



KWALITEIT

WAAR VOOR JE GELD

Zorgverzekeraars kunnen kwaliteit van zorg stimuleren

Zorgverzekeraars zijn méér dan een doorgeefluik van premiegeld. Door bonussen te geven of investeringen in kwaliteit te subsidiëren, kunnen zij ertoe bijdragen dat de kwaliteit van de zorg verbetert. Strategieën zoals in de VS en Engeland, zijn in Nederland niet zonder meer toepasbaar.

T. CUSTERS
N.S. KLAZINGA

In discussies over het nieuwe stelsel krijgt de rol van zorgverzekeraars bij het bevorderen en waarborgen van de kwaliteit van de zorg steeds meer aandacht. Weliswaar zijn in de eerste plaats zorgaanbieders verantwoordelijk voor goede zorg, maar dan moeten de randvoorwaarden, zoals opleiding, middelen en een goede organisatie, zijn geregeld. Ook prikkels, zowel van binnen als van buiten de organisatie, moeten aanzetten tot kwaliteitsverbetering. Vooral het ontbreken van financiële prikkels blijkt een belangrijke drempel te zijn voor het opzetten en implementeren van kwaliteitsverbeteringen.¹⁻⁴

Uit de internationale literatuur blijkt dat zorginkopers mede debet zijn aan de slechte kwaliteit van zorg. Dat komt doordat zij voornamelijk contracten sluiten op basis van prijs en werken met op volume (in plaats van op uitkomst) gebaseerde bekostigingsstructuren. In de Verenigde Staten en ook in Engeland zijn tal van initiatieven ontstaan om via de bekostiging de kwaliteit van zorg te stimuleren.⁵ In de meest voorkomende strategieën van *value based purchasing* of *pay for performance* die in de literatuur zijn te vinden,⁶⁻⁸ proberen verzekeraars het gedrag van de zorgaanbieder te beïnvloeden en kwaliteitsverbeteringen te stimuleren, via financiële prikkels of door selectief contracteren.

Op basis van de kenmerken van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem hebben we een globale inschat-

<< ting gemaakt van de mogelijkheid voor zorgverzekeraars om ook hier op dezelfde manier een *business case* voor kwaliteit van zorg bij zorgaanbieders te creëren.

SELECTIEF CONTRACTEREN

Kwaliteit van zorg verbeteren door alleen contracten af te sluiten met de beste zorgaanbieders, veronderstelt contracteervrijheid en daarnaast een aantal randvoorwaarden. De eerste voorwaarde is dat het zorgaanbod voldoende groot is, of zelfs meer dan dat. Hoewel de krapte op het gebied van fysiotherapie, verloskunde en kraamzorg sinds 2003 aan het verdwijnen is, is er nog steeds sprake van schaarste aan medisch-specialistische zorg en huisartsenzorg.⁹ Bij het maken van contractuele afspraken met bijvoorbeeld ziekenhuizen over de kwaliteit van zorg, hebben de zorgverzekeraars dan ook geen stok achter de deur. Als zorgverzekeraars geen contract afsluiten met ziekenhuizen die niet in staat zijn goede zorg te leveren of onder de maat presteren, kan de toegankelijkheid van zorg en daarmee de zorgplicht van de zorgverzekeraars in gevaar komen. Voor enkele specifieke aandoeningen zijn inmiddels ZBC's ontstaan. Maar gezien de huidige wettelijke beperkingen en de

'slechte' zorgaanbieders te straffen. Het doel is het veranderen van de status quo door het stimuleren van verbeteringen van prestaties, zowel op de korte als op de lange termijn.¹⁰

Een voorbeeld van een financiële prikkel is het toepassen van een bonus. Deze methode wordt al initieel toegepast in Nederland. Zo heeft VGZ in 2003 in de contracten met zestien ziekenhuizen een bonus-malussysteem opgenomen en belooft Agis sinds dit jaar zorgaanbieders die aantoonbaar goede diabeteszorg leveren met een bonus, bovenop een jaartarief voor diabeteszorg per patiënt.¹¹ Ook andere verzekeraars proberen de kwaliteit van zorg te bevorderen door het toepassen van bonussen via de lokale productiegebonden toeslag. Wil dit kans van slagen hebben, dan moeten zorgverzekeraars niet alleen beschikken over valide en betrouwbare informatie en een uitgebalanceerde set aan indicatoren, maar ook een zekere vrijheid hebben in het bepalen van de hoogte van de prijs. Het is echter de vraag hoe op de lange termijn de extra middelen die met het bonussysteem gepaard gaan, worden gefinancierd.

Een andere mogelijkheid voor het bonussysteem is dat zorgverzekeraars de totale hoogte van de vergoeding pas uit-

door de schaarste in grote delen van het zorgaanbod.

Zorgverzekeraars kunnen ook prikkels voor kwaliteit creëren door *shared savings contracts* op te stellen. Deze methode vereist echter dat zij uitgekende informatie hebben over de relatie tussen een verbetering en de daaruit resulterende besparingen. Een variant hiervan is dat zorgverzekeraars zorgaanbieders directe of indirecte subsidies geven om zo de investeringskosten van kwaliteitsverbeteringen te delen. Dit gebeurt nu al via de regeling Initiatiefruimte ziekenfondsverzekering en de lokale productiegebonden toeslag.

Van de hier beschreven methodes om via de bekostiging de kwaliteit van zorg te stimuleren lijken het toepassen van bonussen en het subsidiëren van investeringen in kwaliteit vooralsnog de beste.

UITDAGING

Naast de eerder beschreven systeemgebonden en culturele beperkingen zijn er ook algemene belemmeringen die toepassing van de verschillende strategieën ingewikkeld maken. Ze vormen een uitdaging voor patiënten, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en beleidsmakers. Een eerste uitdaging is het ontwikkelen van de juiste mix van kwaliteitscriteria. Prikkels die zijn gebaseerd op een handvol kwaliteitsindicatoren, kunnen zorgaanbieders ertoe aanmoedigen hun inspanningen te focussen op die gebieden waarvoor de indicatoren zijn ontwikkeld; andere belangrijke aspecten van zorg worden dan veronachtzaamd. Dat kan mogelijk worden opgelost door de

Bonussen en investeringssubsidies

hoge investeringen is uitbreiding van de capaciteit op grote schaal niet op korte termijn te realiseren. Een tweede beperking is het gegeven dat het lastig is om patiënten naar een *preferred provider* te sturen. Een mogelijke oplossing zou zijn de keuze van een patiënt voor een kwalitatief goede zorgaanbieder te bevorderen via bijvoorbeeld premiekortingen of een lagere eigen bijdrage.

De hier beschreven beperkingen leiden ertoe dat selectief contracteren - van met name ziekenhuiszorg - op dit moment en waarschijnlijk ook in de nabije toekomst een beperkt instrument is om de kwaliteit van zorg te stimuleren.

FINANCIËLE PRIKKELS

Het opnemen van financiële prikkels voor kwaliteit in het bekostigingssysteem is niet gewoonweg bedoeld om 'goede' zorgaanbieders te belonen of

keren als zorgaanbieders aan de vooraf afgesproken kwaliteitseisen voldoen. Gezien de ervaringen in het buitenland is de kans echter groot dat deze methode op weerstand en wantrouwen van de zorgaanbieders zal stuiten.

Het belonen van goed presterende aanbieders via een kwaliteitsprijs is een ander voorbeeld van een financiële prikkel. De 'beloning' is dan: méér volume. Dit werkt echter alleen als er sprake is van overcapaciteit. Bovendien blijken patiënten die informatie over de prestaties van zorgaanbieders krijgen, deze niet noodzakelijkerwijs te gebruiken als zij een zorgaanbieder moeten kiezen. Ook dit zou deels kunnen worden aangestuurd via de eigen bijdrage. Sommige verzekeraars trachten patiënten te sturen door een bedrag uit te keren als zij naar een *preferred provider* gaan. Maar net als selectief contracteren is ook dit beperkt toepasbaar



BEELDEN: PHOTOS.COM

indicatoren af te wisselen en het aantal indicatoren dat gekoppeld is aan de bekostiging, in de loop der tijd uit te breiden.¹⁰ Inspanningen om zorgaanbieders via de bekostiging te motiveren zullen daarnaast pas echt effect hebben als de zorgverzekeraars met een *pay for performance*-programma een wezenlijk deel van

zien dat een malussysteem of een *at risk*-systeem op weerstand van de zorgaanbieders stuiten en daardoor weinig kans van slagen hebben. Verder zal de hoogte van de prikkels gelijk moeten blijven of zelfs moeten stijgen om hetzelfde effect te blijven sorteren. Dit leidt tot de vraag hoe op de lange termijn genoeg geld kan wor-

Een malussysteem heeft weinig kans van slagen

de patiëntenpopulatie van de betreffende zorgaanbieder vertegenwoordigen of met elkaar samenwerken. Zorgverzekeraars zouden centraal kwaliteitsindicatoren kunnen ontwikkelen om te voorkomen dat zorgaanbieders met verschillende kwaliteitseisen te maken krijgen. Dan zou wel - ook uit mededingingsoverwegingen - moeten worden besloten dat de wijze en de hoogte van de vergoeding afzonderlijk door elke zorgverzekeraar wordt bepaald. Een voorbeeld hiervan is het *pay for performance*-initiatief van de zes grootste verzekeraars in California.¹² Deze hebben samen een set van criteria ontwikkeld en gekoppeld aan een bonus waarvan de hoogte door elke zorgverzekeraar onafhankelijk wordt bepaald. Daarnaast moet de kwaliteit van de gegevens goed zijn om *gaming*, onjuiste weergave van de gegevens en fraude te voorkómen.

DEMOTIVATIE

Financiële prikkels kunnen tot demotivatie bij de zorgaanbieders leiden als de zorgaanbieders ze opvatten als een bedreiging van hun professionele autonomie. Dit zal vooral het geval zijn als zorgverzekeraars de regels opstellen en beslissen over wat belangrijk is in het leveren van zorg. Vooral voor kleinere zorgverzekeraars vormen ook de stijgende transactiekosten een belemmering, voortvloeiend uit de extra tijd, mensen en geld die nodig zijn om de performance van de zorgaanbieders te monitoren. De ervaringen in andere landen laten

den vrijgemaakt om deze programma's te financieren. De bereidheid van zorgverzekeraars om voor een betere kwaliteit méér te betalen hangt mede af van de vraag of zij deze investeringen weer kunnen terugverdienen door meer verzekerden of een hogere premie of doordat de verbeteringen elders in het systeem tot besparingen leiden. Het terugverdienen van investeringen veronderstelt dat zorgverzekeraars op kwaliteit gaan concurreren. Doordat patiënten ervan uitgaan dat de geboden zorg overal ongeveer dezelfde kwaliteit heeft, zullen zij voornamelijk zijn geïnteresseerd in een lagere premie.

CENTRALE ROL

In het toekomstige systeem van gereguleerde concurrentie krijgen zorgverzekeraars een centrale rol als prijs- en kwaliteitsbewuste collectieve zorginkopers namens hun verzekerden. Prikkels om de kwaliteit te bevorderen ontbreken in de bekostigingssystemen;¹³ daarom hebben de zorgverzekeraars een verantwoordelijkheid om actief op kwaliteit te sturen via de zorginkoop. Op de korte termijn kan dat met behulp van *pay for performance*-initiatieven, op de lange termijn zou de verantwoordelijkheid meer bij de consumenten kunnen komen. De rol van zorgverzekeraars zou dan zijn om infor-

- Als zorginkopers hebben zorgverzekeraars een verantwoordelijkheid om expliciet op kwaliteit te sturen. Dat komt mede door het ontbreken van intrinsieke prikkels binnen de verschillende bekostigingssystemen om de kwaliteit van zorg te verbeteren.
- Voorbeelden uit het buitenland laten zien hoe zorgverzekeraars dat kunnen doen
- Door schaarste in delen van het zorgaanbod zijn twee strategieën op korte termijn waarschijnlijk de beste: sturen op kwaliteit via bonussen en het subsidiëren van investeringen in kwaliteit.
- Een landelijke aanpak van kwaliteitscriteria verhoogt de transparantie en de effectiviteit van het sturen op kwaliteit en voorkomt dat zorgaanbieders worden geconfronteerd met een veelvoud aan criteria.

matie over de beste behandelmethodes en de beste zorgaanbieders te verzamelen en te verspreiden. Vooral nog lijkt het vooral goed om valide en landelijk gestandaardiseerde prestatie-informatie over de zorg te genereren en de eerder geschetste, bij de Nederlandse situatie passende *pay for performance*-initiatieven, prudent door te voeren. ■

drs. T. Custers,
junior-onderzoeker, afdeling Sociale Geneeskunde

prof. dr. N.S. Klazinga,
hoogleraar sociale geneeskunde,

Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam

Correspondentieadres: drs. T. Custers, tel: 020-5666450,
fax: 020-6972316, e-mail: t.custers@amc.uva.nl

Literatuur

1. Leatherman S, Berwick DM, Iles D, Lewin LS, Davidoff F, Nolan T, Bisognano M. The business case for quality: Case studies and an analysis. *Health Affairs* 2003; 22(2): 17-30.
2. Coye MJ. No Toyotas in Health Care: Why medical care has not evolved to meet patients' needs. *Health Affairs* 2001; 20(6): 44-56.
3. Committee on Quality of Health Care in America: Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. National Academy Press, Washington, 2001.
4. Dudley RA, Miller RH, Korenbrot TY, Lufi HS. The impact of financial incentives on quality of health care. *Milbank Q.* 1998; 76(4): 649-86.
5. Dalhuijsen J. Kwaliteit loont ... en hoe!? *Huisarts en wetenschap* 2004 47 (6): 274-8.
6. Midwest Business Group on Health (MBGH) Reducing the costs of poor-quality health care through responsible purchasing leadership. Chicago, 2002.
7. Vittorio M., Goldfarb NI., Carter C., Nash DB. Value-Based Purchasing A Review of the Literature. Jefferson Medical College / Thomas Jefferson University. Report for the Commonwealth Fund, 2003.
8. Gosfield AG, Reinertsen JL. Doing Well By Doing Good: Improving the Business Case for Quality. 2003 www.gosfield.com.
9. Kooij van der J. Ziekenfondsen maken nog weinig DBC-afspraken. *CVZ magazine*. Juli 2004: 20-21.
10. Epstein AM, Lee TH, Hamel MB. Paying physicians for high-quality care. *N Eng J Med.* 2004 Jan 22; 350(4): 406-10.
11. Gibbels M. Prestatieafspraken: punten scoren voor de bonus. *Contractuele samenwerking volgens bonus/malus-systeem. ZorgVisie* 2003; 8: 26-9.
12. Meyers S. Pay for performance: health plans tie cash incentives to quality. *Trustee* 2002 July/August.
13. Custers T, Ineveld van BM, Sol JCA, Klazinga NS. Kosten en baten. Een bekostigingsstructuur ter bevordering van het kwaliteitsbeleid. *Medisch Contact.* 2003 58(22): 912-914