



INHOUD

Het voorjaarsnummer van 2023 heeft als thema 'Individuele betaalbaarheid'. Wilt u een bijdrage leveren aan dit nummer, neem dan voor 1 februari 2023 contact met ons op via bulletin@gezondheidseconomie.org om uw idee te bespreken. De uiteindelijke kopijdatum voor de bijdragen is 15 maart 2023.

- 3** HET WAAROM VAN ALTERNATIEVE BEKOSTIGINGSMODELLEN IN DE ZORG
Frank Eijkenaar en Jeroen Struijs
- 8** EVALUEREN VAN ALTERNATIEVE BEKOSTIGINGSMODELLEN IN DE ZORG:
'EEN VAK APART' **Celine Hendriks, Zoë Scheefhals en Tadjo Gigengack**
- 11** PASSENDE CONTRACTERING VAN ZORG: VAN 'GESTOLD WANTROUWEN'
NAAR SAMENWERKEN OP BASIS VAN SOCIALE NORMEN **Peter Dohmen,
Chandeni Gajadien, Erik van Raaij en Sander Steenhuis**
- 15** DE (ON)MOGELIJKHEID VAN BUNDELBEKOSTIGING IN DE ONCOLOGISCHE
ZORG **Thomas Reindersma**
- 18** VERSLAG VAN HET BUNDLE CONGRES **Sabine Plag**
- 19** LOLAHESG
- 20** INTERVIEW TALKING TO ZIRUI SONG **Daniëlle Cattel**
- 22** CONGRES GEZONDHEIDSECONOMIE & PREVENTIE **Lieke van Disseldorp en
Cilla Vrinzen**
- 25** SEMINAR EIGEN BETALINGEN ALS STURINGSINSTRUMENT? **Lieke van
Disseldorp**
- 26** ORATIE BEWUST OP WEG NAAR DOELMATIGHEID VAN ZORG EN
ONDERWIJS: ELKAAR BETER LEREN KENNEN! **Aggie Paulus**
- 27** SPONSOREN, COLOFON, VGE UPDATE

VOORWOORD

Om tot passende zorg te komen is het noodzakelijk dat het organiseren en aanbieden daarvan lonend is voor zorgaanbieders. Momenteel is dit nog onvoldoende het geval. Hervorming van de bekostigingsmodellen staat dan ook hoog op de (beleids)agenda. De hoogste tijd dus voor een VGE bulletin rondom het thema alternatieve bekostiging van zorg. Als gastredacteur heb ik samen met Eline de Vries verschillende auteurs bereid gevonden om hun kennis en visie op het ontwikkelen, implementeren en evalueren van alternatieve bekostiging van zorg te delen. Daarnaast vindt u in dit bulletin het verslag van het allereerste BUNDLE congres en een interview met een van de internationale experts op het vakgebied Zirui Song. Tot slot bevat dit bulletin de verslagen van de VGE activiteiten in de afgelopen periode en een oratie op het gebied van de gezondheidseconomie.

Veel leesplezier!
Daniëlle Cattel

HET WAAROM VAN ALTERNATIEVE BEKOSTIGINGS- MODELLEN IN DE ZORG

Frank Eijkenaar en Jeroen Struijs

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

Via landelijke initiatieven waaronder het integraal zorgakkoord, het programma uitkomstgerichte zorg³, de juiste zorg op de juiste plek⁴ en passende zorg², wordt gepoogd een verandering op gang te brengen gericht op het realiseren van zoveel mogelijk winst in gezondheid en functioneren tegen zo laag mogelijke kosten, en met een focus op gezondheid in plaats van ziekte. Een belangrijke pijler van die initiatieven is de financiële prikkels voor zorgaanbieders op die ambitie te laten aansluiten. Op dit moment is dat nog niet het geval, iets waarover brede overeenstemming bestaat in politiek, beleid en praktijk.



HUIDIGE BEKOSTIGING WERKT VAAK BELEMMEREND

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

HET WAAROM VAN ALTERNATIEVE BEKOSTIGINGSMODELLEN IN DE ZORG

VERSCHUIVING FINANCIËLE VERANTWOORDELIJKHEID

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

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

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

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

ALTERNATIEVE BEKOSTIGINGSMODELLEN

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

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

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

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

Bron: gebaseerd op De Vries et al. 2021¹⁶

HET WAAROM VAN ALTERNATIEVE BEKOSTIGINGSMODELLEN IN DE ZORG

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

VAN THEORIE NAAR PRAKTIJK

Ondanks de brede consensus over de noodzaak tot hervorming van de huidige bekostiging van zorgaanbieders en de sterke theoretische basis van alternatieve bekostigingsmodellen²⁷, komt de gewenste transitie in Nederland maar moeizaam op gang. Er lopen weliswaar enkele veelbelovende initiatieven, maar de meeste daarvan zijn kleinschalig en komen vooralsnog niet verder dan lokale of hooguit regionale implementatie. Daarnaast stranden veel initiatieven in de ontwikkelfase, zonder scherpe analyse van de oorzaken. Naast het feit dat veel keuzes in de vormgeving gepaard

PRESTATIEBELONING EN HET MULTITASKING PROBLEEM^{8,25,26}

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

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

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

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

Jeroen Struijs is universitair hoofddocent aan Health Campus Den Haag

REFERENTIES

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

EVALUEREN VAN ALTERNATIEVE BEKOSTIGINGS- MODELLEN IN DE ZORG: 'EEN VAK APART'

Celine Hendriks, Zoë Scheefhals en Tadjó Gigengack

In veel zorgstelsels, waaronder het Nederlandse, stappen zorgverzekeraars en zorgaanbieders in toenemende mate over van traditionele betalingen per zorgactiviteit naar alternatieve bekostigingsmodellen ('alternative payment models', APMs), waarin betaling van zorgaanbieders afhankelijk is van de kwaliteit en kosten van de geleverde zorg. In Nederland zijn momenteel diverse van deze initiatieven gaande¹, en naar verwachting zal dit aantal in de komende jaren verder toenemen. Dit biedt belangrijke kansen voor evaluatieonderzoek om te leren wat werkt, onder welke omstandigheden en waarom.

In dit artikel gaan wij dieper in op het lopende evaluatieonderzoek naar APMs, en het belang hiervan. Daarnaast bespreken wij veelgebruikte evaluatiemethoden en hun belangrijkste uitdagingen.

TYPEN EVALUATIEONDERZOEK EN BELANG

Het lopende evaluatieonderzoek naar APMs kan worden onderverdeeld in 1) impactevaluaties en 2) evaluaties van de ontwikkeling en implementatie.

Impactevaluatie betreft het empirische onderzoek naar de effecten van een APM. Dit onderzoek beantwoordt de vraag of, en zo ja onder welke omstandigheden en via welke causale mechanismen, een APM effectief is². Impactevaluaties zijn om meerdere redenen van belang.

Ten eerste geven impactevaluaties antwoord op de vraag of APMs in de praktijk bereiken wat ze beogen. Met andere woorden zorgen APMs voor betere (of vergelijkbare) kwaliteit zorg tegen dezelfde (of lagere) kosten? Hoewel er internationaal al meerdere evaluatiestudies zijn uitgevoerd³⁻⁵, ontbreekt het (vooral nog) aan een eenduidig antwoord op

deze vraag. Gevonden effecten variëren tussen initiatieven, en tussen typen APMs, en zijn, waar positief, veelal van beperkte omvang³⁻⁵. In hoeverre effecten van Nederlandse initiatieven vergelijkbaar zijn, wordt momenteel volop onderzocht^{6,7}.

Ten tweede trachten impactevaluaties inzicht te verkrijgen in de omstandigheden waaronder, en de causale paden waarlangs, APMs effecten bereiken. APMs zijn complexe interventies, waarvan de effectiviteit in sterke mate afhangt van het ontwerp en de context waarbinnen zij worden geïmplementeerd^{3,5}. Momenteel weten we nog onvoldoende in hoeverre specifieke ontwerpkeuzes, zoals het type zorgsoort, de omvang van het zorgpakket en de kwaliteitsindicatoren waarop het APM betrekking heeft, van directe invloed zijn op het al dan niet bereiken van effecten. Eenzelfde geldt voor de causale mechanismen die aan deze effecten ten grondslag liggen; deze zijn veelal

onbekend, en waar bekend, maar beperkt beschreven. Zo zien we soms dat initiatieven tot kostenbesparingen leiden, maar is onduidelijk hoe deze zijn gerealiseerd⁶. Toekomstig evaluatieonderzoek zal hierin meer inzichten moeten verschaffen.

Naast impactevaluaties wordt er ook evaluatieonderzoek verricht naar de ontwikkeling en implementatie van APMs. Centraal binnen dit onderzoek staat de vraag welke factoren de ontwikkeling en/of implementatie faciliteren dan wel belemmeren, en waarom. Dit is van belang om beter te begrijpen waarom APMs al dan niet van de grond komen. Ook helpt het bij de duiding van effecten van impactevaluaties, en de omstandigheden waaronder deze effecten wel of niet optreden^{6,8}. Zo weten we uit evaluaties van de ontwikkeling van APMs dat het betrekken van zorgprofessionals bij de ontwikkeling het draagvlak bij implementatie vergroot. Hierdoor vinden

hervormingen van de zorgpraktijk eerder doorgang, en kunnen gewenste effecten worden bereikt⁶. Hoewel het onderzoek op dit terrein de afgelopen jaren een vlucht heeft genomen, bestaat er nog onvoldoende inzicht in hoe deze factoren specifiek tot uitkomsten leiden⁶. BUNDLE, één van de lopende Nederlandse evaluatieonderzoeken, richt zich onder andere op het identificeren van deze causale paden⁶.

TYPEN EVALUATIEMETHODEN

Voor de evaluatie van APMs kunnen twee typen methoden worden onderscheiden: 1) kwalitatieve en 2) kwantitatieve. Welk type methode het meest passend is, is onder meer afhankelijk van het doel van de evaluatie en de beschikbare middelen, zoals tijd, personeel en data.

In het algemeen zijn kwalitatieve methoden van waarde wanneer diepere inzichten gewenst zijn, bijvoorbeeld ten

aanzien van de complexiteit, en relevante contextfactoren en werkzame mechanismen van APMs. In de praktijk worden deze methoden voornamelijk ingezet bij evaluaties van de ontwikkeling en implementatie van APMs. Gangbare methoden zijn (semigestructureerde) interviews, focusgroepen en documentanalyses. Waar interviews diepgaande inzichten geven in de ervaringen van één of enkele betrokkenen, leveren focusgroepen meer brede inzichten op. Ook zijn focusgroepen waardevol om verschillen in ervaringen tussen betrokkenen en relevante discussiepunten in kaart te brengen. Om een goed en volledig beeld te krijgen, geldt voor beide methoden dat het belangrijk is om een divers palet aan betrokkenen te spreken. Denk hierbij aan zorgprofessionals, bestuurders, zorginkopers, zorgverkopers, en patiënten(-vertegenwoordigers). In de praktijk zien we dat het betrekken van deze laatste groep bij evaluaties uitdagend is, en momen-



teel ook nog te weinig gebeurt. Echter, heeft intensievere betrokkenheid van patiënten(vertegenwoordigers) juist meerwaarde, onder andere voor het vaststellen van relevante effectmaten bij impactevaluaties. Een laatste kwalitatieve methode die veel gebruikt wordt bij APM-evaluaties zijn documentanalyses. Hiermee kan een goed beeld verkregen worden van de contractafspraken en veranderde financiële prikkels.

EVALUEREN VAN ALTERNATIEVE BEKOSTIGINGSMODELLEN IN DE ZORG: 'EEN VAK APART'

Met kwantitatieve methoden kunnen de (causale) effecten van een APM op kwaliteit van zorg, zorguitgaven en zorggebruik worden gemeten. De meest toegepaste kwantitatieve methode betreft een Difference-in-Differences (DiD) analyse⁹. Dit is een quasi-experimentele methode op basis van observationele data. DiD schat het effect van een APM door veranderingen in de tijd te vergelijken tussen een groep zorgaanbieders met het APM (de interventiegroep) en een vergelijkbare groep zonder het APM (de controlegroep). Een belangrijke aanname voor DiD is de 'parallele trend aanname'. Deze aanname stelt dat als trends in zorguitkomsten tussen interventie- en controlegroep voor implementatie van het APM parallel zijn, dat deze trends vergelijkbaar zouden zijn voortgezet in afwezigheid van het APM. Om aan deze aanname te voldoen, is het belangrijk dat zorgaanbieders op relevante kenmerken vergelijkbaar zijn.

In de praktijk zien we dat evaluaties van APMs in toenemende mate uit gecombineerd onderzoek bestaan; zowel kwalitatieve als kwantitatieve inzichten zijn nodig om de complexiteit van APMs goed te doorgronden. Ook zien we dat nieuwe methoden en benaderingen hun intrede doen binnen het evaluatieonderzoek, zoals Q-methodologie¹⁰ en Realistische Evaluatie⁶.

UITDAGINGEN

Het evalueren van APMs kent verschillende uitdagingen. Binnen de kwalitatieve evaluaties zien we dat perspectieven en ervaringen van betrokkenen nogal eens variëren. Hoewel dit rijke data oplevert, kan het lastig zijn om tot eenduidige conclusies en aanbevelingen voor de praktijk te komen. Ook zijn deze evaluaties vaak arbeidsintensief, waardoor het partijen soms aan voldoende middelen ontbreekt om initiatieven grondig te evalueren. Uitdagingen binnen de kwantitatieve evaluaties zijn onder andere het vinden van een vergelijkbare controlegroep voor

de DiD-analyse, en het voldoen aan de aannames van het model. Daarnaast zijn soms complexe analysetechnieken, zoals matching, nodig om te corrigeren voor relevante verschillen tussen zorgaanbieders en/of patiënten. Tot slot, zijn uitkomstendata over kwaliteit van zorg en patiënt-gerapporteerde uitkomsten vaak (nog) maar beperkt beschikbaar, waardoor impactevaluaties een onvolledig beeld van de werkelijkheid geven.

Nu de interesse voor APMs binnen het Nederlandse zorgveld groeit, en de vraag naar best practices toeneemt, zijn APM-evaluaties meer dan ooit van belang. Met een snel toenemend aantal initiatieven lijkt de belangrijkste uitdaging voor de komende jaren niet zozeer wat te evalueren, maar vooral hoe dit het beste te doen.

Celine Hendriks en Tadjó Gigengack zijn promovendi aan de Erasmus School of Health Policy & Management, respectievelijk op het thema Alternatieve Bekostiging in de Zorg en Waardegedreven Zorg. Zoë Scheefhals is

promovendus Integrale Bekostiging van de Geboortezorg aan de LUMC Health Campus Den Haag en bij het RIVM.

Referenties

1. Cattel D, et al. *ESB* 2021;106(4794), 86-89.
2. Clarke GM et al. *BMJ* 2019;365:12239.
3. Struijs J et al. *Bundled-Payment Models Around the World: How They Work and What Their Impact Has Been*. Commonwealth Fund 2020.
4. Yee CA et al. *Milbank Q*;98:908-974.
5. Eijkenaar et al. *Health Pol* 2013;110:115-130.
6. *BUNDLE: Betalen voor Uitkomsten in de Nederlandse medisch-specialistische zorg: Doen, Leren en Evalueren*. ZonMw 2022.
7. Struijs JN et al. *RIVM rapport 2020-0124*.
8. Conrad DA et al. *Med Care Res R* 2016;73:437-457.
9. Dimick JB & Ryan AM. *JAMA* 2014;312:2401-2402.
10. De Vries et al. *RIVM rapport 2022-0033*.

PASSENDE CONTRACTERING VAN ZORG: VAN 'GESTOLD WANTROUWEN' NAAR SAMENWERKEN OP BASIS VAN SOCIALE NORMEN

Peter Dohmen, Chandeni Gajadien, Erik van Raaij en Sander Steenhuis

INTRODUCTIE

Sinds 2006 hebben zorgverzekeraars de wettelijke taak om namens hun verzekerden kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg in te kopen bij zorgaanbieders. Uit de laatste monitors van de NZa blijkt echter dat de focus in onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders voornamelijk ligt op het veiligstellen van eigen financiële belangen en wordt steeds duidelijker dat de huidige wijze van onderhandelen en contracteren een belemmering vormt voor de transformatie naar passende zorg^{1,2}.

Als reactie hierop wordt er in contracten steeds meer geëxperimenteerd met 'Alternative Payment Models' (APMs). APMs, zoals bundel- of populatiebekostiging, bieden een alternatief voor het betalen per zorgprestatie. Bij contracten

met APMs dragen zorgaanbieders meer financiële verantwoordelijkheid voor de (integrale) kosten en uitkomsten (ook wel: 'waarde') van de zorg voor hun patiënten. Uit onderzoek blijkt dat het ontwikkelen en implementeren van zo'n APM-contract complex is^{3,4}.

Deze complexiteit wordt mogelijk veroorzaakt door de dominantie van de klassieke contracttheorie bij de ontwikkeling en implementatie van APMs. Deze dominantie leidt ertoe dat veel nadruk wordt gelegd op het technisch 'modelleren' van het optimale contract dat is gericht op het reduceren van onzekerheden en het voorkomen of indammen van mogelijk opportunistisch gedrag van de andere contractpartij. Het is echter de vraag of deze klassieke benadering de ontwikkeling en implementatie van APMs helpt of

juist in de weg zit en of APMs niet vanuit een ander inkoop perspectief benaderd zouden moeten worden.

In dit artikel verkennen wij een andere benadering van contracteren (en samenwerken), in de context van APMs. Hoe worden inkoopcontracten en inkooprelaties momenteel vaak nog benaderd? Hoe ziet het nieuwe perspectief eruit en wat maakt het anders? En hoe kan zo'n alternatief perspectief bijdragen aan het reduceren van de complexiteit van APM-contracten?

AGENCY EN STEWARDSHIP: TWEE VERSCHILLENDE PERSPECTIEVEN

De complexiteit van APM-contracten ontstaat mede omdat contracten traditioneel worden gezien als een 'safeguarding' instrument waarmee onzekerheid

en risico's beperkt kunnen worden. Om risico's te beperken streven partijen naar 'complete contracten' waarin ze afspraken maken over mogelijke negatieve scenario's en hoe ze de effecten hiervan voor zichzelf kunnen beperken. Door de complexiteit van de zorgsector is een compleet contract echter per definitie niet haalbaar, nog afgezien van de hoge transactiekosten die gepaard gaan met de onderhandeling, het opstellen van dergelijke contracten en het toezien op de naleving van gemaakte afspraken.

Deze klassieke benadering van contracteren wordt sterk beïnvloed door de zogenoemde 'Agency theory'⁵. Deze economische theorie wordt gebruikt in situaties waar een persoon of organisatie – de 'agent' – de bevoegdheid heeft beslissingen te nemen namens een andere

PASSENDE CONTRACTERING VAN ZORG: VAN 'GESTOLD WANTROUWEN' NAAR SAMENWERKEN OP BASIS VAN SOCIALE NORMEN

persoon of organisatie – de 'principal'. Zo'n situatie kan zorgen voor inefficiëntie omdat – volgens deze theorie – de agent (in dit geval de zorgaanbieder) snel de neiging zal hebben om niet alleen de belangen van de principal (in dit geval de zorgverzekeraar) na te streven bij het leveren van de ingekochte zorg, maar om ook in eigenbelang op te treden. Doordat de zorgverzekeraar de ingekochte zorg niet zelf consumeert en informatie mist, is deze niet goed in staat om het gedrag van de zorgaanbieder te controleren. De verzekeraar zal daardoor snel geneigd kunnen zijn om aanbieders te zien als 'opportunisten' die in de zorgverlening vooral hun eigenbelang (bijvoorbeeld meer productie) nastreven. Als reactie op deze aanname volgen vaak uitgebreide inkoopcontracten gebaseerd op macht, controle en toezicht. Dit zorgt weer voor frustratie bij zorgaanbieders (die zich onnodig gecontroleerd voelen), met als resultaat: een samenwerkingsrelatie op basis van wederzijds wantrouwen⁶.

TABEL 1: VERSCHILLEN TUSSEN TRANSACTIONELE EN RELATIONELE CONTRACTEN

	Transactioneel contract	Relationeel contract
Focus	Prijs en volume	Uitkomsten
Aard van de relatie	Op afstand	Partnership
Inkoopbehoefte	Inkoper specificeert de oplossing	Inkoper specificeert het probleem
Rol van sociale normen	Geen verbinding met sociale normen	Sociale normen als expliciete contractuele verplichting
Risicomanagement	Gebruik van macht en van afdwingbare contractuele verplichtingen	Het vermijden van risico's door een voortdurende afstemming van belangen
Focus van het contract	Streven naar complete contract, d.w.z. contract moet alle toekomstige eventualiteiten omvatten	Creëren van een eerlijk en uitgebalanceerd flexibel contractueel raamwerk

Naast de 'Agency theory', kunnen contracten ook gebaseerd worden op de zogenoemde 'Stewardship theory'. Volgens deze theorie is de agent als 'steward' ervan overtuigd dat samenwerking en collectivistisch gedrag leiden tot betere uitkomsten dan zelfzuchtig individualistisch gedrag⁵. Zelfs wanneer de belangen van de steward en de principal niet op één lijn liggen, hecht de steward meer

waarde aan het in stand houden van de collectiviteit, dan het dienen van de eigen organisatie.

Vanuit deze theorie zien zorgverzekeraars en zorgaanbieders elkaar als 'stewards' die intrinsiek worden gedreven door gemeenschappelijke belangen. De relatie wordt niet beheerst door controle en wantrouwen, maar door dialoog (onder

andere over die gemeenschappelijke belangen) en wederzijds vertrouwen. Dikke en gedetailleerde 'complete' contracten zijn dan niet meer nodig, want partijen worden door sociale normen beschermd tegen opportunistisch gedrag van anderen en nadelige (financiële) effecten van onvoorziene gebeurtenissen⁷.

PRAKTISCHE UITWERKING VAN THEORETISCHE PERSPECTIEVEN: VAN TRANSACTIONEEL NAAR RELATIONEEL CONTRACT

Naar onze mening hangt het succes van APMs niet alleen af van het type relatie (Agency of Stewardship theory) maar ook in belangrijke mate van het type contract. Gebaseerd op het werk van Williamson (2008) en Macneil (1985)^{7,8}, kunnen zorg-aanbieders en zorgverzekeraars grofweg kiezen tussen een transactioneel contract of een relationeel contract. In Tabel 1 geven wij een samenvattend overzicht van de verschillende basiskenmerken van beide contracten⁹.

Transactionele contracten zijn vooral gericht op het volume en de prijs van de dienst of het product ('de transactie'). De nadruk ligt op productspecificaties (zoals door de inkopende partij bepaald) en niet op gewenste outputs of uitkomsten. Er is nauwelijks sprake van een relatie tussen partijen en contracten zijn vaak kortlopend. Naleving vindt plaats vanuit macht-

TABEL 2. EIGENSCHAPPEN VAN TRANSACTIONELE VS. RELATIONELE CONTRACTEN IN DE ZORG

	Transactioneel contract	Relationeel contract
Economisch basis model	Gericht op prijs en volume van zorg (P*Q).	Gericht op uitkomsten van zorg.
Relatie model	Geen of eenvoudige relatie; zero-sum; kortdurende contracten.	Hoge mate van samenwerking; positive-sum; langdurige contracten.
Visie en intentie	Geen (gedeelde) visie; intentie is verlagen van kosten.	Gedeelde visie op zorg; intentie is samen passende zorg te creëren.
Specificatie van in te kopen zorg	'Wie' en/of 'hoe'; afspraken, technische eisen en inkoopspecificaties.	'Wat'; afspraken over uitkomsten van zorg met generieke voorwaarden.
Prestatiefocus	Materiële en formele controles; op o.a. de doelmatigheid en rechtmatigheid van declaraties. Conform de 'letter' van de overeenkomst.	Strategische gewenste uitkomsten en/of resultaten; mate van waardecreatie: hogere gezondheidswinst tegen gelijkblijvende of lagere kosten. Conform de 'geest' van de overeenkomst.
Prestatiemetingen	Benchmarking van prijs, volume en gepast gebruik	Monitoren van KPI's over kwaliteit, doelmatigheid, uitkomsten en duurzaamheid.
Prijnsmodel en beloningen	Vaste prijs per verrichting of zorgproduct; meestal geen incentives voor kwaliteit, preventie, samenwerking en innovatie.	Prijnsmodellen met op waarde gerichte beloningen, zoals bundel- en/of uitkomstbeposting.
Relatiemanagement	Geen strategisch relatiemanagement; slechts procedureel van aard gericht op monitoren van en naleven van contractafspraken	Hoge mate van strategisch relatiemanagement; inzet op behoud of versterken van onderlinge relatie / partnership
Verbeteren, transformeren en innoveren	Geen / marktgedreven; leveren van afgesproken zorgvolume	Gezamenlijk en proactief transformatie management van beoogde zorgtransformatie

posities en contractuele verplichtingen. Deze manier van contracteren geeft de contractpartijen weliswaar financiële zekerheid, maar de beweegruimte van leveranciers (zorgaanbieders) is beperkt. Relationele contracten berusten op de onderlinge vertrouwensrelatie en gedeelde positieve sociale normen (zoals wederkerigheid, autonomie, eerlijkheid, gelijkheid, loyaliteit en integriteit)¹⁰. De contractpartijen leggen met elkaar de gewenste (lange termijn) doelstellingen of uitkomsten vast (het 'wat') en zoeken elkaar op bij onvoorziene omstandigheden of onzekere situaties. De aanbieder krijgt op deze wijze de vrijheid om toe te werken naar de beoogde doelstellingen en durft hiervoor waarschijnlijk meer risico te nemen. Het contract is een flexibel raamwerk dat partijen gebruiken om richting te geven aan het oplossen van mogelijke onvoorziene gebeurtenissen en nadelige financiële effecten. In tabel 2 hebben wij beide contractmodellen verder uitgewerkt voor de zorg (gebaseerd op het werk van Keith et al., 2015)¹⁰.

EEN RELATIONEEL CONTRACT ALS POTENTIËLE OPLOSSING VOOR DE COMPLEXITEIT VAN APMS

Het realiseren van passende zorg vraagt om innovatie in de zorg en dientengevolge ook om aanpassing van de bekostiging en contractering van zorg. APMS die gericht zijn op uitkomsten in plaats van op prijzen en volumes kunnen die transformatie steunen. Uit de literatuur en praktijk blijkt echter dat het ontwikkelen en implementeren van APMS uiterst complex is. Met dit artikel bieden wij een alternatief voor het huidige inkooperspectief dat is gebaseerd op de klassieke contracttheorie. Het belang van sociale normen wordt daarbij in onze ogen onderschat. Het type contract, de onderlinge inkooprelatie en de APMS moeten met elkaar in lijn zijn. Het relationele perspectief zou daarom meer aandacht moeten krijgen in de praktijk en de wetenschap. Wij verwachten dat relationele contracten een passende manier kunnen zijn om APMS te ontwikkelen en te implementeren. Het werken met APMS is nog omringd

met veel onzekerheid en dat vraagt om flexibiliteit. Vertrouwen hebben in elkaar en een goede samenwerking zijn dan – verwachten wij – cruciaal om met elkaar financiële risico's te nemen en (gezaamenlijke) investeringen te doen die leiden tot het realiseren van de noodzakelijke transformatie naar passende zorg.

Peter Dohmen en Chandeni Gajadien zijn werkzaam als beleidsmedewerker Tweedelijns Somatische Zorg bij de Nederlandse Zorgautoriteit. Erik M. van Raaij is hoogleraar Inkoopmanagement in de Zorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Sander Steenhuis is senior onderzoeker Alternatieve Bekostiging in de Zorg aan het LUMC.

Referenties

1. NZa. Monitor medisch-specialistische zorg 2021.
2. NZa. Monitor Medisch Specialistische Zorg 2022.
3. Steenhuis S et al. Milbank Q 2020;98:197-222.
4. Struijs JN et al. Commonwealth Fund, Apr.

2020.

5. Davis JH et al. Academy of Management Review 1997;22: 20-47.
6. van Raaij E. Purchasing value: purchasing and supply management's contribution to health service performance. 2016, Oct 14.
7. Macneil IR. Wisc Law Rev 1985;4:483-526.
8. Williamson OE. J Supply Chain Man 2008;44: 5-16.
9. Van de Rijt J & Witteveen W. Relationele Contracten. Best Value Group 2021.
10. Keith B et al. Strategic sourcing in the new economy: harnessing the potential of sourcing business models for modern procurement. 2016

DE (ON)MOGELIJKHEID VAN BUNDELBEKOSTIGING IN DE ONCOLOGISCHE ZORG

Thomas Reindersma

De oncologische zorg is goed voor twintig procent van de uitgaven in de medisch-specialistische zorg. Een stijgende zorgvraag, dure geneesmiddelen, innovatieve behandel mogelijkheden en personeelstekorten maken dat naarstig wordt gezocht naar oplossingen om ook in de toekomst passende oncologische zorg te garanderen. Alternatieve vormen van bekostiging kunnen bijdragen aan dit streven. Het Nationaal Programma Kankerbestrijding (NPK) signaleerde dit reeds in 2004: "De huidige dbc's zijn sterk versnipperd en creëren daardoor te veel schotten in de zorg. Daarom pleit de Beleidsgroep NPK voor invoering van "integrale dbc's: interdisciplinaire en transmurale dbc's voor een hele keten of een helder af te bakenen deel daarvan, inclusief voorlichting, begeleiding en nazorg, en inclusief ruimte voor innovatie." In datzelfde rapport werd ook alvast gezinspeeld op de ontwikkeling van oncologienetwerken, waarin zorgaanbieders

samenwerken in regio's om passende zorg te realiseren voor patiënten met kanker. Waar de ontwikkeling van oncologienetwerken in de afgelopen decennia snel is gegaan, zien we dat de alternatieve bekostiging van deze zorg achterblijft. Dit werd onlangs ondergeschreven door het Zorginstituut in het 'Signalement passende zorg voor mensen met kanker'. Een goede aanleiding dus om het onderwerp verder te verkennen.

Allereerst is het belangrijk om te benadrukken dat alternatieve bekostiging verschillende verschijningsvormen heeft en dat de motieven voor het willen implementeren van alternatieve bekostigingsvormen eveneens uiteenlopend en diffuus zijn. Zo zal voor een zorgverlener de voornaamste drijfveer zijn om de kwaliteit van zorg te verbeteren, terwijl voor een verzekeraar de betaalbaarheid wellicht een prominentere plek inneemt aan de onderhandelingstafel. In dit stuk

beperk ik mij tot de (on)mogelijkheid van bundelbekostiging in oncologische zorg. Bundelbekostiging wint terrein in binnen- en buitenland. In een door de NZa opgestelde inventarisatie van bundelinitiatieven in de medisch-specialistische zorg zien we dat zorgbundels zich met name beperken tot de grenzen van een instelling, voor bijvoorbeeld staar, hartzorg en heup-en-knie-operaties. Ten opzichte van oncologie is het voor electieve, planbare zorg relatief gemakkelijker om bundels te ontwerpen, aangezien variatie in kosten en zorggebruik relatief lager zijn. Het detailniveau dat nodig is om bundelbetalingen in de oncologie mogelijk te maken, staat op gespannen voet met schaalbaarheid¹ en wensen om de administratieve complexiteit terug te dringen. Kanker wordt gekenmerkt door aanzienlijke heterogeniteit, die ook weerspiegeld wordt in de uitgaven. Binnen tumorsoorten lopen variaties in uitgaven zeer uiteen en het vaststellen van een bundeltarief is

zeker voor de meeste zeldzame of laagvolumetumoren ingewikkeld. Met name daar waar de kostenvariantie groot is en de patiëntenpopulatie klein. Tenslotte dient voortdurend nagedacht te worden over hoe innovatieve behandeltherapieën en -technologieën geïncorporeerd worden in de bundelprijs². Bovendien zijn oncologische uitkomsten die waardevol zijn voor de patiënt niet gemakkelijk aan bekostiging te koppelen. Bijvoorbeeld omdat relevante uitkomsten pas na verloop van tijd meetbaar zijn of omdat te weinig patiënten uitkomsten rapporteren waardoor de meting onbetrouwbaar is. Terugvallen op structuur- of procesindicatoren is in dat geval een mogelijkheid, maar druist in tegen de voornemens van de overheid om naar uitkomstgerichte bekostiging te bewegen.

Desalniettemin wordt er in de VS al volop geëxperimenteerd met alternatieve bekostiging van oncologie. Een voorbeeld

DE (ON)MOGELIJKHEID VAN BUNDELBEKOSTIGING IN DE ONCOLOGISCHE ZORG

hiervan is het Oncology Care Model (OCM), waarin een vakgroep een contract sluit met daarin financiële en prestatieafspraken. Het OCM is een zorgbundel voor patiënten met chemotherapie voor de duur van zes maanden waarbij de zorg in de bundel op de traditionele wijze wordt vergoed. Voor elke OCM-patiënt die behandeld wordt, ontvangt de groep een maandelijkse vergoeding van 160 dollar, die vervolgens door de vakgroep aangewend kan worden voor bijvoorbeeld zorg(pad)innovatie of coördinatiewerkzaamheden. Het model vertoont daarmee gelijkenissen met de integrale dbc zoals het NPK die in 2004 voor ogen had. Daarnaast kunnen groepen aanspraak maken op extra vergoedingen, als zij kosten voor hun patiëntgroep weten te reduceren tegen een benchmark-bundelprijs en voldoen aan bepaalde kwaliteitscriteria. Een voorlopige evaluatie toont aan dat het eerste jaar van het OCM-programma geassocieerd is met minder medicatiegebruik bij prostaatkanker, lagere medicatiekosten bij long- en pros-



taatkanker, minder ziekenhuisbezoeken voor patiënten met borst- of darmkanker en lagere overheadkosten bij alle geanalyseerde tumorsoorten³. Het is echter de vraag of deze effecten blijvend zijn⁴. Daar waar besparingen in het zorgpad gerealiseerd werden, wogen deze niet op tegen de kosten die het model met zich meebracht. Dit vormt een belangrijk aandachtspunt voor bekostigingsinitiatieven die als doel hebben om kosten te reduceren. In dat geval dient goed gekeken te worden of de programma- en transactiekosten opwegen tegen eventuele besparingen.

Het OCM kan ter inspiratie dienen voor de bekostiging van oncologische zorg in Nederland. Een maandelijkse vergoeding kan door het netwerk ingezet worden om verbeteringen door te voeren in het zorgpad, die tot verbeterde zorg leidt en wellicht zelfs besparingen oplevert door doelmatiger werken. Het model is echter niet toereikend om alle bekostigingsbarrières te slechten, omdat de zorg in de

bundel op traditionele wijze (via dbc's) vergoed wordt en daardoor ongewenste prikkels in stand houdt.

Een volgende stap zou zijn om de onderliggende declaratie en registratie van het primaire zorgproces aan te passen aan de netwerkrealiteit. In het rapport Oncologienetwerken in beeld stellen we voor om met 'virtuele' bundels te experimenteren, waarin de deelnemende ziekenhuizen hun eigen activiteiten registreren en declareren die vervolgens afleiden tot een declarabel product op netwerkniveau. Hier komt een verdelingsvraagstuk om de hoek kijken: wie heeft recht op welk gedeelte van het bundeltarief en op basis van welke criteria komt die verdeling tot stand? Deze vragen raken aan de professionele maar ook de economische autonomie van de zorgverlener. Er zijn slechts weinig ziekenhuizen en medisch-specialistische bedrijven die genoeg nemen met minder omzet, ze willen minimaal de bestaande omzet behouden en nog liever groeien. Een begrijpelijke reflex, maar

dit gevestigde belang in combinatie met een alsmaar groeiende zorgvraag en een rem op deze groei om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden leidt tot een lastig dilemma. De uit onder andere het Hoofdlijnenakkoord voortvloeiende omzetplafonds en aanneemsommen halen de flexibiliteit uit netwerkzorg. Toch lijkt dit vooralsnog de hoeksteen van onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen.

Administratieve complexiteit wordt vaak genoemd als een barrière, maar vormt ook een motief voor het implementeren van alternatieve bekostigingsvormen. Daarbij wordt soms vergeten wat wijlen antropoloog David Graeber 'the iron law of liberalism' noemde. Kortgezegd stelt die wetmatigheid dat elke hervorming die erop gericht is bureaucratische rompslomp te verminderen en competitie te bevorderen uiteindelijk zal leiden tot een verdere toename van papierwerk⁵. Het doel waaraan alternatieve bekostiging moet beantwoorden is dus belangrijk:

moet de zorg beter, of toch zuiniger en minder bureaucratisch? Moet er een nieuwe balans in de financiële prikkels gevonden worden? Als dat doel duidelijk is en de tweede vraag met een volmondig ja kan worden beantwoord, moet een bekostigingsexperiment ruimte krijgen om te pionieren. Zo kunnen betrokken partijen wennen aan veranderende manieren van bekostigen en zich verhouden tot een nieuwe realiteit waarin netwerken als entiteit bekostigd worden.

Thomas Reindersma is promovendus aan de Erasmus School of Health Policy & Management.

Referenties

1. Aviki EM et al. *JAMA Oncology* 2019; 5:298.
2. Song Z & Colla CH. *JAMA* 2016;315:2271.
3. Walker B et al. *JAMA Network Open* 2020;3:e205165.
4. Keating NL et al. *JAMA* 2021;326:1829.
5. Graeber D. *The Utopia of Rules*. Melville House, 2015

VERSLAG VAN HET BUNDLE CONGRES

Sabine Plag

Vrijdag 17 juni jongstleden organiseerde BUNDLE (box 1) haar allereerste congres over alternatieve bekostiging in de zorg. Het was een interessante en inspirerende dag, waarbij veel kennis werd gedeeld. Met zo'n 100 deelnemers, was de allereerste editie een groot succes.

De dag werd afgetrapt met een keynote van Johan Rijnveld (directeur Regulering bij de Nederlandse Zorgautoriteit) met een blik vooruit over hoe passende zorg niet meer zonder passende bekostiging kan. De kern van het verhaal was duidelijk: de toegankelijkheid van de zorg staat onder druk en er zijn veranderingen nodig. Alternatieve bekostigingsmodellen kunnen daar een belangrijke rol in spelen. Hierna volgde een keynote van Zirui Song (associate professor, Harvard Medical School) over de geleerde lessen betreffende bekostigingsmodellen uit Amerika. Alternatieve bekostigingsmodellen kunnen een positief effect hebben, belangrijk daarbij is dat het ontwerp van het bekostigingsmodel overeenkomt met de gewenste systeemdoelen. Daarnaast, benadrukte Zirui het belang van een goede evaluatie ('counterfactual evaluation') en de invloed die de keuze van uitkomsten kan hebben op het kwantificeren van het ware effect van het bekostigingsmodel.

Na een netwerklunch konden deelnemers kiezen uit vier verschillende workshops gerelateerd aan alternatieve bekostigingsmodellen, namelijk de vormgeving, implementatie, evaluatie en ervaringen uit de praktijk. In de workshop over de vormgeving van alternatieve bekostigingsmodellen werden de deelnemers op de hoogte gebracht van de factoren die de vormgeving van alternatieve bekostigingsmodellen complex maken en met welke ontwerpkeuzes die complexiteit kan worden verminderd. In de workshop over de implementatie van alternatieve bekostigingsmodellen werden de deelnemers meegenomen in resultaten van de kwalitatieve evaluatie van zeven



BOX 1: EVEN VOORSTELLEN - BUNDLE

Het BUNDLE expertisecentrum Alternatieve Bekostiging in de Zorg is een academische samenwerking tussen Health Campus Den Haag en Erasmus School of Health Policy & Management. BUNDLE voert wetenschappelijk onderzoek uit en brengt expertise op het gebied van alternatieve bekostiging van zorgaanbieders samen. Daarnaast adviseert BUNDLE bij de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostigingsmodellen. Voor meer informatie over BUNDLE kunt u terecht op de LinkedIn pagina: <https://nl.linkedin.com/company/bundle-expertisecentrum-bekostiging>

bundelbekostigingsinitiatieven in Nederland. Centraal in de sessie stonden concrete aandachtspunten en praktische handvatten voor iedereen die aan de slag wil met alternatieve bekostigingsmodellen en de implementatie daarvan. De workshop over de evaluatie van alternatieve bekostigingsmodellen sloot goed aan bij de presentatie van Zirui Song. De deelnemers kregen meer informatie over de eerdergenoemde evalua-

tiemethode. Aan de hand van twee voorbeeldcasussen van alternatieve bekostigingsmodellen werden de deelnemers geïnformeerd over de evaluatiemogelijkheden en de bijbehorende uitdagingen. De vierde workshop werd gegeven door professionals uit de praktijk waarbij centraal stond: hoe kijkt het veld aan tegen alternatieve bekostigingsmodellen en hoe komen deze in de Nederlandse zorgpraktijk tot stand? In alle workshops leverden de deelnemers een waardevolle bijdrage door eigen ervaringen te delen en kritische vragen te stellen.

Na afloop van de workshopsessies volgde een paneldiscussie met deskundigen op het gebied van alternatieve bekostiging in de zorg. Panelleden waren Eric van der Hijden (Zilveren Kruis), Dianda Veldman (Patiëntenfederatie Nederland), Ronne Mairuhu (HagaZiekenhuis), Jet Bussemaker (Raad voor Volksgezondheid & Samenleving) en Misja Mikkers (Nederlandse Zorgautoriteit). Een stevige discussie werd gevoerd waarbij verschillende vragen centraal stonden: Hoe kijken de panelleden aan tegen alternatieve bekostigingsmodellen? Gaat de transitie naar alternatieve bekostiging van zorg te langzaam en waar ligt dat dan aan? Is er een stelselwijziging nodig om stappen te zetten met alternatieve vormen van bekostiging of moeten veldpartijen zich anders opstellen? Duidelijk werd dat alle panelleden de noodzaak van meer passende zorg inzien en dat alternatieve bekostigingsmodellen een belangrijk vehikel kunnen zijn om tot dit doel te komen. Passende bekostiging ontwikkelen en implementeren is echter geen gemakkelijke opgave. Om beleid en praktijk verder te brengen is het cruciaal kennis en ervaringen te genereren en uit te wisselen. (Het) BUNDLE (congres) biedt hier een belangrijk platform voor.

Sabine Plag is studentassistent bij het BUNDLE Expertisecentrum Alternatieve Bekostiging van Zorg.



LOLAHESG

Op 19 en 20 mei kon er eindelijk, na 2 jaar online bijeenkomsten, weer een fysieke bijeenkomst van lolaHESG (Low Lands Health Economics Study Group) plaatsvinden. Het congres werd georganiseerd door de Universiteit Maastricht op kasteel Vaeshartelt en was een groot succes met meer dan 115 deelnemers uit binnen- en buitenland. In totaal werden 40 onderzoekspapers uitgebreid besproken en werd er een plenaire sessie verzorgd door prof. Iwan van der Horst (MUMC+), voorzitter van de raad van bestuur van de Nederlandse Vereniging van Intensive Care over "leiderschap in tijden van covid-19".

De volgende editie van lolaHESG (de 15e!) staat gepland voor 25 en 26 mei 2023, en wordt georganiseerd door de Erasmus Universiteit Rotterdam.

TALKING TO ZIRUI SONG

Daniëlle Cattel

On the verge of the first BUNDLE conference where he provided a key-note speech, I had the pleasure to speak with Zirui Song. A talk about – what else? – alternative payment models (APMs) and working in academia.

IN YOUR RESEARCH YOUR FOCUS IS – ON THE EFFECTS OF APMS ON HEALTHCARE SPENDING GROWTH. WHAT IS IN YOUR OPINION THE MOST INTERESTING FINDING OF YOUR RESEARCH?

It is probably that because healthcare spending is prices times quantities, whenever a policy or intervention affects healthcare spending, it must affect it through one of those two avenues. Probably the most surprising thing to me was that in the early years of studying the Alternative Quality Contract (AQC; a commercial payment reform contract), changes in provider behavior that led to lower spending occurred through lower prices, not quantities. This is surprising because for physicians, the intuitive lever to slow healthcare spending is to reduce the quantities of services we order, reduce the referrals we make, or reduce the hospitalization or emergency department visits. Usually, we do not think about sending patients to lower-priced places. To see that in the commercial insurance population provider organizations sent patients to lower-priced places without reducing quantities was a surprise.

DESIGNING APMS IS A COMPLEX UNDERTAKING. WHICH DESIGN DECISION DESERVES OUR PARTICULAR ATTENTION?

Setting the benchmark is important. How to calculate the benchmark? What data do you derive the benchmark from? When the benchmark is too high or too low it is problematic, so where is the middle? These are big questions, and it sounds very much down in the weeds, but the design of the benchmark creates all sorts of incentives of what providers do, so it is a really big decision.



WHAT IS THE BIGGEST CHALLENGE IN THE US TO GET APMS OF THE GROUND?

Getting buy-in from the medical specialists in the hospitals. Many specialists, particularly the procedural physicians that work with their hands or a machine or tool, have been financially successful under fee-for-service (FFS). APMs introduce a lot of financial uncertainty, so it is not surprising that these physicians may take a pessimistic view of payment reform. In contrast, primary-care physicians (PCPs) generally agree with the vision of not being under FFS anymore. For many PCPs, especially those in academic settings or those in large group settings, practicing under FFS has been very difficult for many years. Per-unit-fees were not high enough to sustain a practice and they needed to be subsidized by the hospital to be financially viable. In exchange, all the hospitalizations and referrals from the primary care base went to the hospital. APMs, and in particular population-based payments, allow PCPs to step back from this

arrangement, to think about managing a population, and to be more flexible with both human resources and other capital resources.

CAN YOU THINK OF STRATEGIES TO INCREASE APM PARTICIPATION?

You need hospital leaders who are willing to take a chance, to take some risk. Provider groups that have entered APMs have leaders who believe the vision of APMs. One of the underlying reasons why is the risk adjustment. I think it is possible that provider groups see an opportunity in risk-adjusted payment because of the room for coding intensity changes. Under the FFS paradigm diagnosis codes for risk adjustment do not matter at all, it is just fees, fees, fees. All you need to do is to report the one or two diagnosis codes that were the reason for the visit, so a lot of codes are left on the table. If we move from FFS to risk-adjusted prospective payments, the opportunities for more complete coding are quite large. Provider groups may be willing to accept the uncertainty associated with APMs knowing that APMs give them a different opportunity to maximize revenue. That might be an exchange that they are willing to make.

IN THE LAST TEN YEARS THE US GAINED EXPERIENCE WITH APMS. CAN YOU REFLECT ON THE LESSONS LEARNED?

Let me just first say, we are still in the early stages of learning just as you are in the Netherlands, but the Center for Medicare & Medicaid Innovation (CMMI) has done a very good job of creating new provider payment models. There are also some problems which are now getting more attention, and which motivated CMMI to adjust their strategy a little bit. The last one or two years, efforts have been made to trim down the quantity of models and focus on the successful ones. The reason was that it was very difficult for stakeholders to deal with the variety of coexisting APMs. For example, in case of a population-based payment model with several bundled payment contracts

underneath, it is very difficult to know who exactly under which payment model was responsible for any realized savings. So, I guess the lesson is that the optimal quantity of experiments is not the maximum quantity.

WHAT DO YOU VALUE MOST IN THE ACADEMIC PURSUIT?

It is definitely intellectual freedom. To wake up in the morning and think about the world and contemplate what is important for people in our society and then to have the freedom and time to learn about that issue and to research on that issue feels like the freest that you can intellectually be. One of the challenges to intellectual freedom is designing your day, because since nobody is watching over you, sometimes you can get lost in the day. I experienced this in graduate school a lot where a day goes by, and you are bouncing around between ideas or trying things and failing. However, I think encountering failure on some research ideas early on in your career is actually quite important and instrumental in building the successes that come later. I think in the research world this is an intrinsic part of success and intellectually freedom gives you the ability to try something and learn why it did not work out and then helps identify who you are or what you care about at heart. It gives you the opportunity to pursue your intellectual dreams in a way that is hard to find in other places.

Zirui Song is an associate professor of health care policy and medicine at Harvard Medical School and a general internist at Massachusetts General Hospital, where he practices primary care and attends on the inpatient medicine teaching service. His research focuses on efforts to improve the value of health care spending, including studies of provider payment reform.

Daniëlle Cattel is an assistant professor of health economics at Erasmus School of Health Policy and Management. Her research focusses on alternative provider payment models.

GEZONDHEIDSECONOMIE & PREVENTIE

Lieke van Disseldorp en Cilla Vrinzen

Op vrijdag 18 maart 2022, enkele dagen na de aankondiging van de versoepeling van de laatste coronaregels, vond het eerste fysieke VGE congres sinds 2 jaar plaats in de Jaarbeurs MeetUp in Utrecht. Het gevarieerde en actuele programma, de diversiteit en expertise van de sprekers en de live discussies met meer dan 130 aanwezigen zorgden voor een verfrissende en inspiratieve middag.

Het eerste en plenaire deel van de middag stond in het teken van gezondheidseconomie & preventie. Onder de leiding van prof. dr. Werner Brouwer (Erasmus Universiteit Rotterdam) deelde een gevarieerd panel hun visie op preventie vanuit praktijk, beleid en wetenschap. Ondanks verschillen in invalshoeken sprak uit iedere visie een pleidooi voor een breder, meer integraal perspectief. Zo benadrukte prof. dr. Jet Bussemaker (Raad voor Volksgezondheid & Samenleving) dat preventie gericht dient te zijn op het brede scala aan maatschappelijke- en omgevingsfactoren die gezondheid en welzijn beïnvloeden, zoals sociaaleconomische status, in plaats van slechts het individu. Met andere woorden, de 'causes behind the causes' van negatieve effecten op gezondheid en welzijn dienen te worden weggenomen en preventie dient breder te worden gezien dan enkel als zorg. "Preventie dient bevrijd te worden uit het keurslijf van kostenbesparingen en stelsels", was de boodschap.

Dr. Bram Wouterse (Erasmus Universiteit Rotterdam) lichtte het verschil toe tussen het perspectief van public health op gezondheid en het economisch perspectief. Aan de hand van aansprekende voorbeelden zoals het vraagstuk van de optimale consumptie van hamburgers werd duidelijk dat waar public health het minimaliseren van gezondheidslast als ultiem doel nastreeft, gezondheidseconomen gezondheid zien als één van vele middelen om het maatschappelijk welzijn te optimaliseren. Vanuit de gezondheidseconomie dient preventie zich dan ook te richten op het tegengaan van



marktfalen in plaats van het minimaliseren van ongezond gedrag. Dit kan bijvoorbeeld door het tegengaan van externe effecten van gedrag op de omgeving én van interne effecten zoals langetermijneffecten voor de eigen gezondheid. Dit leidt 'vanzelf' tot een maatschappelijk optimale uitkomst.

Een andere boodschap die door meerdere sprekers werd geuit, is de noodzaak om toe te gaan naar een kosteneffectiviteitsperspectief op preventie met niet enkel een focus op kosten. De teleurstelling die vandaag de dag nog vaak ervaren wordt door het uitblijven van verwachte besparingen op zorgkosten, puur doordat men langer leeft, heeft velen weleens doen verzuchten dat "preventie nooit loont", volgens dr. Karine van 't Land (Menzis). Door de (opportunities)kosten maar juist ook de baten van preventie op kortere termijn passend te waarderen, ook als die in andere sectoren liggen dan de zorg (bijvoorbeeld meer werkgeluk of betere schoolprestaties), ziet de business case voor preventie er heel anders uit.

Vervolgens belichtte drs. Marc Spoek (Stichting IZZ) het perspectief van de werkgever op gezondheid. Hij wees op het opvallende feit dat het gebruik van fysiotherapie en psychische zorg onder werknemers van zorgorganisaties tijdens de coronapandemie niet is toegenomen, ondanks de fysieke en mentale druk die zij door de pandemie hebben ervaren. Wat deed dit met hun (duurzame) inzetbaarheid? Data over de spreiding van dit zorggebruik onder zorgorganisaties geeft interessante inzichten. Het organisatieklimaat blijkt een relatief eenvoudig beïnvloedbare maar cruciale factor voor de gezondheid van werknemers. Het gesprek aangaan met werknemers en het tonen van voorbeeldgedrag brengt hierin al veel goeds teweeg.

Ten slotte verduidelijkte dr. Luc Hagenars (Amsterdam UMC) vanuit health political science hoe preventiebeleid in de praktijk tot stand komt, waarbij politieke krachten als institutionele frictie tussen beleidssilo's grotere beleidsveranderingen vaak tegenhouden. Voor een bredere kijk op gezondheidspreventie is het dus van belang rekening te houden met de verschillende beleidssilo's met elk een focus op kosten en baten op het eigen beleidsterrein, maar juist ook om de beleidssilo van de zorg met andere silo's te verbinden. Zo kan het draagvlak voor preventiemaatregelen als een suikertaks, vergroot worden door naast een betere gezondheid ook andere positieve effecten te benadrukken.

Een meer integrale blik op kosten en baten is echter met een regelmatig wisselende politieke macht knap lastig.

PARALLELSESSIE 'ZORGEVALUATIE & GEPAST GEBRUIK (ZE&GG): DE BEWEZEN BESTE ZORG VOOR PATIËNTEN'

Deze parallelsessie stond in het teken van het programma Zorgevaluatie & Gepast Gebruik (ZE&GG), waarmee de partijen van het hoofdlijnenakkoord medisch specia-

listische zorg streven naar zorgevaluatie als integraal onderdeel van het zorgsysteem. Prof. dr. Sjoerd Repping (ZE&GG en Amsterdam UMC) en drs. Kirsten de Brouwer (ZE&GG) namen de aanwezigen mee in de achtergrond van dit programma. Hoewel in principe alleen bewezen effectieve zorg vanuit de Zvw wordt vergoed, is van veel zorg die in praktijk gegeven wordt (nog) niet bewezen dat het aan het criterium 'stand van wetenschap en praktijk' voldoet. De evaluatie van zorg die nog niet bewezen (kosten) effectief is, is grote uitdaging. Belangrijke belemmering is een gebrek aan infrastructuur en bekostiging om deze zorgevaluaties structureel uit te voeren. Hierbij is er sprake van een catch-22 situatie: zorg waarvan wordt vastgesteld dat de (kosten)effectiviteit nog moet worden bewezen, hoort in principe niet vergoed te worden vanuit de Zvw omdat deze zorg officieel (nog) niet behoort tot de stand van de wetenschap en praktijk. Vergoeding is echter wel nodig om evaluatie van deze zorg mogelijk te maken. Drs. Rimke Geels (Zilveren Kruis, lid ZE&GG namens Zorgverzekeraars Nederland) gaf aan dat dit voor zorgverzekeraars lastig is. Zij kunnen uit declaratiedata niet opmaken welke zorg wel en niet voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk.

In de discussie met de aanwezigen werd het voorstel gedaan om in ieder geval te beginnen met het formuleren van de juiste kennisvraag voor evaluatie van deze zorg, waarna bewijs over de (kosten)effectiviteit ervan leidt tot ofwel het opnemen van deze zorg in richtlijnen of het beëindigen van de vergoeding. Deze 'voorwaardelijke uitstroom' werd door verschillende aanwezigen als mogelijke oplossing gezien. Aandachtspunten die genoemd werden bij het meer structureel uitbreiden van zorgevaluaties, waren het waarborgen van vertrouwen in artsen en hun intrinsieke motivatie, maar bijvoorbeeld ook de rol van multimorbiditeit die zorgevaluaties inhoudelijk lastiger maakt. Daarnaast werd geopperd dat misschien ook wel een vorm van 'personeelseffectiviteit' bij zorgevaluaties zal moeten betrokken. De aanwezigen conclu-

GEZONDHEIDSECONOMIE & PREVENTIE

deerden dat keuzes in de vergoeding van zorg onontkoombaar zijn en zullen blijven in de toekomst. Des te belangrijker dus om te zorgen dat deze keuzes zo goed mogelijk geïnformeerd zijn.

PARALLELSESSIE 'BETER STUREN OP KWALITEIT DOOR KEUZES VAN PATIËNTEN?'

Een belangrijk instrument om kwaliteit van zorg te bevorderen is om gebruikers zelf tussen aanbieders te laten kiezen op basis van voor hen zelf relevante aspecten van kwaliteit. Dr. Wouter Vermeulen (SEO Economisch Onderzoek) nam de aanwezigen mee in waarom patiënten voor een bepaald ziekenhuis kiezen. Uit zijn onderzoek blijkt dat 'nabijheid' voor patiënten de belangrijkste factor voor de keuze voor een ziekenhuis is. Daarnaast lijkt vooral het advies van de huisarts een grote rol te spelen bij deze keuze. Kan door het meer of beter beschikbaar stellen van kwaliteitsinformatie voor patiënten, hun keuzegedrag worden beïnvloed? Of kan de overheid de verzekeraar meer financiële instrumenten geven om te sturen, zoals aanpassing van het hinderpaalcriterium? In de discussie met de deelnemers werd geopperd of er niet vooral goede kwaliteitsinformatie onder huisartsen moet worden verspreid, in plaats van onder patiënten.

En hoe zit dat bij verpleeghuizen? Wat beïnvloedt de keuze voor een bepaald verpleeghuis? Onderzoeker Marlies Bar (Erasmus Universiteit Rotterdam) lichtte toe dat 60% van de gebruikers (of familie hiervan) lijkt te kiezen voor een verpleeghuis binnen een straal van 5 km en 21% voor het dichtstbijzijnde. Hadden zij ook een keuze kunnen maken op basis van kwaliteit? Uit haar onderzoek lijkt het erop dat er een grote variatie is tussen kwaliteit van verpleeghuizen, maar dat die variatie met name gedreven is door uitersten. De kwaliteit van de meeste verpleeghuizen is echter gemiddeld. Pres-

taties op uitkomsten (sterfte en vermijdbare ziekenhuisopnames), relateren verschillend met kwaliteitsindicatoren en niet tot zwak met verschillende structuurindicatoren. De vraag is dus of de juiste informatie beschikbaar is voor zorgkantoren om zorg in te kopen op kwaliteit en voor cliënten om hun keuze te kunnen baseren op kwaliteit.

Met Prof. dr. Marco Varkevisser (Erasmus Universiteit Rotterdam) keerde terug naar keuzes voor ziekenhuiszorg. Hij presenteerde verschillende onderzoeken waaruit is gebleken dat het implementeren van een eigen risico dat gedifferentieerd is op basis van wel of niet gaan naar een voorkeursziekenhuis beperkt invloed heeft op de keuzes die patiënten maken. Een mogelijk alternatief dat wordt gesuggereerd is een gedifferentieerde vaste eigen betaling. Hierop volgend werden twee onderzoeken gepresenteerd met hypothetische keuzesituaties. Het blijkt dat patiënten bij gelijke afstand niet vanzelf het voorkeursziekenhuis van een zorgverzekeraar kiezen. Ook hier lijkt het advies van de huisarts zwaarder te wegen dan het advies van de zorgverzekeraar. Financiële prikkels kunnen wel de kans vergroten op de keuze voor het goedkopere voorkeursziekenhuis bij gelijke afstand en kwaliteit. Echter, dit effect wordt echter opnieuw ondermijnd door andere adviezen van de huisarts of eigen positieve ervaringen elders.

AFSLUITENDE NETWERKBORREL

Na de sessies was er ruimte om elkaar – na al die tijd – weer live te spreken onder het genot van een hapje en een drankje. Veel deelnemers maakten hier gebruik van waardoor de netwerkborrel een gezellige afsluiting was van een interessante middag!

Lieke van Disseldorp is projectmedewerker bij het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL). Cilla Vrinzen is junior onderzoeker bij IQ Healthcare (Radboudumc) en het IKNL.

EIGEN BETALINGEN ALS STURINGSINSTRUMENT?

Lieke van Disseldorp

Op 11 mei organiseerde de VGE in samenwerking met het ministerie van VWS een seminar met als thema Eigen betalingen als sturingsinstrument? Professor Timothy Layton (Harvard) gaf een keynote over hoe eigen betalingen door patiënten de keuzes die zij maken in hun zorggebruik te beïnvloeden. Vervolgens gaven dr. Eric van der Hijden (Zilveren Kruis & VU), professor Judith de Jong (Maastricht University & Nivel) en professor Marco Varkevisser (ESHPM) hierop hun visie in een paneldiscussie.

Professor Timothy Layton lichtte toe welke effecten eigen betalingen – of juist de afschaffing daarvan – hebben op de (herverdeling van de) maatschappelijke welvaart. Hij maakte duidelijk dat een situatie zonder eigen betalingen ten goede komt aan degenen die de meeste zorg nodig hebben, maar tegelijkertijd leidt tot een algehele toename in zorggebruik onder alle burgers (ongeacht gezondheidsstatus). Om het maatschappelijk optimale niveau van eigen betalingen vast te stel-

len is het dus belangrijk om deze effecten tegen elkaar af te wegen. Hierbij moet rekening gehouden worden met het feit dat omstandigheden, zoals het verkeerd inschatten van de waarde die men hecht aan bepaalde zorg of het beschikken over een krap budget op de korte termijn, ertoe kunnen leiden dat de daadwerkelijke vraag naar zorg niet altijd een adequate afspiegeling is van de waarde ervan voor de maatschappij. Layton lichtte dit toe aan de hand van studies uit de Verenigde Staten. Vanwege eigen betalingen voor zorg bleek medicijngebruik sterk af te hangen van de financiële middelen die men op dat moment ter beschikking had, met soms ernstige gezondheidsklachten tot gevolg. Het is dus belangrijk om niet alleen het risico op overmatig zorggebruik mee te wegen in beleidsbeslissingen omtrent eigen betalingen, maar ook het risico op te weinig zorggebruik en de mogelijke consequenties daarvan.

Vervolgens werd door verschillende sprekers ingegaan op de inzet van gedif-

ferentieerde eigen betalingen als middel om keuzes van patiënten te sturen naar voorkeurszorgaanbieders van de zorgverzekeraar. Uit onderzoek blijkt dat deze keuzes in praktijk enigszins te sturen zijn door dergelijke financiële prikkels, maar dat het advies van de huisarts hierin verreweg de grootste rol speelt. Vanwege het sterke vertrouwen dat patiënten in het algemeen in hun huisarts hebben, is samenwerking tussen zorgverzekeraars en huisartsen om keuzes voor bepaalde zorgaanbieders effectief te kunnen stimuleren dus van belang.

Lieke van Disseldorp is projectmedewerker bij het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL).



BEWUST OP WEG NAAR DOELMATIGHEID VAN ZORG EN ONDERWIJS: ELKAAR BETER LEREN KENNEN!

Aggie Paulus

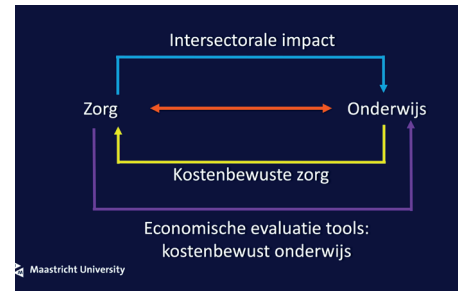
Er is een groeiende behoefte aan doelmatigheid in zowel de zorgsector als de onderwijssector. Deze behoefte hangt samen met de toenemende schaarste in beide sectoren. In de zorgsector heeft dit onder meer te maken met de stijgende vraag naar zorg, olopende tekorten aan personeel en toenemende zorguitgaven. In de onderwijssector hangt dit onder meer samen met tekorten aan leraren en schoolleiders in met name het middelbaar onderwijs en olopende studenten-aantallen en toenemende werkdruk in het hoger onderwijs. In het onderwijs gericht op het opleiden van huidige en toekomstige zorgprofessionals hangt schaarste mede samen met de genoemde ontwikkelingen in de zorgsector.

In beide sectoren staan beleidsmakers en andere actoren dan ook steeds meer voor het maken van moeilijke maar noodzakelijke keuzes. Dit vergt onder meer informatie over wat verschillende interventies, innovaties of beleidsalternatieven

kosten en opleveren en over mogelijkheden tot het behalen van doelmatigheids-winst. Het vergt eveneens het bewust maken van verschillende actoren van hun economische voetafdruk (bijvoorbeeld de impact die hun beslissingen kunnen hebben op de kosten van zorg of onderwijs) en van het belang van het gebruiken van economische informatie bij het maken van hun keuzes.



Hierbij is het belangrijk om niet alleen naar de afzonderlijke sectoren te kijken maar deze sectoren ook in samenhang te bezien.



Zo kunnen gezondheidsproblemen en zorginterventies leiden tot respectievelijk kosten en baten in onder meer de onderwijssector en ook daar schaarste en doelmatigheid beïnvloeden. Tegelijkertijd kan onderwijs op het gebied van gezondheidseconomie aan huidige en toekomstige zorgprofessionals, klinische richtlijnontwikkelaars en andere actoren in de zorg een essentiële rol spelen bij het komen tot kostenbewuste zorg en het tegengaan van verspilling van zorg. Onderwijs op het gebied van onderwijs-economie aan actoren betrokken bij beleid, management en uitvoering van onderwijs

kan een vergelijkbare rol spelen bij het verwezenlijken van meer kostenbewust onderwijs. Dit laatste vergt echter eerst nog meer inzicht in de kosten (effectiviteit) van onderwijs. Omdat over economische evaluaties van onderwijs (vooral aan zorgprofessionals) nog maar relatief weinig bekend is, kunnen de ervaringen met economische evaluaties in de zorgsector als voorbeeld dienen voor het maken van vergelijkbare evaluaties binnen de onderwijssector.

Prof. Dr. Aggie Paulus werkt als hoogleraar 'Economie van onderwijs en zorg' bij de Faculty of Health Medicine and Life Sciences, Care and Public Health Research Institute (Caphri) en School of Health Professions Education (SHE), Vakgroep Health Services Research, Universiteit Maastricht.

SPONSOREN



Erasmus School of
Health Policy
& Management



rijksuniversiteit
 groningen

Radboud Universiteit



Radboudumc

Uw logo ook hier? Neem voor meer informatie contact op met de redactie van het VGE Bulletin (bulletin@gezondheidseconomie.org).



UNIVERSITEIT TWENTE.



ERASMUS CENTRE
FOR HEALTH ECONOMICS
ROTTERDAM

EsCHER



umcg

COLOFON

REDACTIE

Daniëlle Cattel (gastredacteur)

Elske van den Akker-van Marle

Raf van Gestel

Robert Vonk

Redactieadres: bulletin@gezondheidseconomie.org

Ontwerp en vormgeving: Yfke Vreugdenhil, Y-werk

Het VGE bulletin is een uitgave van de Vereniging voor Gezondheidseconomie. Het bulletin verschijnt tweemaal per jaar. Wilt u het VGE bulletin blijvend ontvangen, wordt dan lid van de Vereniging voor Gezondheidseconomie, en profiteer tegelijkertijd van de andere voordelen die het lidmaatschap van de vereniging u biedt (zie www.gezondheidseconomie.org)!

VGE UPDATE

De VGE stuurt ook meerdere malen per jaar een digitale nieuwsbrief uit – de VGE Update. Hierin wordt o.a. verwezen naar nieuwe activiteiten en nieuwe literatuur. Wij verspreiden deze nieuwsbrief onder de VGE leden, maar voel u vrij om deze nieuwsbrief met anderen te delen! Ontvangt u als lid de VGE Update niet? Controleer dan uw spam-folder en neem contact op via update@gezondheidseconomie.org

Heeft u nieuws over bijvoorbeeld symposia, cursussen, literatuur, oraties, promoties, vacatures, of webinars? Stuur dit naar update@gezondheidseconomie.org en wij nemen het op in de nieuwsbrief.

