de projecten geen of een bescheiden rol lijkt te spelen. De enige voorbeelden waar GGZ wordt genoemd zijn Kaiser Permanente (ieder “team” heeft een GGZ zorgverlener) en de huisartsconsortiums in Engeland. Voorbeelden van (sectoroverstijgende) uitkomstbekostiging waar GGZ een grote rol speelt zijn niet gevonden; het lijkt erop dat GGZ grotendeels apart wordt bekostigd.

Voorts valt op dat financiële prikkels vaak worden gecombineerd met ander typen prikkels om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Zo worden aanbieder-specifieke scores op indicatoren in een aantal gevallen gepubliceerd op een openbare website (reputatie-prikkels; “naming and shaming”). Dit is

bijvoorbeeld het geval bij het HQID, het MassHealth Hospital P4P program, AQ in Noordwest Engeland, en het VIP in Korea. Daarnaast worden zorgaanbieders in alle voorbeelden volop ondersteund bij het verbeteren van hun prestaties (bijv. bij het implementeren van noodzakelijk infrastructuur) en ontvangen zij veelal periodieke feedback-rapporten met hun financiële en/of medisch-inhoudelijke prestaties. Deze rapporten bevallen soms ook de scores van collega's.

Ten slotte valt op dat bij de ontwikkeling van systemen van uitkomstbekostiging veel naar de VS gekeken wordt. Voorbeelden zijn AQ in Engeland, de CPIP in Australië, en het VIP in Korea. Binnen de VS lijkt de federale uitvoeringsorganisatie van de ouderenverzekering Medicare (CMS) een leidende rol te hebben. Een interessante conclusie is dat bij veel voorbeelden sprake is van een samenspel tussen overheid en marktpartijen.

5.2. Relevantie voor Nederland

Sectoroverstijgende uitkomstbekostiging in de curatieve zorg vindt ook in Nederland in toenemende mate plaats. Belangrijke Nederlandse voorbeelden waarbij sprake is van één gezamenlijke betaling per zorgbundel voor zorg verleend door minimaal twee typen zorgaanbieders zijn de gezamenlijke betalingen aan ziekenhuis en specialist op basis van DBC's en de betalingen aan zorggroepen voor keten-DBC's. De Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging (2012) ziet de keten-DBC's als een tussenstap naar "integrale bekostiging op het niveau van de patiënt", waarbij ook prikkels bestaan voor preventie en "gezond houden". De commissie spreekt in dit verband over "populatiegerichte bekostiging", maar laat in het midden of het gaat om de verzekerdenpopulatie of de regiopopulatie.

Diverse opties

In de afgelopen decennia is het schot tussen eerstelijnszorg (huisarts) en tweedelijnszorg (ziekenhuis en specialist) als één van de belangrijkste belemmeringen voor doelmatige zorg in Nederland gezien. Dit schot heeft niet alleen betrekking op de bekostiging en de financiële prikkels, maar ook op de aparte organisaties, patiëntendossiers en protocollen, en het gebrek aan coördinatie en afstemming van zorg. Integrale bekostiging per verzekerde wordt veelal gezien als een vehikel om integrale zorg te realiseren. De afgelopen jaren zijn in Nederland belangrijke stappen gezet met de ziekenhuis- en keten-DBC's. Grote uitdagingen voor de komende jaren zijn het slaan van een brug tussen deze vormen van bekostiging richting integrale bekostiging, en het zetten van de stap van betaling *per patiënt* naar betaling *per verzekerde*. De in dit rapport beschreven voorbeelden kunnen volop

inspiratie bieden om te komen tot *integrale bekostiging per verzekerde* in Nederland. Ook kunnen de evaluaties van de beschreven voorbeelden inzicht geven in welke vormgeving van integrale bekostiging succesvol is in een bepaalde setting, en welke niet.⁴⁷

Implementatie

De beschreven voorbeelden kunnen ook helpen bij het beantwoorden van belangrijke vragen over de implementatie, zoals: wie neemt het initiatief? Hoe kan een win-win situatie ontstaan waarbij alle betrokkenen belang hebben bij de nieuwe bekostigingsmethode? Aan welke voorwaarden moet worden voldaan om uitkomstbekostiging succesvol te kunnen implementeren? Welke rol spelen relevante stakeholders (beroepsgroepen, patiënten, verzekeraars, overheid)? Hoe kan consensus worden bereikt met en tussen betrokken aanbieders over gezamenlijke protocollen en werkwijzen, en over de gewenste vorm van coördinatie en afstemming? Wie investeert in gezamenlijke informatiesystemen (prestatie-indicatoren, elektronisch patiëntendossiers)? Wie levert de gegevens voor de registratie van prestatie-indicatoren en wie betaalt hiervoor? Heeft elke afzonderlijke zorgverzekeraar/ zorgaanbieder wel voldoende en de juiste gegevens om tot betrouwbare en valide prestatie-indicatoren en -metingen te komen? Wie bepaalt waar de prestatie-opslagen van afhangen? Toepassing en vormgeving van prestatie-opslagen lijkt in beginsel recht-toe-recht-aan, maar blijkt in de praktijk zeer complex en veel valkuilen te kennen (Eijkenaar 2011, 2012).

In de context van gereguleerde concurrentie in de zorg, zoals in Nederland, bestaan bij de implementatie specifieke aandachtspunten. Hierbij kan gedacht worden aan het freerider-probleem en de vraag of elke zorgverzekeraar (of zorginkoopcombinatie) zijn eigen prestatie-indicatoren hanteert. Het freerider-probleem houdt in dat zorgverzekeraars terughoudend zouden kunnen zijn met investeren in kwaliteit en prestatie-opslagen als concurrerende zorgverzekeraars hier gratis van kunnen meeprofiten. De beschreven voorbeelden in de context van een concurrerende zorgverzekeringsmarkt kunnen inzicht geven in de mate waarin freerider-problemen optreden en in manieren waarop deze kunnen worden opgelost. Hetzelfde geldt voor de prestatie-indicatoren en -opslagen. In Nederland kan het nieuw opgerichte Kwaliteitsinstituut een belangrijke rol spelen bij het ontwikkelen en ontsluiten van gemeenschappelijke zorgstandaarden en indicatoren die in beginsel door alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars gebruikt zouden kunnen worden. Van belang is of de Mededingingswet geen belemmering vormt voor concurrerende zorgverzekeraars en

⁴⁷ Voor een aantal projecten zijn (grootschalige) evaluatiestudies afgerond (HQID, Kinzigtal, AQC, Geisinger, Kaiser). Voor andere projecten zijn evaluaties gaande (AQ, Kinzigtal, Taiwan P4P, AQC, Geisinger, Kaiser, Prometheus, VIP) of gepland (CMS P4P, ACO's, Prometheus, Baskets-of-care, VIP).

zorgaanbieders om gemeenschappelijke prestatie-indicatoren te ontwikkelen en te gebruiken. Een toetsing van de besproken voorbeelden aan de Mededingingswet kan uitwijzen of deze daarvoor voldoende ruimte laat. Hier lijkt in Nederland op dit moment geen consensus over te bestaan. Vanzelfsprekend vallen gezamenlijke afspraken over concurrentiegevoelige aspecten zoals het type en de hoogte van prestatie-opslagen wel onder het kartelverbod.

Een ander punt van aandacht bij de implementatie van integrale bekostiging per verzekerde is dat het niet onwaarschijnlijk is dat de risicodragende zorgaanbieder/zorgorganisatie die bij de bekostiging als hoofdaannemer optreedt, door De Nederlandsche Bank als een verzekeraar zal worden beschouwd. Dit zou betekenen dat de betreffende aanbieder op basis van de Wet Toezicht Verzekeringsbedrijf hoge solvabiliteitsreserves moet hebben, wat in de praktijk een belangrijke belemmering kan vormen. Ook hier is het interessant te bezien hoe hiermee in de beschreven voorbeelden wordt omgegaan, bijvoorbeeld via risicodeling of “herverzekering”.

Gunstig perspectief

Hoewel de voordelen van integrale bekostiging per verzekerde al vele jaren bekend zijn (zie bijv. Enthoven 1980; Luft 1981; Schut 1986; Schut & Casparie 1987), zijn de beschreven voorbeelden in de praktijk eerder uitzondering dan regel. In het verleden was het kunnen meten van kwaliteit met betrouwbare en valide indicatoren een belangrijke belemmering voor het gebruik van prestatie-opslagen bij de bekostiging van zorg. Zoals de voorbeelden laten zien is in het afgelopen decennium internationaal flinke vooruitgang geboekt op dit terrein. Een tweede belemmering, in Nederland maar waarschijnlijk ook in veel andere landen, was de wet- en regelgeving. In het verleden zijn in Nederland veel suggesties gedaan om te komen tot *integrale bekostiging per verzekerde*, zoals budgethoudende huisartsen (Crebolder, 1992), het overnemen van de zorgplicht van zorgverzekeraars door ziekenhuizen voor een vast bedrag per verzekerde (Van den Heuvel, 2011), het direct verlenen van zorg door zorgverzekeraars (eigen zorginstellingen en zorgaanbieders in loondienst), het oprichten van een zorgverzekeraar door zorgaanbieders (zoals ziekenhuizen, zorggroepen of huisartsengroepen), en, voor zover de zorgaanbieders te weinig patiënten/verzekerden hebben om het gehele financiële risico van de totale curatieve zorgkosten te dragen, financiële-risicodeling tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars (Vermaas 1995, 2006; Braspenning et al. 2008). Vooral in de jaren '80 en '90 vormde de wet- en regelgeving ten aanzien van tarieven, vestiging en planning, de contracteerverplichting, en verplichte modelcontracten voor ziekenfondsen (Van de Ven en Schut, 1986) een belemmering voor het realiseren van deze suggesties. Vrijwel al deze belemmeringen zijn de afgelopen jaren echter weggenomen door de

nieuwe wet- en regelgeving gericht op gereguleerde concurrentie in de zorg. De hervormingen in de curatieve zorg in de afgelopen 20 jaar hebben er daarnaast voor gezorgd dat de risicodragende zorgverzekeraars een sterke prikkel hebben tot doelmatigheid en kostenbeheersing, bijvoorbeeld door met zorgaanbieders contractuele afspraken te maken over uitkomstbekostiging. Ook zijn de meeste zorgaanbieders ervan doordrongen dat er grenzen zijn aan de sterke kostengroei van de afgelopen jaren en dat daarom een situatie waarin zorgaanbieders vooral financieel belang hebben bij volumegroei (die weer tot leidt kostengroei) zijn langste tijd heeft gehad. Waarschijnlijk prefereren de meeste zorgaanbieders realistische en stimulerende prestatie-opslagen boven bijvoorbeeld de huidige lumpsumafspraken, die in feite een lomp en risicovol kostenbeheersingsinstrument zijn ("volledige vergoeding tot een bepaald bedrag en daarna een degressief tarief van nul"). Na ruim 20 jaar hervormingen in de structuur en financiering van de curatieve zorg is het een logisch vervolg dat de komende jaren zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars vorm gaan geven aan hervormingen in het bekostigingssysteem en het proces van zorgverlening. Door de aanwezige mogelijkheden én prikkels is het perspectief om tot uitkomstbekostiging te komen in Nederland gunstig, en waarschijnlijk gunstiger dan in andere landen waar de genoemde hervormingen niet hebben plaatsgevonden.

In november 2011 heeft de Tweede Kamer in een breed gesteunde motie-Smilde c.s. (TK, 2011-2012, 33000 XVI nr. 45) de regering opgeroepen in overleg met alle partijen te komen tot een breed gedeelde en breed gedragen visie met als uitkomst de introductie van uitkomstbekostiging uiterlijk in 2020, liefst eerder. Op basis van bovenstaande overwegingen zeker geen onhaalbare uitkomst.

Referenties

Algemeen

Braspenning, J., K.Kirschner, J. Batenburg, D van de Rijt en R. Grol. 2008. Loon naar werken loont. *Medisch Contact* 63(24): 1042-1045.

Crebolder, H.F.J.M. 1992. Budgettering van en door huisartsenpraktijken. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 136(33):1589-1591.

Eijkenaar, F. 2011. Key issues in the design of pay for performance programs, *European Journal of Health Economics*, Epub ahead of print September 1.

Eijkenaar, F. 2012. Pay for performance in health care: an international overview of initiatives, *Medical Care Research & Review* 69(3): 251-76.

Enthoven, A.C. 1980. *Health Plan: the only practical solution to the soaring cost of medical care*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.

Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging. 2012. Eindrapport "Integrale bekostiging van zorg: Werk in uitvoering". Den Haag: Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging.

Van den Heuvel, J. 2011. Maak verzekeraar en ziekenhuis partners. *Medisch Contact* 66(23):1445-47.

Luft, H.S. 1981. *Health Maintenance Organizations: dimensions of performance*. New York: Wiley.

Schut, F.T. 1986. *Health Maintenance Organizations: een geïntegreerde wijze van verstrekken en verzekeren van gezondheidszorg*. Lochem/Gent: De Tijdstroom.

Schut, F.T. en A.F. Casparie. 1987. Health Maintenance Organizations; kwaliteit van integrale zorgverlening, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 131 (11):450-454.

Van de Ven, W.P.M.M en F.T. Schut. 1986. Health Maintenance Organizations. De mogelijkheden van gereguleerde concurrentie in de Nederlandse gezondheidszorg. *Economisch Statistische Berichten*, 17 september, 892-898.

Vermaas, A. 1995. Doelmatigheidsopslagen voor huisartsen. *Medisch Contact* 50(2):47-48.

Vermaas, A. 2006. *Agency, managed care and financial risk-sharing in general medical practice*. Dissertatie. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Verenigde staten

Accountable Care Organizations

Adrian, E. & G. Anderson. *Accountable Care Organizations and Health Reform*. Health Policy Monitor October 2010. Beschikbaar op <http://www.hpm.org/survey/us/b16/2>.

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.

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), HHS. (2011). Medicare program; medicare shared savings program: Accountable care organizations. final rule. *Federal Register*, 76(212), 67802-67990.

Crosson, F. J. (2011). Analysis & commentary: The accountable care organization: Whatever its growing pains, the concept is too vitally important to fail. *Health Affairs*, 30(7), 1250-1255.

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.

Fisher, E. S., & Shortell, S. M. (2010). Accountable care organizations: Accountable for what, to whom, and how. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 304(15), 1715-1716.

Fuchs, V. R., & Schaeffer, L. D. (2012). If accountable care organizations are the answer, who should create them? *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 307(21), 2261-2262.

Longworth, D. L. (2011). Accountable care organizations, the patient-centered medical home, and health care reform: What does it all mean? *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 78(9), 571-582.

Rittenhouse, D. R., Shortell, S. M., & Fisher, E. S. (2009). Primary care and accountable care--two essential elements of delivery-system reform. *New England Journal of Medicine*, 361(24), 2301-2303.

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.

Alternative Quality Contract

Blue Cross Blue Shield of Massachusetts. 2010. The Alternative QUALITY Contract. Boston: Blue Cross Blue Shield of Massachusetts.

Chernew, M. E., Mechanic, R. E., Landon, B. E., & Safran, D. G. (2011). Private-payer innovation in massachusetts: The 'alternative quality contract'. *Health Affairs (Project Hope)*, 30(1), 51-61.

Mechanic, R. E., Santos, P., Landon, B. E., & Chernew, M. E. (2011). Medical group responses to global payment: Early lessons from the 'alternative quality contract' in massachusetts. *Health Affairs (Project Hope)*, 30(9), 1734-1742.

Song, Z., Safran, D. G., Landon, B. E., He, Y., Ellis, R. P., Mechanic, R. E., et al. (2011). Health care spending and quality in year 1 of the alternative quality contract. *The New England Journal of Medicine*, 365(10), 909-918.

Song, Z., Safran, D. G., Landon, B. E., Landrum, M. B., He, Y., Mechanic, R. E., et al. (2012). The 'alternative quality contract,' based on A global budget, lowered medical spending and improved quality. *Health Affairs*, 31(8):1885-94.

Geisinger Health System

Berry, S. A., Doll, M. C., McKinley, K. E., Casale, A. S., & Bothe, A., Jr. (2009). ProvenCare: Quality improvement model for designing highly reliable care in cardiac surgery. *Quality & Safety in Health Care*, 18(5), 360-368.

Casale, A. S., Paulus, R. A., Selna, M. J., Doll, M. C., Bothe, A. E., Jr, McKinley, K. E., et al. (2007). "ProvenCareSM": A provider-driven pay-for-performance program for acute episodic cardiac surgical care. *Annals of Surgery*, 246(4), 613-21; discussion 621-3.

Draper, A. (2011). Managing bundled payments. *Healthcare Financial Management : Journal of the Healthcare Financial Management Association*, 65(4), 110-6, 118.

Geisinger Health System. 2012. About ProvenCare. Beschikbaar op <http://www.geisinger.org/provencare>.

McCarthy, M., K. Mueller, & J. Wrenn. 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.

Paulus, R. A., Davis, K., & Steele, G. D. (2008). Continuous innovation in health care: Implications of the geisinger experience. *Health Affairs (Project Hope)*, 27(5), 1235-1245.

Hospital Quality Incentive Demonstration

Premier, Inc. 2012. CMS/Premier Hospital Quality Incentive Demonstration (HQID). Beschikbaar op <https://www.premierinc.com/quality-safety/tools-services/p4p/hqi/index.jsp>.

Ryan, A. M., Blustein, J., Doran, T., D Michelow, M., & Casalino, L. P. (2012). The effect of phase 2 of the premier hospital quality incentive demonstration on incentive payments to hospitals caring for disadvantaged patients. *Health Services Research*, 47(4):1418-1436.

Ryan, A., & Blustein, J. (2012). Making the best of hospital pay for performance. *The New England Journal of Medicine*, 366(17), 1557-1559.

Ryan, A. M. (2009). Effects of the premier hospital quality incentive demonstration on medicare patient mortality and cost. *Health Services Research*, 44(3), 821-842.

Ryan, A. M. (2009). Has pay-for-performance decreased access for minority patients? *Health Services Research* 45(1):6-23.

Ryan, A. M. (2009). Hospital-based pay-for-performance in the united states. *Health Economics*, 18(10), 1109-1113.

Ryan, A. M., Blustein, J., & Casalino, L. P. (2012). Medicare's flagship test of pay-for-performance did not spur more rapid quality improvement among low-performing hospitals. *Health Affairs (Project Hope)*, 31(4), 797-805.

Werner, R. M., Kolstad, J. T., Stuart, E. A., & Polsky, D. (2011). The effect of pay-for-performance in hospitals: Lessons for quality improvement. *Health Affairs (Project Hope)*, 30(4), 690-698.

Kaiser Permanente

Curry, N., & C. Ham. 2010. Clinical and service Integration: The route to improved outcomes. London: The King's Fund.

Ham, C. 2010. Working Together for Health: Achievements and Challenges in the Kaiser NHS Beacon Sites Programme. University of Birminham, Health Services Management Centre Policy Paper 6.

McCarthy, M., K. Mueller, & J. Wrenn. 2009. Kaiser Permanente: Bridging the Quality Divide with Integrated Practice, Group Accountability, and Health Information Technology. Case Study, Organized Health Care Delivery System. Commonwealth Fund Publication 1278, Vol 17.

MassHealth Hospital P4P program

Blustein, J., Weissman, J. S., Ryan, A. M., Doran, T., & Hasnain-Wynia, R. (2011). Analysis raises questions on whether pay-for-performance in medicaid can efficiently reduce racial and ethnic disparities. *Health Affairs (Project Hope)*, 30(6), 1165-1175.

Blustein, J., Weissman, J. S., Ryan, A. M., Doran, T., & Hasnain-Wynia, R. (2011). Massachusetts' Medicaid Program Uses Pay-For-Performance To Reduce Racial/Ethnic Disparities in Hospital Care. *Presentatie op de Academy Health Annual Research Meeting*, Seattle, 14 juni.

Ryan, A. M., & Blustein, J. (2011). The effect of the MassHealth hospital pay-for-performance program on quality. *Health Services Research*, 46(3), 712-728.

Minnesota Baskets of Care

Institute for Clinical Systems Improvement. 2009. Final Eight Baskets of Care. Beschikbaar op http://www.icsi.org/health_care_redesign_/baskets_of_care/final_eight_baskets_of_care/.

Minnesota Department of Health. 2012. Baskets of Care. Beschikbaar op <http://www.health.state.mn.us/healthreform/baskets/index.html>.

Minnesota Department of Health. 2008. Baskets of Care Background Information. Minneapolis: Minnesota Department of Health.

Minnesota Department of Health. 2009. Baskets of Care Frequently Asked Questions. Minneapolis: Minnesota Department of Health.

Vinz, C., Foreman, J., & Bonneville, S. (2010). Minnesota's baskets-of-care project: Scope, components, and measurement. *Minnesota Medicine*, 93(1), 47-50.

Prometheus Payment

de Brantes, F., D'Andrea, G., & Rosenthal, M. B. (2009). Should health care come with a warranty? *Health Affairs (Project Hope)*, 28(4), w678-87.

de Brantes, F., 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.

de Brantes, F., A.G. Gosfield, D. Emery, A. Rastogi, & G. D'Andrea. 2010. Sustaining the Medical Home: How PROMETHEUS Payment Can Revitalize Primary Care. Newtown: Health Care Incentives and Improvement Institute.

de Brantes, F., 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.

Gosfield, A.G. & F. de Brantes. 2010. PROMETHEUS Payment: What'sTheScore? How Scores Determine Provider Payment. Newtown: Health Care Incentives and Improvement Institute.

Health Care Incentives and Improvement Institute. 2010. The History of the development of the Prometheus Payment Model-defined Potentially Avoidable Complications. Newtown: Health Care Incentives and Improvement Institute.

Health Care Incentives and Improvement Institute. 2012. Prometheus Payment Homepage. Beschikbaar op http://www.hci3.org/what_is_prometheus.

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 (Project Hope)*, 30(11), 2116-2124.

Rastogi, A., Mohr, B. A., Williams, J. O., Soobader, M. J., & de Brantes, F. (2009). Prometheus payment model: Application to hip and knee replacement surgery. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 467(10), 2587-2597.

Participating Hospital Agreement

Blue Cross Blue Shield of Michigan. 2011. Peer Group 1 – 4 Hospital Pay-for-Performance Program 2011 Clinical Quality Indicators. Weights, Scoring Thresholds and Reporting Requirements. Detroit: Blue Cross Blue Shield of Michigan.

Blue Cross Blue Shield of Michigan. 2012. Hospital Pay-for-Performance Program. Peer Groups 1-4 November 2011. Detroit: Blue Cross Blue Shield of Michigan.

Blue Cross Blue Shield of Michigan. 2012. Pay-for-Performance Collaborative Quality Initiatives Scoring Index, Updated June 2012. Detroit: Blue Cross Blue Shield of Michigan.

Nahra, T. A., Reiter, K. L., Hirth, R. A., Shermer, J. E., & Wheeler, J. R. C. (2006). Cost-effectiveness of hospital pay-for-performance incentives. *Medical Care Research and Review*, 63(1), 49.

Sautter, K. M., Bokhour, B. G., White, B., Young, G. J., Burgess, J. F., Jr, Berlowitz, D., et al. (2007). The early experience of a hospital-based pay-for-performance program. *Journal of Healthcare Management*, 52(2), 95-107.

Engeland

Advancing Quality

NHS NW. 2008. A North West health system approach to advancing quality. Manchester: NHS NW.

NHS NW. 2010. *Advancing quality*. Beschikbaar op www.advancingqualitynw.nhs.uk/index.php.

Premier, Inc. 2010. NHS northwest and premier advancing quality program. Composite quality score and outcome methodologies year one. Bolton/Charlotte: Premier, Inc.

West, D. 2008. Advancing quality in the North West. *Health Service Journal* 27 November.

Huisartsconsortiums

Department of Health. 2010. Liberating the NHS: Commissioning For Patients. FAQ. London: Department of Health.

Department of Health. 2010. Liberating the NHS: Commissioning For Patients. A consultation on proposals. Executive summary. London: Department of Health.

Department of Health. 2011. The Functions of GP Commissioning Consortia A Working Document. London: Department of Health.

Nicholson, D., M. Roland, J. Hussey, A. Chuter, & J. Appleby. 2012. GP commissioning: Will it save money and raise standards of care? *The British Journal of General Practice*, 62(600), 380.

Roland, M., & R. Rosen. 2011. English NHS embarks on controversial and risky market-style reforms in health care. *The New England Journal of Medicine*, 364(14), 1360-1366.

Australië

Clinical Practice Improvement Payment

Clinical Practice Improvement Centre. 2008. CPIP implementation plan, January 2008. Brisbane: Queensland Health.

Clinical Practice Improvement Centre. 2009. Clinical Practice Improvement Payment User Guide. V2.0, pilot scheme phase two. Brisbane: Queensland Health.

Clinical Practice Improvement Centre. 2011. Clinical Practice Improvement Payment User Guide. Phase III, V1.6. Brisbane: Queensland Health.

Duckett, S., S.A. Daniels, M. Kamp, A. Stockwell, G.J. Walker, & M. Ward. 2008. Pay for performance in Australia: Queensland's new Clinical Practice Improvement Payment. *Journal of Health Services Research & Policy* 13(3): 174-177.

Ward, M., S.A. Daniels, G.J. Walker, & S. Duckett. 2007. Connecting funds with quality outcomes in health care: a blueprint for a clinical practice improvement payment. *Australian Health Review* 31(suppl. 1): S54-S58.

Duitsland

Gesundes Kinzigtal

EKIV. 2012. Gesundes Kinzigtal Integrated Care: A "flagship project" among Germany's integrated care approaches. Beschikbaar op <http://www.ekiv.org/en/integrierte-versorgung.php>.

EKIV. 2012. Gesundes Kinzigtal Integrated Care: What's it about? Beschikbaar op <http://www.ekiv.org/en/index.php>.

Hildebrandt, H., C. Hermann, R. Knittel, M. Richter-Reichhelm, A. Siegel, & W. Witzgenrath W. 2010. Gesundes Kinzigtal Integrated Care: improving population health by a shared health gain approach and a shared savings contract. *International Journal of Integrated Care* 10, 23 juni.

Hildebrandt, H., C. 2012. Money for value instead of volume: The Kinzigtal-way to develop and measure value and health gain in a local area. *Presentatie op het zesde Nationale Werkcongres, 29 juni, Universiteit Utrecht*.

Maassen, H. 2012. Geïntegreerde zorg in het Zwarte Woud. *Medisch Contact* 67(12): 690-693.

Israël

Clalit Health Services

Balicer, R.D., E. Shadmi, N. Lieberman, S. Greenberg-Dotan, M. Goldfracht, L. Jana, A.D. Cohen, S. Regev-Rosenberg, & O. Jacobson. 2011. Reducing Health Disparities: Strategy Planning and Implementation in Israel's Largest Health Care Organization. *Health Services Research* 46:1281-99.

Gross, R., A. Elhaynay, N. Friedman, & S. Buetow. 2008. Pay-for-performance programs in Israeli sick funds. *Journal of Health Organization and Management* 22(1):23-35.

Taiwan

Ziektespecifieke P4P-programma's

Chang, R. E., S.P. Lin, & D.C. Aron. 2012. A pay-for-performance program in Taiwan improved care for some diabetes patients, but doctors may have excluded sicker ones. *Health Affairs* 31(1): 93-102.

Chen, T., K. Chung, I. Lin, & M. Lai. 2011. The Unintended consequence of diabetes mellitus P4P program in Taiwan: Are patients with more comorbidities or more severe conditions likely to be excluded from the P4P program? *Health Services Research* 46: 47-60.

Cheng, S., T. Lee, & C. Chen. 2012. A longitudinal examination of a pay-for-performance program for diabetes: Evidence from a natural experiment. *Medical Care* 50(2): 109-116.

Kuo, R.N.C, K-P. Chung, & M-S. Lai. 2011. Effect of the Pay-for-Performance Program for Breast Cancer Care in Taiwan. *Journal of Oncology Practice* 7(3s): e8s-e15s.

Lee, T.T., S.H. Cheng, C.C. Chen, & M.S. Lai. 2010. A pay-for-performance program for diabetes care in Taiwan: a preliminary assessment. *American Journal of Managed Care* 16: 65-69.

Korea

Value Incentive Program

Kim, S.M., W.M. Jang, H.A. Ahn, H.J. Park HJ, H.S. Ahn. 2012. Korean National Health Insurance value incentive program: achievements and future directions. *Journal of Preventive Medicine and Public Health* 45(3):148-55.

Kwon, S. "Pay for Performance". 2009. Health Policy Monitor, December 2009. Beschikbaar op <http://www.hpm.org/survey/kr/a15/2>.

OECD. 2012. OECD Reviews of Health Care Quality: Korea – Raising Standard. OECD Publishing.

Bijlage: categorisering van voorbeelden van ziekenhuisspecifieke uitkomstbekostiging

In een eerste verkenning vanuit VWS zijn drie opties geïdentificeerd waarop uitkomstbekostiging binnen ziekenhuizen vorm kan krijgen. In alle gevallen is de zorgverzekeraar verantwoordelijk voor sturing op uitkomsten. De geïdentificeerde opties zijn:

- Verzekeraars pakken dit in de huidige bekostiging op via P4P-afspraken.
- In prestatiebeschrijvingen (d.w.z. declarabele producten) worden richtlijnen en standaarden steeds verder geïncorporeerd en worden (proces)indicatoren toegevoegd.
- De huidige gedetailleerde prestatiebeschrijvingen worden vervangen door algemenere prestatiebeschrijvingen op zorgvraagniveau.

In Tabel 6 worden de besproken voorbeelden van ziekenhuisspecifieke uitkomstbekostiging (hoofdstuk 3) in deze categorieën ingedeeld.

Tabel 6. Categorisering voorbeelden van ziekenhuisspecifieke uitkomstbekostiging

	P4P afspraken binnen bestaande bekostiging	Richtlijnen/standaarden/ indicatoren in de bestaande prestatiebeschrijvingen	Vervangen bestaande prestatie- beschrijvingen door beschrijvingen op zorgvraagniveau
HQID	Ja		
MassHealth	Ja	Ja	
PHA	Ja		
AQ	Ja		
CPIP	Ja	Ja	Ja
Taiwan diabetes	Ja	Ja	
Taiwan borstkanker	Ja	Ja	Ja
VIP	Ja		Ja

Het invullen van de tabel bleek lastig omdat voor veel programma's gedetailleerde informatie ontbrak in de gevonden literatuur. Desondanks is duidelijk dat alle programma's in ieder geval (deels) gebaseerd zijn op P4P-afspraken binnen bestaande basisbekostigingssystemen. Verder lijkt voor de CPIP in Australië, het P4P systeem voor borstkanker in Taiwan, en het VIP in Korea sprake te zijn van nieuwe prestatiebeschrijvingen op zorgvraagniveau. In Australië en Korea wordt het basisbekostigingssysteem voor alle ziekenhuizen hervormd richting betaling per zorgbundel per patiënt per ziekenhuisopname. In Taiwan is sprake van een nieuw alternatief bekostigingssysteem (één betaling per zorgbundel per patiënt met borstkanker per periode) dat alleen wordt gebruikt voor ziekenhuizen die deelnemen aan het P4P-systeem.

Erasmus Universiteit Rotterdam
instituut Beleid & Management Gezondheidszorg

Bezoekadres

Burgemeester Oudlaan 50
3062 PA Rotterdam

Postadres

Postbus 1738
3000 DR Rotterdam

Tel. (010) 408 8555
Internet www.bmg.eur.nl
E-mail research@bmg.eur.nl

ISBN 978-94-90420-25-3