

CELSUS
ACADEMIE VOOR
BETAALBARE
ZORG



TALMA
INSTITUTE

Talma uitgave: 'Inkopen met zorg'

Eerste inhoudelijke
verdieping (mei 2016)

Auteurs: K. Gaspar, X. Koolman, S.
Steenhuis, B. Salampessij
Reeks onder redactie van: D. Bannink, E.
van der Hijden, X. Koolman en S. Ybema
Talma Instituut, Vrije Universiteit
Amsterdam

Inhoud

1.	Het Talma Zorgprogramma en het thema ‘Inkopen met zorg’	3
2.	Casus: ‘Hoe het zorgsysteem mijn werk als psychologe ondermijnde’	5
3.	Zorginkoopmodellen in de Zorgverzekeringswet	7
4.	Overwegingen bij de keuze van een inkoopmodel	14
	4.1 Denken in product-marktcombinaties als grondslag voor zorginkoop.....	15
	4.2 Voorwaarden voor goede marktwerking en gevolgen voor zorginkoop	16
	4.3 De keuze tussen hiërarchie, markt of netwerk	18
	4.4 Inkopen op kwaliteit.....	20
	4.5 Verzekeraar en aanbieder delen gezondheidsrisico’s	21
	4.6 Beheersing van de risico’s van het gedrag van aanbieders en verzekerden	22
	4.7 Inkopen op verschillende niveaus.....	23
5.	Onderzoek naar betere zorginkoop: hoe verder?	24
	5.1 Aandacht voor kwaliteit bij de inkoop van zorg.....	24
	5.2 Aandacht voor doelmatigheid bij de inkoop van zorg	24
	5.3 Contracteren op verschillende niveaus.....	25
	5.4 Selectie onderzoeksvragen voor vervolgonderzoek.....	25

1. Het Talma Zorgprogramma en het thema ‘Inkopen met zorg’

Het Talma Instituut doet multidisciplinair wetenschappelijk onderzoek naar institutionele barrières in de zorg en de sociale zekerheid. Die barrières herkennen en helpen wegnemen maakt de zorg doelmatiger, en daarop is het Talma Zorgprogramma gericht. Doelmatige zorg is zorg met een optimale verhouding tussen de wettelijk vastgelegde publieke doelen van het zorgstelsel: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. De verhouding tussen deze doelen krijgt vorm in een complexe wereld van regulering en professionele routines, (markt)mechanismen, prikkels, stelsels en zorgorganisaties. Van een institutionele barrière is sprake wanneer duidelijk is dat zorg met een betere verhouding tussen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid niet tot stand komt vanwege de manier waarop de zorg is georganiseerd. Een barrière is *niet*-institutioneel wanneer één organisatie in staat is hem op te lossen. De partij die de barrière heeft weten te slechten, heeft in dat geval een concurrentievoordeel.

Het Talma Zorgprogramma staat voor hoogstaand onderzoek dat:

1. wordt gevoed door meerdere disciplines,
2. wordt uitgevoerd in samenwerking met maatschappelijke partners,
3. gaat over thema's en vraagstukken die de partners van het Talm Instituut hebben geprioriteerd,
4. voor die partners getuigt van inzicht in hun positie en rol in de zorg,
5. tot doel heeft kennis te delen om bij te dragen aan de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg,
6. belemmeringen voor integrale, doelmatige en persoonsgerichte zorg wegneemt.

Voor u ligt een eerste inhoudelijke verdieping van een van de vier (voorlopige) thema's van het Talma Zorgprogramma: ‘Inkopen met zorg.’ De andere drie thema's zijn ‘De dynamiek van innovatie,’ ‘Samen kiezen voor gepaste zorg’ en ‘Geïntegreerde zorg’ en zijn onderwerp van vergelijkbare uitgaven. Deze thema's vloeien voort uit de 32 onderwerpen die de maatschappelijke partners van het Talma Instituut naar voren brachten tijdens een inventarisatie van hindernissen die zij ervaren bij het optimaal dienen van patiënten, cliënten en verzekerden.

Met de vier thema-uitgaven kunnen deelnemers elk van de vier verdiepende seminars over deze thema's in mei 2016 zich voorbereiden. Tijdens de seminars wordt concreet invulling gegeven aan de uitwerking van de onderzoeksthema's. De resultaten worden gebruikt om deze uitgave af te ronden en de hieruit voortvloeiende onderzoeksvoorstellen met de wetenschappelijke adviesraad (WAR) van het Talma Instituut te bespreken.

Het thema ‘Inkopen met zorg’ is gericht op de vraag of er betere zorginkoopmodellen dan de huidige zijn die niet worden gebruikt in de (curatieve) zorg en wat daarvan de oorzaken zijn. Betere inkoopmodellen leiden uiteindelijk tot een betere mix van

kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Ze dragen daarmee bij aan het beter functioneren van het zorgstelsel op zowel de zorginkoopmarkt als de zorgverzekeringsmarkt en aan een betere positie van de verschillende partijen die daarbij betrokken zijn.

1.1 Leeswijzer

Deze uitgave begint met een concrete casus die de problematiek rondom zorginkoop verheldert. Daarna volgen enkele onderwerpen die de kennis van de lezer over het inkopen van zorg zullen verdiepen en inzicht geven in de institutionele barrières die betere zorginkoop verhinderen. Het gaat daarbij vooral over de voor- en nadelen van nieuwe inkoopmodellen. De uitgave besluit met enkele (mogelijke) onderzoeksvoorstellen.

2. Casus: 'Hoe het zorgsysteem mijn werk als psychologe ondermijnde'

Masja Schakenbos trad in 2005 bij een GGZ-instelling in dienst als gezondheidspsychologe. In de jaren daarna maakte de instelling verschillende reorganisaties door, die voornamelijk werden ingegeven door veranderingen in het financieringssysteem. In Masja's beleving veranderde de instelling van een prettige werkomgeving waarin voldoende tijd voor patiënten was in een instelling die moest vechten om financieel gezond te blijven. Tegelijkertijd gingen de administratieve lasten fors omhoog, terwijl het aantal administratieve medewerkers juist onder druk kwam te staan.

Onderzoekers van het Talma Instituut nodigden Masja uit om haar verhaal te komen doen. Ze vertelde over haar beslissing om in 2014 haar werk bij de GGZ-instelling op te zeggen en als zelfstandig psycholoog verder te gaan. Ze nam haar besluit om meerdere redenen. De toenemende interne en externe regels begonnen haar in haar werk te beperken. Ze werd meer en meer gedwongen te werken op een manier die ze niet goed vond voor de patiënt. Zo moest de diagnose bij een nieuwe patiënt van de ene op de andere dag binnen een uur worden gesteld. Daardoor nam de kans op fouten toe en een foute diagnose blijft niet zonder gevolgen. Een diagnose werkt in de GGZ vaak stigmatiserend en blijft 'hangen' bij zowel patiënt als zorgverleners, zoals huisartsen.

Andere redenen waren dat het management alleen nog maar oog had voor het kostenplaatje, dat economische overwegingen altijd voor kwaliteit gingen, dat veel collega's werden wegbezuinigd en dat teams constant werden herschikt. Een en ander zorgde, tezamen met een forse toename aan bureaucratische en administratieve handelingen, voor veel onrust in de organisatie. Masja vertelde dat ze haar werk met steeds minder plezier deed en dat ze haar patiënten steeds minder goede zorg kon geven.

Als eerstelijns psycholoog zette Masja haar eigen praktijk op en besloot ze geen contract met zorgverzekeraars te sluiten. Werken zonder contract heeft als nadeel dat patiënten met een naturapolis 25 procent minder vergoed krijgen. In de praktijk is dat echter zelden een probleem, omdat patiënten in het eerstvolgende jaar veelal kiezen voor een restitutiepolis, waardoor ze alsnog 100 procent vergoed krijgen. Masja ervaart het als een voordeel dat het haar vrij staat om zeer uiteenlopende patiënten aan te nemen. Ze kan vele behandelsessies gebruiken om tot een diagnose te komen en ook het aantal behandelingen is niet langer begrensd. Daarnaast is ze vrij om te kiezen voor de behandeling die haar voorkeur geniet, en die van de patiënt.

Momenteel runt Masja een goedlopende praktijk waarin ze zelf bepaalt hoeveel tijd ze in een patiënt investeert. Wel stelt ze vragen bij de vrijheid die ze nu ervaart. Zo kunnen patiënten bij wie een behandeling niet aanslaat onterecht toch worden doorbehandeld. Ook is het denkbaar dat patiënten die maatschappelijk gezien onvoldoende behoefte hebben aan een behandeling toch worden behandeld. Ook kan het voorkomen dat zorgaanbieders patiënten behandelen die vanwege hun aandoening beter af zouden zijn bij een andere aanbieder. De vrijheid levert dilemma's op waar Masja mee worstelt.

2.1 Analyse casus

Psychologe Masja is duidelijk gefrustreerd geraakt doordat ze vanwege alle organisatorische en administratieve rompslomp werd belemmerd in wat zij ziet als haar werk, namelijk: optimale zorg bieden aan haar patiënten. Wat ze aan den lijve heeft ondervonden, is de intrede van marktwerking in de zorg en een daarmee samenhangende toename van het aantal zorgaanbieders. Door voor zichzelf te gaan werken heeft ze zich onttrokken aan het beleid van de zorgverzekeraars.

De vrijheid die professionals zoals Masja tegenwoordig wordt geboden heeft positieve en negatieve effecten. Zo vinden zorgverzekeraars het vooral lastig de zorguitgaven te beheersen en de doelmatigheid te stimuleren. Dat wordt duidelijk wanneer gekeken wordt naar de gevolgen van de contracten die zorgverzekeraars wel sloten met GGZ-instellingen. Zoals Masja beschreef, onderhandelden zorgverzekeraars zowel op het vlak van prijs als volume met zorgaanbieders. Omdat de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg grotendeels onbekend waren, werden die elementen in de onderhandelingen onderbelicht.

De casus roept enkele vragen op:

- Onder welke voorwaarden leidt zorginkoop tot optimale kwaliteit, toegankelijkheid en prijs van de zorg?
- Hoe kan zorg het best worden ingekocht als niet aan die voorwaarden wordt voldaan?
- Wanneer is het goed om verticale integratie (zie paragraaf 4.8) of schaalvergroting in het zorgaanbod te stimuleren/te demotiveren?
- Welke inzichten zijn nodig om te komen tot inkoopmodellen die de publieke doelen beter dienen dan de huidige?
- Zijn de inkoopmodellen die de voorkeur genieten mogelijk binnen het huidige stelsel?
- Welke rol is er binnen zorginkoop weggelegd voor de kwaliteit van zorg?

In hoofdstuk 3 worden de huidige en toekomstige inkoopmodellen en -strategieën van de grote zorgverzekeraars besproken. Hoofdstuk 4 beschrijft enkele overwegingen bij het maken van een keuze tussen inkoopmodellen. In beide hoofdstukken worden de vragen die de casus opwerpt vanuit verschillende perspectieven behandeld.

3. Zorginkoopmodellen in de Zorgverzekeringswet

De hierboven besproken casus laat zien welke invloed veranderingen in een markt kunnen hebben op zorgorganisaties, individuele zorgverleners en patiënten. In de huidige markt kopen zorgverzekeraars namens verzekerden zorg in bij zorgaanbieders. Het gaat er daarbij om dat de aanbieders voldoende juiste prikkels krijgen om tegen een scherpe prijs goede kwaliteit te leveren. Duidelijk is dat er verschillende vormen van bekostiging bestaan, die elk hun specifieke voor- en nadelen delen. Een vorm die zowel door de zorgverzekeraar als door de zorgaanbieder gedragen wordt, heeft meer kans op succes. Het is daarom van belang te analyseren hoe het draagvlak voor een bepaalde vorm tot stand komt. Brede kennis over huidige (en nieuwe) inkoopmodellen helpt verzekeraars en zorgaanbieders zich te onderscheiden in de kwaliteit en de prijs van de ingekochte zorg.

Vanuit de maatschappij bezien dient een inkoopmodel bij te dragen aan zorg van een hoge kwaliteit, die bovendien voor veel verzekerden toegankelijk is en waarvan de premie betaalbaar is. Deze principes laten zich niet een-op-een vertalen naar een inkoopmodel. Bij de keuze voor zo'n model spelen vele factoren een rol. Een deel daarvan laat zich objectief vaststellen, andere factoren vereisen zorginhoudelijke of andere kennis. Het loont in veel gevallen niet om die kennis volledig te objectiveren, waardoor goede inkoop gedeeltelijk subjectief is. Anders gezegd: zorginkoop is zowel een kunst als een kunde.

In dit hoofdstuk volgt een samenvatting van de richting die de grote zorgverzekeraars inslaan bij het inkopen van zorg. Daarna worden een aantal huidige en nieuwe inkoopmodellen beschreven. Alle inkoopmodellen kennen voor- en nadelen. Een beter begrip van deze voor- en nadelen is voor zowel de ‘zorginkoper’ als de ‘zorgverkoper’ van belang om goede zorg in te kopen.

3.1 Zorginkoop 2017 en verder

Alle zorgverzekeraars hebben momenteel hun inkoopbeleid voor 2017 bekendgemaakt. Een onderlinge vergelijking van de vier grootste verzekeraars leert dat er veel overeenkomsten zijn in de doelstellingen. De beleidslijn die verzekeraars de afgelopen jaren hebben ingezet wordt gecontinueerd. De publieke doelen van de gezondheidszorg – betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit – komen veelvuldig in het inkoopbeleid terug, evenals veelgehoorde termen als: transparantie, patiëntervaringen, patiëntveiligheid en substitutie (bijvoorbeeld het vervangen van tweedelijns- door eerstelijns zorg). Daarnaast lijkt er in het inkoopbeleid voor 2017 meer aandacht te zijn voor het terugdringen van administratieve lasten voor zorgaanbieders, eenvoudiger contracten en betere keuzeinformatie voor klanten. In de manier waarop verzekeraars dat doen zitten wel verschillen: daar waar de een kiest voor continuering van beleid in bepaalde dossiers, kiest de andere voor meerjarige contracten.

Wat ook opvalt is dat, hoewel er ook hier verschillen zijn in de manier waarop het concreet wordt uitgewerkt, alle verzekeraars duidelijk kiezen voor een sterke

gerichtheid op de integrale benadering van zorg. Dat wil zeggen dat er minder wordt ingekocht op basis van zorgsectoren en meer op basis van aandoeningen, met de vraag van de klant als uitgangspunt. Door middel van zogeheten prestatie-inkoop selecteren verzekeraars 'koplopers', 'voorkeursaanbieders' of 'partners' die ze vervolgens per contract in staat stellen hun 'best practice' door te ontwikkelen, bijvoorbeeld door ze een vrij volume en/of een meerjarencontract te bieden. Er zijn geregeld overeenkomsten in de 'aandachtsgebieden', 'speerpunten' of 'modules' die ze kiezen en in de speciale aandacht die ze schenken aan onderwerpen, maar ook verschillen: daar waar sommigen kiezen voor bijvoorbeeld eerstelijns diagnostiek, dure geneesmiddelen en nierdialyse, focussen anderen zich meer op bijvoorbeeld dementie.

Alle verzekeraars baseren (meer of minder expliciet) hun inkoopbeleid op het idee dat ze daarmee 'waarde' voor de patiënt/cliënt toevoegen, waarmee ze de link leggen naar *value based healthcare* (VBHC, zie paragraaf: 3.1.3). Ook experimenteren ze al met meer innovatieve contractvormen waarmee zowel de aanbieder als de verzekeraar van besparingen profiteren (zogeheten *shared savings*). In de paragrafen 3.1.2 tot en met 3.1.4 worden enkele van deze nieuwe contractvormen besproken.

3.1.1 Budgettering

Een momenteel veel toegepaste contractvorm is budgetfinanciering. De meeste budgetcontracten bevatten prijs- en volumeafspraken (zogeheten p*q-contracten). In dat geval verdient een zorgaanbieder zijn budget met productie. Als de productie achterblijft, dan ontvangt hij niet het volledige budget. Produceert hij meer, dan zal hij niet meer dan het afgesproken budget ontvangen. Dit type contract bevat daarmee veelal een sterke prikkel om precies tot aan het budget te produceren. Wanneer de afgesproken volumes gemakkelijk zijn te halen, is er geen prikkel voor zorgaanbieders om onderling te concurreren.

Er zijn echter ook budgetcontracten zonder afspraken over prijs en volume. In dat geval dient een zorgaanbieder zorg te leveren aan een bepaalde groep burgers. Dergelijke contracten remmen overdiagnostiek en -behandeling. Ze voorzien zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen, tevens van een prikkel om te investeren in preventie en samenwerking met de eerste lijn. In Nederland werd dit type contract in 2012 gebruikt door sommige verzekeraars bij een aantal ziekenhuizen gebruikt. In de staat Maryland in de Verenigde Staten geldt deze contractvorm al enkele jaren voor alle ziekenhuizen. De eerste resultaten wijzen in de richting van een versnelde opbouw en uitbouw van de eerstelijnszorg.

Budgettering is met name geschikt om de kostengroei te beheersen. Als financieringsvorm krijgen budgetten echter veel slechte pers vanwege het gebrek aan prikkels om een optimale verhouding tussen kwaliteit, toegankelijkheid en prijs te leveren. De empirische onderbouwing van deze kritiek is echter zwak. Gezondheidseconomisch onderzoek laat zien dat budgetfinanciering de kosten van de zorg slechts tijdelijk beheerst. Dat is waarschijnlijk het gevolg van de starheid van deze contractvorm die moeilijk past bij snel veranderende zorgbehoeften of technologieën. Budgetten leiden daarom veelal tot wachlijsten waardoor de druk op het systeem toeneemt en budgetten veelal worden verruimd.

Budgettering en kwaliteit

Budgetafspraken prikkelen aanbieders niet om de kwaliteit van de zorg te verhogen. Die doen dat alleen vanuit een intrinsieke prikkel en omdat ze door de inspectie worden gecontroleerd. Ook ontbreekt er een prikkel voor klantvriendelijkheid, zoals bejegening.

Budgettering en toegankelijkheid

Budgetten leiden vaak tot een beperking van het volume en daarmee op den duur tot wachtlijsten en dus tot een afname van de toegankelijkheid. Daarnaast hebben budgetten geen prikkel in zich voor zaken als klantvriendelijke openingstijden, korte wachttijden en extra locaties.

Budgettering en betaalbaarheid

Budgetten blijken tot op heden de meest effectieve manier om betaalbaarheid te garanderen. Ze bevatten ook een sterke prikkel om tegen minimale kosten te produceren om zo de marge te vergroten. Eventuele productiviteitswinst wordt veelal niet doorgegeven aan de financier, maar dat is afhankelijk van de marktpositie van de zorgaanbieder en de kennis van de kostenstructuur van de zorginkoper.

3.1.2 Van betalen per verrichting naar ‘pay for performance’

Zogeheten Pay-for-Performance-contracten (P4P) behoren tot de eerste pogingen om zorgaanbieders met financiële prikkels te stimuleren de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Dit type contract biedt de zorgaanbieder een bonus als hij aan een bepaalde kwaliteitsindicator (of een reeks indicatoren) voldoet. Het succes van een P4P-contract is sterk afhankelijk van de hoogte van de bonus en de gepastheid van de gekozen kwaliteitsindicator(en).¹

P4P en kwaliteit

P4P-contracten zijn meestal bedoeld om de kwaliteit van zorg te stimuleren. Helaas zijn ze vaak gebaseerd op enkele indicatoren en zijn dat meestal procesindicatoren. Dat betekent dat slechts een klein deel van de totale kwaliteit wordt gemeten en beloond. Onderzoek toont aan dat het overige deel van de kwaliteit geen baat heeft bij een P4P-contract en soms zelfs als gevolg van zo’n contract afneemt. Men spreekt in dat verband wel van een multitaskingprobleem (zie paragraaf 4.5.2). Het succes van P4P-contracten staat of valt met een goede en volledige meting van de geboden kwaliteit. Zoals de Rekenkamer en de Methodologische Adviesraad (MEX) van het Kwaliteitsinstituut vaststelden schiet de inzichtelijkheid in de kwaliteit van zorg voor veel behandelingen tekort en is de kans op succesvolle P4P-contracten daardoor klein.

P4P en toegankelijkheid

Het effect van P4P-contracten op de toegankelijkheid van zorg hangt af van de maat die wordt gekozen om de kwaliteit mee te meten. Uitkomstmaten bijvoorbeeld, waarin onvoldoende rekening gehouden wordt met verschillen in gezondheid tussen patiënten(groepen), nodigen uit tot selectie van gezonde patiënten. Dat gaat ten koste

¹ Rosenthal, M.B. en Frank, R.G., ‘What is the empirical basis for paying for quality in health care?’ *Med Care Res Rev*, 2006, jrg. 63 (2): p. 135-157.

van de toegankelijkheid voor kwetsbare patiënten en patiënten met een hoog gezondheidsrisico.

P4P en betaalbaarheid

De gevolgen van P4P-contracten voor de betaalbaarheid van de zorg hangen af van de prikkels in het contract. Wanneer de verzekeraar betaalt per behandelde patiënt, dan is het voor aanbieders aantrekkelijk om te blijven produceren tot het punt waarop de meerkosten van de behandeling van de laatste patiënt hoger zijn dan de meeropbrengsten.

3.1.3 Value-Based Healthcare

De achterliggende gedachte van value-based healthcare (VBHC) is dat de waarde van de zorg bepaald wordt door de patiënt. De waarde van de zorg neemt toe als zorgmanagers, artsen, verpleegkundigen en andere (para)medische behandelaars al hun (behandel)keuzes maken op basis van (patiënt)uitkomsten en kosten over de totale keten. De waarde van zorg wordt daarbij gedefinieerd als 'de voor de patiënt relevante zorguitkomsten per uitgegeven euro.'² Daarmee komt dit thema dicht bij het concept gepaste zorg, dat beschreven wordt in de Talma Zorgprogramma-uitgave 'Samen kiezen voor gepaste zorg.'

Vele verzekeraars ontwikkelen VBHC-inkoopmodellen. Dit sluit aan bij een ontwikkeling die de kwaliteitsmeting doormaakt. Eerst werd de kwaliteit van de organisatorische voorwaarden (structuurindicatoren) en het verloop van zorgprocessen (procesindicatoren) gemeten. De afgelopen jaren ligt de nadruk op de daadwerkelijke effecten van zorg (uitkomstindicatoren), en recentelijk op de waarde die patiënten toekennen aan die uitkomsten en ervaringen (figuur 1).

Figuur 1: Ontwikkeling van kwaliteitsmeting



Een belangrijke bijdrage in het meten van waarde wordt geleverd door twee instrumenten:

- Patient Reported Outcome Measures (PROMs);
- Patient Reported Experience Measures (PREMs).

Zowel de PROMs als de PREMs wegen de domeinscores voor uitkomsten en ervaringen veelal met het belang dat patiënten aan deze domeinen toekennen. Een voorbeeld van een PROM is een kwaliteit-van-leven meetinstrument zoals de EQ-6D, en een voorbeeld van een PREM is de CQ-index.

² Porter, M.E., 'What is value in health care?' *New England Journal of Medicine*, 2010; jrg. 363 (26), p. 2477-2481.

Een voorbeeld van VBHC in Nederland komt van de afdeling Cardiologie van het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven en zorgverzekeraar CZ, die eind vorig jaar een meerjarig prestatiecontract sloten. Dit contract heeft verbetering van de kwaliteit van de cardiologische zorg als uitgangspunt. Als het ziekenhuis erin slaagt het aantal wondinfecties, heroperaties of sterfgevallen te verminderen, dan krijgt het extra betaald. Als de kwaliteit afneemt, dan moet het ziekenhuis een bedrag terugbetalen. Begin 2016 won dit initiatief de Value Based Healthcare Prize 2016.

VBHC en kwaliteit

Het succes van VBHC leunt sterk op de validiteit en de betrouwbaarheid van kwaliteitsmaten zoals PROMs en PREMs. Die worden op dit moment niet geschikt bevonden voor VBHC en de manier waarop ze worden ontwikkeld maakt dat waarschijnlijk niet in de nabije toekomst mogelijk.³ Terugvallen op uitkomstindicatoren is lastig, omdat die in Nederland minder dan in sommige andere landen worden gemeten en/of openbaar gemaakt. De mate waarin VBHC kwaliteit stimuleert, hangt bovendien af van de invulling van het VBHC-contract. Kwaliteit belonen kan leiden tot wezenlijke meerkosten om die kwaliteit te leveren, waardoor het contract mogelijk onvoldoende financiële prikkels biedt om kwaliteit te leveren.

VBHC en toegankelijkheid

De gevolgen die VBHC heeft voor de toegankelijkheid van de zorg hangen af van de manier waarop waarde wordt gemeten. Gebeurt dat niet-representatief, incompleet of anderszins niet-valide, dan leidt dat al snel tot prikkels om bepaalde groepen patiënten wel en andere niet te behandelen. In veel gevallen is het budgetdeel dominant in het VBHC-contract. Hierdoor zijn de hierboven genoemde voor- en nadelen van budgettering ook relevant voor VBHC-contracten.

VBHC en betaalbaarheid

VBHC-contracten bevatten in de praktijk vaak een dominante budgetcomponent en een kleine variabele waardecomponent. Budgettering is een effectieve manier om de kosten te beheersen. De risico's voor de betaalbaarheid nemen toe naarmate het variabele deel een groter deel uitmaakt van het gehele contract.

3.1.4 Shared savings

In een shared savings-model deelt de verzekeraar de opbrengsten van besparingen en kwaliteitsverbetering met de zorgaanbieder, zoals een ziekenhuis. Binnen ziekenhuizen worden de besparingen soms gedeeld met de daar praktiserende artsen. In dat geval wordt gesproken van een gains sharing-model. Met beide modellen is in de Amerikaanse praktijk ruime ervaring opgedaan. Vaak blijkt dat de zorg beter wordt als de financiële prikkels om goede zorg te leveren voor alle betrokken partijen goed zijn. Deze gezamenlijke benadering van kwaliteit en financiële verantwoordelijkheid stimuleert het maken van (medische en beleidsmatige) keuzes op basis van waarde. Een shared savings-model kan daarom in de praktijk goed worden gecombineerd met VBHC.

³ Consensus wetenschappelijke methodologische expertraad (MEX) van het Kwaliteitsinstituut, januari 2016.

Een goed voorbeeld van shared savings in Nederland zijn de contractafspraken die drie gezondheidscentra van Arts en Zorg in Enschede recentelijk maakten met verzekeraar Menzis. Het doel van de afspraken is kosten te besparen door zorg die voorheen in het ziekenhuis werd verleend meer in de gezondheidscentra onder te brengen. Een deel van het bespaarde geld blijft bij Menzis en kan via de premie worden teruggegeven aan de klanten. Een ander deel van de besparing gaat naar Arts en Zorg. Die kan de middelen investeren in de verbetering van de kwaliteit van zorg in de Enschedese gezondheidscentra. De besparing wordt dus gedeeld en komt via twee wegen terug naar de patiënt: in de vorm van betere zorg en een lagere premie.

De kwaliteit en de patiënttevredenheid worden gemonitord en moeten ten minste gelijk blijven en bij voorkeur beter worden, anders wordt de gerealiseerde besparing niet of slechts gedeeltelijk door Menzis aan Arts en Zorg uitgekeerd. Eind 2016 wordt het eerste jaar van deze pilot geëvalueerd en eind 2017 het tweede jaar. Dan zal moeten blijken of en hoeveel er is bespaard.

Dit type contract is met name aantrekkelijk wanneer doelmatiger zorg wel mogelijk is maar niet wordt geleverd, bijvoorbeeld omdat dit niet in het belang is van een zorgaanbieder met een sterke marktpositie.

Shared savings en kwaliteit

Kwaliteit is - net als bij andere contractvormen - vaak in beperkte mate onderdeel van dit type contract. In veel gevallen wordt een deel van de kwaliteit van zorg gemonitord en is het de bedoeling om ten minste gelijke kwaliteit van zorg te blijven leveren. Vanwege de beperkte meetbaarheid van kwaliteit is deze contractvorm voor de kwaliteit van zorg niet zonder risico.

Shared savings en toegankelijkheid

Aangezien de besparing vaak bestaat uit een herziening van het volume aan diagnostiek en behandeling, ligt het voor de hand om te verwachten dat de toegankelijkheid van de zorg bij shared savings-contracten wordt beperkt. In de praktijk kan een zorgaanbieder dat voorkomen door minder te diagnosticeren en minder zorg te indiceren, waardoor de vraag gedeeltelijk lijkt te verdampen. Hierdoor ontstaat het risico dat noodzakelijke zorg niet wordt verleend.

Shared savings en betaalbaarheid

Een shared savings-contract kan zowel voor de zorgaanbieder als de verzekeraar aantrekkelijk zijn. De besparingen mogen dan niet leiden tot extra of duurdere zorg elders. Zorgverzekeraars zullen hier waarschijnlijk veel aandacht aan besteden.

Als de verzekeraar uiteindelijk minder kosten maakt, dan kan de premie naar beneden en verbetert de betaalbaarheid.

Er bestaat echter een risico dat de zorgaanbieder de afname aan zorg bij de ene zorgverzekeraar compenseert met extra zorg bij de overige zorgverzekeraars, of bij andere financiers, zoals de zorgkantoren en de gemeenten. Dergelijke zorg wordt veelal opvulzorg genoemd. Ook kan een shared savings-contract de huidige moraliteit uithollen waardoor innovaties die thans zonder meerkosten worden doorgevoerd in de toekomst alleen op basis van een shared-savings contract worden doorgevoerd.

Hierdoor kan het effect van shared savings-contracten op de betaalbaarheid van de zorg als geheel tegenvallen.

4. Overwegingen bij de keuze van een inkoopmodel

In het vorige hoofdstuk wordt een aantal populaire inkoopmodellen beschreven. Hieruit blijkt dat elk inkoopmodel een andere invloed heeft op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. De casus van Masja Schakenbos maakt duidelijk dat die invloed grote gevolgen heeft voor het gedrag van zorgaanbieders.

De keuze voor een inkoopmodel is voorliggend aan, en daarmee van grote invloed op, het verloop van het jaarlijkse contracteringsproces tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Om een goede keuze te maken voor een inkoopmodel zijn er veel factoren van invloed. In dit hoofdstuk worden, gebaseerd op de wetenschappelijke literatuur, een aantal van die factoren beschreven.

Bij het afsluiten van een contract tussen verzekeraar en aanbieder spelen vele factoren mee. In deze paragraaf worden twee van deze factoren geadresseerd: concurrentie en de beheersing van gedragsrisico's.

1. Wordt aan de voorwaarden voor succesvolle concurrentie tussen zorgaanbieders voldaan?

Zou het antwoord op deze vraag volmondig ‘ja’ zijn, dan is zorg inkopen vergelijkbaar met het inkopen van allerlei producten op andere markten. Goede zorginkoop zou dan leiden tot optimale kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. In de zorg is het antwoord op deze vraag echter meestal ‘nee’. In paragraaf 4.3 worden enkele voorwaarden voor succesvolle concurrentie beschreven. Ontbreekt het aan dergelijke voorwaarden, dan ligt het voor de hand om een inkoopmodel te kiezen dat dit gebrek zoveel mogelijk compenseert of neutraliseert.

Daarnaast is het de vraag, indien niet wordt voldaan aan essentiële voorwaarden voor concurrentie, of het creëren van concurrentie tussen zorgaanbieders de beste manier is om aan de publieke doelen te optimaliseren. Een hiërarchische aansturing van de zorgaanbieder ligt dan meer voor de hand. Een zorgverzekeraar kan met zijn inkoopbeleid de markt ordenen zodat marktwerking plaatsvindt daar waar die goed werkt, en een hiërarchische aansturing wordt gestimuleerd daar waar die het beste werkt.

Neem bijvoorbeeld huisartsen. Zij hebben een sterke marktpositie en zorgverzekeraars zijn daardoor niet in staat om huisartsenzorg op een doelmatige manier in te kopen. In dat geval is het aantrekkelijk om huisartsen in groepsverband te contracteren, bijvoorbeeld als medewerkers van een gezondheidscentrum. Binnen het gezondheidscentrum kan een huisarts hiërarchisch worden aangestuurd en de onderhandelingspositie van een gezondheidscentrum is zwakker dan die van een individuele huisarts, waardoor een zorgverzekeraar beter kan onderhandelen met gezondheidscentra.

In de praktijk zijn er meer mogelijkheden voor concurrentie en hiërarchie dan alleen te wisselen van organisatieniveau. Paragraaf 4.4 bevat een meer gedetailleerde beschrijving van de keuze tussen concurrentie of hiërarchie.

Zorginkopers zijn in Nederland behalve inkopers meestal ook verzekeraars. Slechts een kleine minderheid van de zorg wordt ingekocht door niet-verzekeraars, zoals door inkooporganisatie Multizorg. Dat heeft invloed op de keuze voor een inkoopmodel. Een zorginkoper kan volstaan met een goede verhouding tussen prijs en kwaliteit, maar een zorgverzekeraar moet ook financiële risico's beheersen.

Een zorgverzekeraar heeft daarbij te maken met twee typen risico: gezondheidsrisico's en gedragsrisico's. Het poolen van de gezondheidsrisico's van de verzekerde populatie is de bestaansreden van een zorgverzekeraar. Het ligt voor de hand dat verzekeraars bij het sluiten van contracten de gevolgen van de gezondheidsrisico's zoveel mogelijk afdekken: zie paragraaf 4.6.

Voor een zorgverzekeraar vormen gedragsveranderingen van zowel de patiënt als de zorgaanbieder een groter risico dan de gezondheidsrisico's. Die risico's zijn het onderwerp van paragraaf 4.7. Patiënten zijn vooral gevoelig voor het beleid van de nationale overheid, bijvoorbeeld als het gaat om het eigen risico. Het gedrag van zorgaanbieders verandert vooral sterk als gevolg van een contractwijziging. Een zorgverzekeraar stelt zichzelf daarom regelmatig de vraag:

2. Hoe kunnen risico's beheerst worden?

Een mogelijk antwoord op die vraag is een inkoopmodel waarin de risico's worden gedeeld met een zorgaanbieder. Dat kan aantrekkelijk zijn voor een zorgverzekeraar. De zorgaanbieder is weliswaar lang niet zo groot als de zorgverzekeraar en kan gezondheidsrisico's daarom minder goed poolen, maar hij heeft wel veel meer mogelijkheden om de risico van uitgavenschommelingen te beheersen.

4.1 Denken in product-marktcombinaties als grondslag voor zorginkoop

Van inkoopmodellen gaan sterk uiteenlopende prikkels uit en ze hebben daardoor verschillende gevolgen. De keuze voor een bepaald inkoopmodel zal daarom afhankelijk zijn van de zorg die wordt ingekocht. In de praktijk gaat het daarbij zowel om het product als om de markt waarop dat product wordt geleverd, tezamen de zogeheten product-marktcombinaties. Zo kunnen zwangerschapsecho's als productgroep sterk vergelijkbaar zijn, maar bevindt een termijnecho (basispakket) zich in een wezenlijk andere markt dan een pretecho (niet in basispakket).

De zorgmarkt bestaat zowel uit (zorg)aanbieders als vragers (patiënten). Om een beeld van de markt te krijgen, kun je jezelf de volgende vragen stellen: Is de vraag even groot als het aanbod of juist groter dan wel kleiner? Zijn de prijzen (internationaal gezien) laag of hoog? Hoe zit het met de kwaliteit van zorg? Wordt de zorg geleverd in overeenstemming met (internationale) richtlijnen en standaarden? Is de zorg toegankelijk voor alle verzekerden (of zijn er reisafstanden, financiële barrières, culturele verschillen en beperkte openingstijden)? Zijn er goederen die veelal samen

worden geconsumeerd of juist goede vervangende goederen? Wat is de groeiverwachting?

Ook de kosten van de zorg zijn voor de inkoop van belang. Hoe hangen de vaste kosten en de marginale kosten samen met de geleverde hoeveelheid zorg? Produceren zorgaanbieders boven of onder de meest kostenefficiënte schaalgrootte? Is er sprake van een natuurlijk monopolie van een aanbieder, bijvoorbeeld als gevolg van schaalvoordelen? Is het voor aanbieders financieel aantrekkelijk om verschillende producten gezamenlijk te produceren of juist niet? Zijn er barrières voor nieuwe zorgaanbieders om de markt te betreden? Is er overaanbod of overcapaciteit op de markt? Wat is de machtspositie van de zorgaanbieder op de markt voor arbeid, verbruiks- en kapitaalgoederen? Onder welke voorwaarden kan de zorgaanbieder arbeid, verbruik en kapitaal tegen gunstiger voorwaarden inkopen?

De antwoorden op al deze vragen helpen de gevolgen van een inkoopmodel te voorspellen. Gerelateerd aan de casus uit het begin: bestaat er op de markt voor GGZ-behandelingen een grote latente zorgvraag, is er tegelijkertijd een overaanbod aan GGZ-psychologen, waardoor velen van hen bereid zijn om voor 75 procent van de prijs te werken en de toetredingsbarrières dus gering zijn, dan zal het zogeheten hinderpaalcriterium (niet-gecontracteerde zorgaanbieders ontvangen 75 procent van het vastgestelde tarief) de beheersing van de zorgkosten in de weg staan. Datzelfde criterium is in andere product-marktcombinaties misschien geen hinderpaal voor de betaalbaarheid van de zorg.

Een product is ‘elk materieel of immaterieel goed, dienst of idee dat het resultaat is van een proces en bedoeld is voor levering aan een klant of eindgebruiker.’ In de praktijk wordt eenzelfde ‘product’ (bijvoorbeeld een herniaoperatie) in de zorg vaak geleverd op verschillende markten (zoals bij het OLVG in Amsterdam en Isala in Zwolle). Doordat het OLVG in een gebied zit met veel andere ziekenhuizen en het Isala niet, hebben de beide ziekenhuizen een andere (onderhandelings)positie ten opzichte van zorgverzekeraars, waardoor sprake is van een andere markt.

Tegelijkertijd worden er op dezelfde markt (bijvoorbeeld binnen één ziekenhuis) vaak meerdere ‘producten’ geleverd (bijvoorbeeld herniaoperaties en knieoperaties). De combinatie van product en markt is daarmee van belang voor het inkopen van zorg. Zo kunnen generieke medicijnen zowel aan patiënten als aan ziekenhuizen worden verkocht. In het geval van patiënten beschikt de verkoper van de medicijnen over meer kennis dan de patiënt, die hij kan gebruiken om extra marge te maken. Dat wordt veel lastiger wanneer de koper geen patiënt maar een ziekenhuis is. In het eerste geval moet een verzekeraar nadenken over de randvoorwaarden die nodig zijn om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden.

4.2 Voorwaarden voor goede marktwerking en gevolgen voor zorginkoop

Om succesvolle marktwerking mogelijk te maken, moet een markt aan enkele voorwaarden voldoen. Een van de belangrijkste is een groot genoeg aantal kopers en verkopers. Aan de ene kant moeten er voldoende aanbieders zijn die erin geloven dat het rendabel is om het goed aan te bieden, aan de andere kant moet er een sterke vraag

(of behoefte) van patiënten zijn om het goed te kopen. In de ‘zorgmarkt’ wordt aan deze voorwaarde meestal niet voldaan. De behandeling van een zeldzame ziekte genereert waarschijnlijk niet voldoende vraag, waardoor concurrentie in de markt zich niet zal ontwikkelen.

Om te zorgen voor voldoende aanbieders die zorg leveren, is een tweede voorwaarde dat (nieuwe) aanbieders de markt gemakkelijk moeten kunnen betreden en verlaten. In de zorgmarkt bestaan echter allerlei barrières die effectieve concurrentie belemmeren. Zo is het meestal geen reële optie om een nieuw ziekenhuis te bouwen om de concurrentie met bestaande ziekenhuizen aan te gaan.

Een derde voorwaarde voor marktwerking is dat de markt de prijs van het goed bepaalt en dat individuele aanbieders er geen invloed op kunnen uitoefenen. Met andere woorden: aanbieders mogen niet zo groot zijn, of zo veel marktmacht hebben, dat ze de prijs kunnen beïnvloeden. In de zorgmarkt wordt ook aan deze voorwaarde niet voldaan. Menig ziekenhuis is een regionaal monopolist voor een deel van de zorg die het aanbiedt. Huisartsen beschikken over zeer loyale klanten en waardoor zorgverzekeraars weten dat ze vele verzekerden zullen kwijtraken wanneer ze bepaalde huisartsen niet verzekeren.

Behalve deze drie voorwaarden voor marktwerking zijn er nog vele andere waar op de zorgmarkt niet aan wordt voldaan. Om die reden reguleren overheden en andere instituties de zorgmarkt. Ook in de Nederlandse zorg is geen sprake van een vrije markt, maar van ‘gereguleerde concurrentie.’

Binnen deze markt met gereguleerde concurrentie heeft de marktpositie van een zorgaanbieder veel invloed op de doelmatigheid van de zorginkoop. Als er vele aanbieders zijn die de markt kunnen bedienen, dan zal de concurrentie hevig zijn. Die concurrentie dwingt zorgaanbieders om op een kosteneffectieve manier zorg te produceren om die vervolgens met een lage marge te verkopen. Zelfs als er weinig aanbieders zijn, maar er geen drempel is om tot de markt toe te treden of die te verlaten, dan zal de druk van mogelijke nieuwe zorgaanbieders leiden tot een goede prijs-kwaliteitverhouding. Ook de beschikbaarheid van substituten die als alternatief kunnen worden geconsumeerd, kan de prijs-kwaliteitverhouding positief beïnvloeden.

Een eenvoudige indicatie van de marktpositie van een zorgaanbieder is de prijs. Zijn de prijzen hoog ten opzichte van vergelijkbare producten in andere sectoren, andere landen of andere markten, dan is de positie van de zorgaanbieder meestal sterk. Volume is in sommige gevallen ook een bruikbare indicatie, zeker wanneer sprake is van ongewenste praktijkvariatie. Zie hiervoor ook de Talma Zorgprogramma-uitgave ‘Samen kiezen voor gepaste zorg.’

Behalve de marktpositie van aanbieders is de transparantie van de kwaliteit van de zorg en van de geboden toegankelijkheid van belang om de publieke doelen van de zorg te bereiken. Zonder kwaliteitsinformatie zullen zorgverzekeraars zich genooddaakt zien om onderling op prijs en toegankelijkheid te concurreren, maar niet op kwaliteit. Dat zal zich vertalen in zorginkoop die eveneens is gericht op kosten en toegankelijkheid.

Voor toegankelijkheid geldt iets soortgelijks. Toegankelijkheid is deels transparant omdat bij de verkoop van een verzekeringspolis duidelijk moet zijn welke zorgaanbieders zijn gecontracteerd. Vaak is echter onduidelijk of alle behandelingen zijn gecontracteerd en of ze in voldoende mate zijn gecontracteerd. Als gevolg van dat gebrek aan transparantie is de kans groot dat klanten minder aandacht schenken aan toegankelijkheid wanneer ze een polis kiezen. Daardoor zal een verzekeraar die zorg inkoopt waarschijnlijk eveneens minder aandacht schenken aan weinig transparante elementen van de zorg.

Het is echter zeker niet vanzelfsprekend dat de maatschappij meer baat heeft bij grotere concurrentie op prijs en kwaliteit. Een zorginkoper met grote marktmacht kan beslissen om minder zorg van suboptimale kwaliteit in te kopen om de kosten te drukken. Zeker wanneer de concurrentie tussen zorgverzekeraars groot is en de transparantie van kwaliteit en toegankelijkheid laag, is dat een potentieel risico. Wanneer zorgverzekeraars fel met elkaar moeten concurreren op de prijs, de kwaliteit en de toegankelijkheid van hun polis leidt een onevenwichtig sterke marktpositie op de zorginkoopmarkt waarschijnlijk niet tot onwenselijke maatschappelijke uitkomsten.⁴

4.3 De keuze tussen hiërarchie, markt of netwerk

De wetenschap onderscheidt drie vormen van zogeheten *governance* of sturing: hiërarchie, markt, en netwerk. (Zie voor meer informatie over *governance* de Talma thema-uitgave 'Geïntegreerde zorg'.) In een hiërarchie wordt een groep op autoritaire wijze aangestuurd door een zogeheten sturende agent. Die zegt wat hij nodig heeft en de enige respons van de groep is dat hij die taak uitvoert. Een markt wordt daarentegen gekarakteriseerd door meerdere leiders die samen bepalen welke doelen er moeten worden behaald. Het is aan de groep om de meest gepaste techniek (de meest efficiënte, met de beste kwaliteit) te vinden om dit doel te behalen. In een netwerk bereiken diverse sturende agenten met een gezamenlijk belang gezamenlijk een gemeenschappelijk doel. Voorbeelden van dergelijke netwerken komen veel voor bij non-profit projecten. In een complexe situatie blijken partijen tot de meest gepaste oplossing te komen in een netwerkvorm mét onderhandelingen.^{5,6}

Een privaat ziekenhuis kan op een autoritaire wijze gerund worden wanneer alleen de top besluiten neemt en alle ondergeschikte afdelingen alleen maar taken uitvoeren. Maar het is ook mogelijk om een ziekenhuis via (verschillende vormen van) publiek-private samenwerking (netwerk) te besturen. Een overheid kan ervoor kiezen streng toe te zien op de besluitvorming, maar de uitvoering van taken uit te besteden en zo het recht te behouden de prestaties te controleren (gereguleerde concurrentie).

Gepast gebruik van governancevormen kan worden geformuleerd in termen van:

1. de complexiteit van een maatschappelijk probleem, en

⁴ KPMG Plexus in opdracht van VWS. *Eindrapportage Evaluatie Zorgverzekeringswet*. September 2014.

⁵ Hupe, P. en Hill, M., 'Street-level bureaucracy and public accountability.' *Public Administration*, 2007, jrg 85(2): p. 279-299.

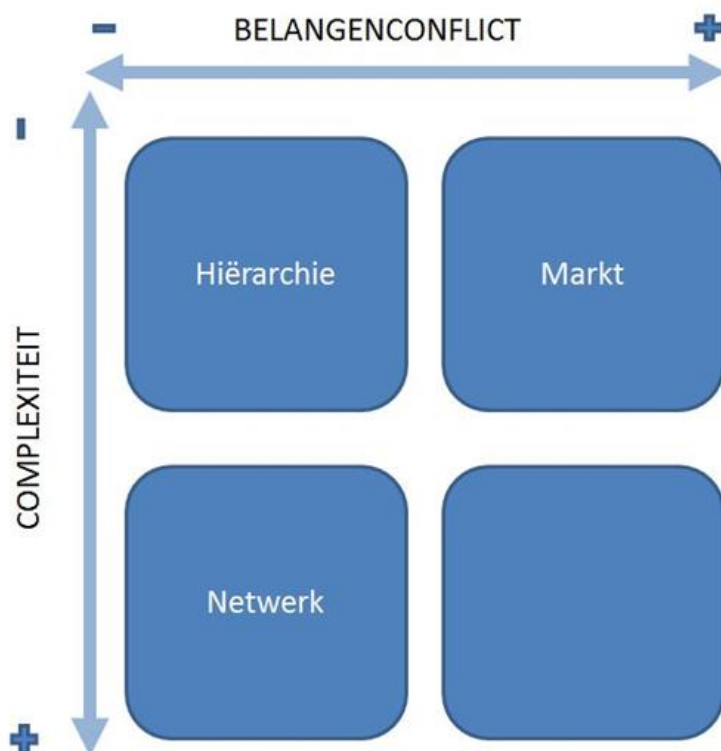
⁶ Lindblom, C., *Politics and markets: the world's political economic systems*. 1977: Basic Books.

2. de hoeveelheid belangenconflicten rondom dat probleem.⁷

Goederen worden in dat geval ingedeeld in hoog of laag complex en (de aanwezigheid van) hoge of lage belangenconflicten (zie figuur 2 hieronder). Bijvoorbeeld: een hiërarchie is een gepaste governancevorm om een bepaald goed met lage complexiteit en met lage belangenconflicten te leveren, zoals het vaccineren van kinderen, als er brede consensus bestaat over de voordelen van vaccinatie en er beperkte belangenconflicten rondom de levering van de vaccins bestaan.

De meeste interventies binnen de gezondheidszorg vallen binnen een van de overige drie categorieën uit figuur 2. Zo is de complexiteit binnen de eerstelijnszorg relatief laag, maar er bestaan grote belangenconflicten tussen financiers en aanbieders van zorg (lage complexiteit, hoge belangenconflicten). In een dergelijke situatie is de markt de meest geschikte governancevorm. Voor andere zorgvormen met een andere verhouding tussen complexiteit en belangenconflicten blijkt een andere structuur vaak meer geschikt.

Een zorgverzekeraar kan zich bijvoorbeeld, afhankelijk van de complexiteit en de mate waarin belangen conflicteren en met als doel zorg met hogere maatschappelijke waarde te leveren, bij de inkoop van zorg meer hiërarchisch opstellen, zich meer opstellen als partij in een netwerk of juist de markt zijn werk laten doen. Dat kan het verschil maken tussen wel contracteren (hiërarchische vorm) en niet contracteren.



Figuur 2: Complexiteit versus belangenconflict

⁷ Bannink, D., 'Het managen van activering: een dubbele uitdaging.' In *Bouwplaats lokale verzorgingsstaat*, G.V.H. Bosselaar (red.). 2013, Den Haag: Boom Juridische uitgevers.

4.4 Inkopen op kwaliteit

Een optimaal contract tussen verzekeraar en aanbieders stimuleert aanbieders om zorg van hoge kwaliteit te leveren en deze constant te blijven verbeteren. In veel contracten lijkt kwaliteit een belangrijke rol te krijgen, maar in de praktijk vallen de bereikte resultaten vaak tegen. Vaak komt dat doordat de verkeerde aspecten van kwaliteit worden gemeten. Als kwaliteit wel goed wordt gemeten, dan kan openbare publicatie van kwaliteitsinformatie in bepaalde gevallen een redelijke invloed hebben op behandelkeuzes van zorgaanbieders. Uit onderzoek blijkt echter dat patiënten deze informatie bijna nooit gebruiken wanneer ze een keuze tussen zorgaanbieders maken. In een overzicht van dergelijke studies wordt dan ook geconcludeerd dat er 'geen of slechts zwakke evidentie is dat openbare publicatie van kwaliteitsinformatie de selectie van zorgaanbieders door patiënten beïnvloedt.'⁸

4.4.1 Meetbaarheid van kwaliteit

De kwaliteit van de geleverde zorg is voor sommige delen van de zorg beter transparant te maken dan voor andere. Is de kwaliteit goed te observeren, dan kan die ook worden omschreven in contracten. Wanneer de kwaliteit niet goed kan worden geobserveerd of verhoudingsgewijs veel geld kost, dan neemt het risico toe dat er lage kwaliteit wordt geleverd. In theorie kan een zogeheten *race to the bottom* ontstaan wanneer het geld kost om kwaliteit te leveren. Die kan zich uiten in weigering of te snelle doorverwijzing van complexe (lees: dure) patiënten of het onthouden van dure behandelopties aan patiënten.

De mate waarin dit probleem zich voordoet hangt samen met het morele gehalte van de zorgaanbieder. Wanneer zorgaanbieders fel moeten concurreren, is er voor moreel handelen geen ruimte meer, zoals in het geval van gezondheidspsychologe Masja Schakenbos. Moreel handelen kost namelijk geld en leidt in een sterk concurrerende markt zonder kwaliteitsinformatie al snel tot faillissement. Ook is uit onderzoek bekend dat de neiging om moreel te handelen afneemt naarmate financiële prikkels een grotere rol spelen.

Ook wanneer de kwaliteit niet meetbaar is, maar wel bekend is bij de aanbieder, kunnen contracten worden ontworpen die gebruikmaken van die kennis. De bekendste contractvorm is een 'menu of contracts' waaruit zorgaanbieders zelf een keuze kunnen maken. De mogelijkheden worden zo ontworpen dat het voor hen aantrekkelijk is om aan de hand van bepaalde, voor de inkoper niet-observeerbare karakteristieken een bepaalde contractvorm te kiezen. Met zijn keuze laat de zorgaanbieder zijn eigen niet-observeerbare karakteristieken zien. Zo is het mogelijk om contractvormen op te stellen die alleen aantrekkelijk zijn voor zorgaanbieders die zorg van hoge kwaliteit leveren.

⁸ Totten et al. 'Closing the quality gap: revisiting the state of the science' (vol. 5: public reporting as a quality improvement strategy). *Evid Rep Technol Assess*, 2012, jrg. 208 (5), p. 1-645.

4.4.2 Perverse effecten van pay for performance

Het uitbetalen van werknemers op basis van een vergoeding voor elke uitgevoerde taak (het equivalent van een betaling per verrichting in de zorg) stimuleert overproductie en leidt tot een afname van de kwaliteit. Vandaar dat het leveren van prestaties en kwaliteit werd gestimuleerd door bonussen in te stellen, met P4P-contracten als resultaat. Diverse studies laten zien dat de gemeten kwaliteit van het werk in dat geval over het algemeen verbetert, maar ook dat kwaliteitsaspecten die niet worden gemeten verslechteren omdat de aandacht vooral uitgaat naar de gemeten aspecten. Dat effect wordt wel het ‘multitaskingmodel’ genoemd.⁹

Een inzichtelijk voorbeeld komt uit het onderwijs. Prestaties van docenten worden vaak verbonden aan goede scores van leerlingen op gestandaardiseerde toetsen. Docenten richten zich in lessen vervolgens voornamelijk op onderdelen waarvan ze verwachten dat die in toetsen terugkomen. Daardoor verwaarlozen ze andere onderdelen en worden scholieren beperkt in het opdoen van algemene kennis.¹⁰

4.5 Verzekeraar en aanbieder delen gezondheidsrisico's

Zorgkosten verschillen sterk tussen burgers. De 1 procent duurste patiënten in de curatieve zorg veroorzaakt op jaarbasis 30 procent van de totale kosten. Het gaat om €57.000,- per patiënt, terwijl de gemiddelde zorgkosten voor bijna alle andere burgers €1300,- per jaar bedragen. Het merendeel van die kosten is onvoorspelbaar. Een deel van de kosten is wel voorspelbaar en kan sterk verschillen tussen regio's of zorgaanbieders. Het is daarom vanzelfsprekend om risico's te poolen. Gaat het daarbij om grote groepen, dan worden de risico's beheersbaar.

Zorgaanbieders hebben niet dezelfde schaalgrootte als zorgverzekeraars en zijn bovendien gevoeliger voor hoge risico's. Ze zijn daarom minder geschikt om gezondheidsrisico's te dragen dan verzekeraars. Toch kan het voor een verzekeraar aantrekkelijk zijn om de risico's met zorgaanbieders te delen (bijvoorbeeld in een shared savings-contract). Zorgaanbieders hebben immers meer invloed op de kosten. Zij kunnen die beheersen door efficiënt te werken, niet onnodig te indiceren, goed te indiceren, niet onnodig te behandelen en behandelingen goed uit te voeren. Een contract waarin de risico's worden gedeeld, kan daardoor een gunstig effect hebben op de prijs-kwaliteitsverhouding van de zorgproductie. Risico's delen kan daarom zorgen voor een gewenste prikkel voor zorgaanbieders.

Figuur 3 laat zien hoe de gezondheidsrisico's voor zorgaanbieders tussen de verschillende inkoopmodellen toenemen.

⁹ Holmstrom, B. en Milgrom, P., 'Multitask Principal-Agent Analyses: Incentive Contracts, Asset Ownership, and Job Design.' *Journal of Law, Economics, & Organization*, 1991, jrg. 7, p. 24-52.

¹⁰ Shavelson et al., *EPI Briefing Paper: Problems with the use of student test scores to evaluate teachers*. 2010.



Figuur 3: Verplaatsing van risico's binnen het financieringssysteem.

Een risicodelingscontract kan ook perverse prikkels bevatten, namelijk wanneer de kwaliteit en de toegankelijkheid niet voldoende transparant zijn. Zo is in de Verenigde Staten aangetoond dat zorgaanbieders kunnen overgaan tot risicoselectie en het leveren van suboptimale kwaliteit.¹¹ De risico's op dergelijk gedrag zullen samenhangen met de kosten van de productie, waaronder de kosten die moeten worden gemaakt om hoge kwaliteit te leveren, de kosten van het produceren van extra volume, de kostenvariatie tussen gezonde en ongezonde mensen, de mogelijkheden om goede risico's vooraf te identificeren en de mogelijkheden om slechte risico's door te verwijzen of van behandeling uit te sluiten.

4.6 Beheersing van de risico's van het gedrag van aanbieders en verzekerden

Voor een verzekeraar/zorginkoper bevat elk contract een groot risico op ongewenst gedrag. Een verzekering die alle zorgkosten dekt lokt onnodige zorgconsumptie uit.¹² Een contract met een open einde (zonder budget) en op basis van betaling per verrichting leidt ertoe dat aanbieders extra zorg gaan verlenen. Zo ligt het optimale percentage keizersneden tussen de 10 en 15 procent, maar is dat percentage in sommige landen gestegen tot boven de 50.

Financiële prikkels in contracten kunnen dus grote gevolgen hebben voor de totale kosten (schadelast). Tegelijkertijd is bekend dat vaste budgetten en salarissen kunnen leiden tot onderaanbod van zorg. Zorgaanbieders leveren in dat geval minder zorg dan de medische richtlijn aangeeft. In 2012 introduceerden vele zorgverzekeraars in Nederland budgetten in de contractering van ziekenhuizen. In dat jaar werd voor het eerst in decennia een daling van het volume aan ziekenhuiszorg waargenomen. Heeft

¹¹ Gezondheidsraad/Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren. Signalering ethiek en gezondheid 2006/1. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid; 2006

¹² Aron-Dine et al. 'The RAND Health Insurance Experiment, Three Decades Later.' *Journal of Economic Perspectives*, 2013, jrg. 27 (1), p. 197-222.

het een het ander veroorzaakt? Deze vraag is onderdeel van een voorstudie die het Talma Zorgprogramma uitvoert in samenwerking met zorgverzekeraar VGZ.

4.7 Met inkoop sturen op organisatieniveau

In sommige gevallen ontbreken de condities voor goede contractresultaten. In die situatie is het voor verzekeraars in theorie aantrekkelijk om niet te contracteren maar een hiërarchische relatie met aanbieders aan te gaan, met andere woorden: in huis zorg aan te bieden. We spreken daarbij van zogeheten verticale integratie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder, vergelijkbaar met de Amerikaanse Health Maintenance Organizations (HMO's).

Een minder vergaande vorm is een contract aangaan maar daarbij zorgvuldig te kiezen op welk niveau. Zo zou het zo kunnen zijn dat huisartsenzorg zich niet voor marktwerking leent vanwege de sterke marktpositie van huisartsen ten opzichte van verzekeraars.¹³ In dat geval kan het, zoals hierboven opgemerkt, aantrekkelijk zijn om waar mogelijk te contracteren op het niveau van gezondheidscentra.

De minister gaf recentelijk aan dat wetgeving verticale integratie toe laat mits deze geen inbreuk maakt op de concurrentie tussen zorgverzekeraars. Daarbij valt te denken aan exclusieve klantenbinding, bijvoorbeeld in het geval waarin een verzekerde alleen bij een bepaalde huisarts terecht kan als hij is verzekerd bij een specifieke zorgverzekeraar. In die gevallen waarin verticale integratie niet is toegestaan, is het misschien mogelijk om die te simuleren via een onderaannemer, zoals een zogeheten *carve-out*. Een *carve-out* is een organisatie die tussen de verzekeraar(s) en het zorgaanbod instaat. Zo'n organisatie managet de zorg intensief en heeft marktmacht aan de kant van zorgaanbieders. De contracten met de zorgverzekeraars zijn globaal van aard en de verzekeraars dragen een groot deel van het risico over aan de *carve-out*.

Wanneer zorgverzekeraars bij de inkoop meer aandacht besteden aan de onderwerpen die in bovenstaande kennisverdieping zijn besproken, is de verwachting dat dat leidt tot betere kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg. Een ander gevolg is dat het minder vaak zal leiden tot morele dilemma's bij zorgverleners, zoals Masja Schakenbos.

¹³ iBMG. *Goede zorginkoop vergt gezonde machtsverhoudingen, het belang van markt- en mededingingstoezicht binnen het Nederlandse zorgstelsel*. 2016

5. Onderzoek naar betere zorginkoop: hoe verder?

De casus van psychologe Masja Schakenbos is in het begin van deze uitgave genoemd als voorbeeld van de (negatieve) gevolgen die nieuwe inkoopmodellen kunnen hebben. In hoofdstuk 3 zijn een aantal van die modellen beschreven en is duidelijk geworden dat aan elk model andere voor- en nadelen hangen. In hoofdstuk 4 is vervolgens dieper ingegaan op een aantal factoren die van invloed zijn op de keuze voor een inkoopmodel. Die lijst is echter zeker niet compleet. Het identificeren van andere factoren, en alle factoren vervolgens met elkaar verbinden, leidt tot betere inkoopmodellen en draagt daarmee bij aan een betere zorginkoop voor zowel de verzekeraar als de aanbieder. Om terug te keren naar de in het begin gestelde kernvraag: welke inzichten zijn nodig om te komen tot inkoopmodellen die de publieke doelen beter dienen dan de huidige? Hieronder drie onderzoeksrichtingen die daar meer inzicht in kunnen geven.

5.1 Aandacht voor kwaliteit bij de inkoop van zorg

Op dit moment lijken zorgpolissen vooral te concurreren op toegankelijkheid en prijs. Als gevolg daarvan gaan zorginkoopcontracten vooral over toegankelijkheid en budget. Toegankelijkheid heeft daarbij vooral betrekking op het contracteren van zoveel mogelijk aanbieders die voor de verzekerden van belang zijn. De combinatie met budgetten doet vermoeden dat niet altijd alle zorg bij elke aanbieder toegankelijk is. Dat wordt vooral duidelijk aan het einde van een jaar, wanneer de voor dat jaar afgesproken volumes geproduceerd zijn.

Aandacht voor kwaliteit is bij de inkoop van zorg heel beperkt. Daardoor concurreren zorgaanbieders niet met elkaar op kwaliteit. Ook is het voor verzekerden niet mogelijk om op basis van hun voorkeur een polis te kiezen met de juiste verhouding tussen kwaliteit en prijs. Een onderzoekvraag zou daarom kunnen zijn: Welke eigenschappen van de huidige markt leiden tot beperkte aandacht voor kwaliteit, zowel in de polis als in de zorginkoop?

Afgeleide vragen zijn:

In welke mate is kwaliteitsinformatie nodig om een goed contract op te stellen, dat wil zeggen: een contract met aandacht voor de kwaliteit van zorg? Denk daarbij ook aan intrinsieke motivatie en eventuele suboptimale investeringen in kwaliteit.

Waarom is het nu voor zorgverzekeraars weinig aantrekkelijk om op de kwaliteit van de ingekochte zorg te concurreren?

5.2 Aandacht voor doelmatigheid bij de inkoop van zorg

Huidige zorginkoopcontracten zijn er vooral op gericht financiële risico's te beheersen. Werken met dat ongewenst zorgaanbod blijft bestaan.

Aandacht voor doelmatigheid vereist dat zorginkopers meer investeren in kennis zodat zij beter kunnen bepalen welke zorg zinnig en zuinig is. Op dit moment lijkt dat weinig te gebeuren en twijfelen sommige zorgverzekeraars of ze in staat zijn om zich op dit vlak te begeven. Een onderzoeksvraag zou daarom kunnen zijn: Is het de taak van de zorginkoper om te sturen op doelmatige zorg, en zo ja, wat bemoeilijkt deze taak?

Afgeleide vragen zijn:

Wat is de invloed van budgetteren, met en zonder prijs- en volumeafspraken, op de productie van ziekenhuizen rond 2012 toen deze contractvorm werd geïntroduceerd en de doelmatigheid van de geleverde zorg? Is er extra geïnvesteerd in samenwerking met de eerste lijn of preventie van zorgbehoeften en wat waren de gevolgen voor de geboden kwaliteit van de zorg?

5.3 Inkopen en organisatieniveau

De voorwaarden voor succesvolle inkoop verschillen sterk tussen de verschillende vormen van zorg. Het is daarom voor bepaalde vormen van zorg de vraag of inkoop wel de gewenste resultaten oplevert. Voorbeelden zijn zorgvormen waarbij de kwaliteit wel zichtbaar is voor directe collega's, maar niet voor contractpartners. In dergelijke gevallen kan zorg beter in huis worden georganiseerd of door middel van een onderaannemer die de zorg contracteert namens een zorgverzekeraar, zoals een hierboven besproken carve-out. Een onderzoeksvraag zou kunnen zijn: Welke vormen van zorg zijn beter geschikt voor inkoop en welke zijn daarvoor minder geschikt?

Afgeleide vragen zijn:

Welke wettelijke grenzen doen zich voor wanneer verzekeraars de inkoop voor een deelgebied willen uitbesteden aan een enkele zorginkoper die optreedt namens meerdere zorgverzekeraars?

5.4 Selectie onderzoeksvragen voor vervolgonderzoek

In de seminar ‘Inkopen met Zorg’ van het Talma Instituut op 18 mei brengen medewerkers van het instituut samen met de deelnemers in kaart wat de belangrijkste onderzoeksvragen zijn waarmee de kernvraag beantwoord kan worden. Die worden vervolgens uitgewerkt tot onderzoeksthema's die in juni met de wetenschappelijke adviesraad (WAR) van het Talma Instituut worden besproken. De thema's die geprioriteerd worden, worden in 2016 verder uitgewerkt.