



› Meta-inventarisatie uitkomstgericht contracteren en organiseren

Transitie van exceptie naar conventie

30 april 2020

Jan-Peter Heida
Reinout Miedema
Boris Peltenburg
Michelle Rijnen

Meta-inventarisatie uitkomstgericht contracteren en organiseren

Introductie

Aanleiding en opdracht aan SiRM

Hoofdstuk 1

Analyse van kenmerken van bestaande uitkomstgerichte contracten en organisatievormen

Hoofdstuk 2

Rode draad in bestaande uitkomstgerichte contract- en organisatievormen:

- Prikkel
- Effecten
- Aanpak

Hoofdstuk 3

Suggesties voor vervolgonderzoek

Bijlages

1. Overzicht van gehouden interviews
2. Referenties
3. Longlist uitkomstgerichte contractvormen



Aanleiding en opdracht aan SiRM


SiRM is gevraagd om een meta-inventarisatie te maken van contract- en organisatievormen waarin uitkomsten een centrale rol hebben

Aanleiding



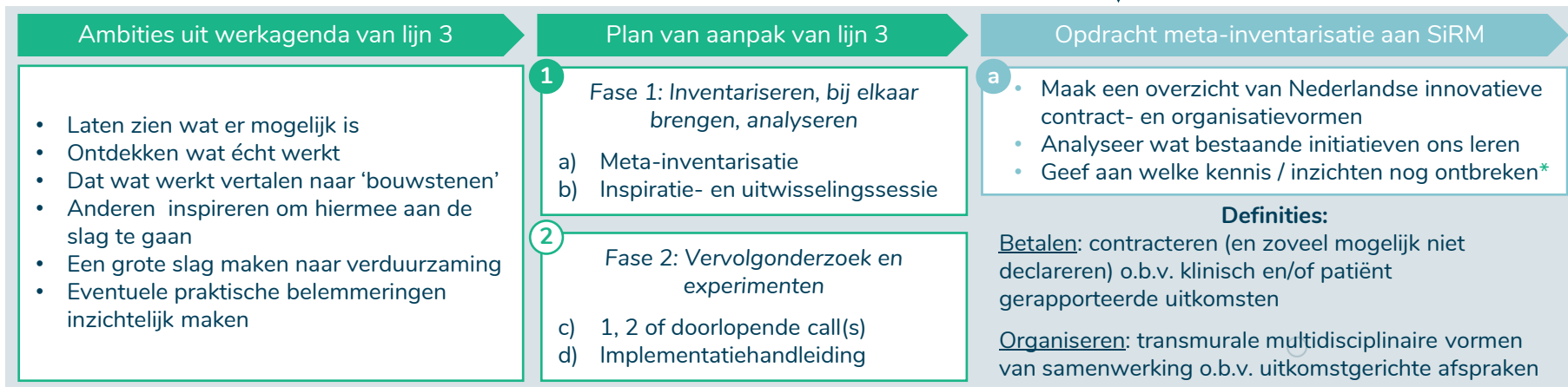
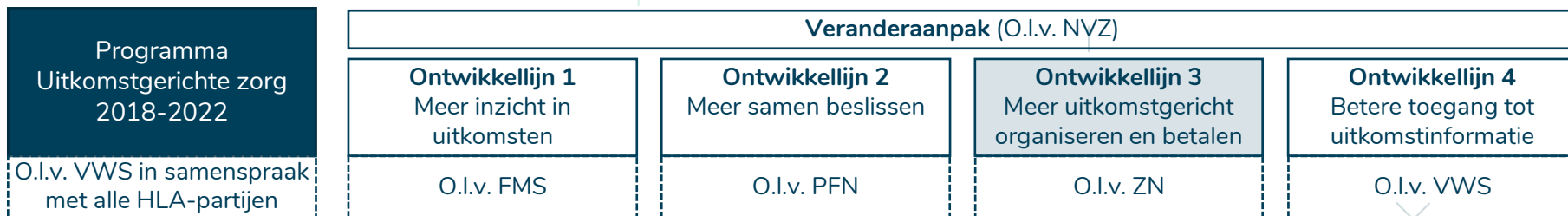
- In 2018 heeft het ministerie van VWS het programma Uitkomstgerichte Zorg in het leven geroepen, met als doel een meer op uitkomsten gerichte medisch specialistische zorg.
- De uitvoering van het programma is een gezamenlijke opgave van de partijen uit het hoofdlijnenakkoord (HLA) medisch specialistische zorg.
- Programmalijn 3, 'Meer uitkomstgericht organiseren en betalen', is gericht op het stimuleren van uitkomstgericht contracteren en organiseren. De eerste fase van deze programmalijn omvat het uitvoeren van een 'meta-inventarisatie'.

Opdracht aan SiRM



- Voer een meta-inventarisatie uit van innovatieve contract- en organisatievormen waarin uitkomsten van medisch specialistische zorg een centrale rol hebben.
- Geef aan welke rode draad uit dit overzicht te destilleren valt.
- Geef aan welke kennis en inzichten nog ontbreken om de hoofdvragen uit de programmalijn te kunnen beantwoorden.

De meta-inventarisatie is de eerste fase van ontwikkellijn 3 van het programma 'Uitkomstgerichte Zorg 2018-2022'



SiRM heeft in 4 stappen een longlist opgesteld, kenmerken geïnventariseerd, lessen getrokken en suggesties voor vervolg gedaan

1

Kenmerken

- Bepalen kenmerken van contracten, zoals:
 - Contractvormen
 - Betrokken stakeholders
 - Type afspraken
 - Kwaliteitsindicatoren

22 jan – 30 jan

2

Longlist

- Opstellen longlist door voeren interviews met, voor zover bereid en tijdig beschikbaar:
 - HLA-partijen
 - Zorgverzekeraars
 - Zorgaanbieders
 - Toezichthouders
 - Gezondheidseconomen
 - Diverse organisaties

22 jan – 31 mrt

3

Lessen

- Uitwerken lessen en ervaren effecten door:
 - Interviews
 - Desk research

24 feb – 31 mrt

4

Kennislacunes

- In kaart brengen welke kennis nog ontbreekt
- Suggesties geven hoe deze lacunes te vullen t.b.v. fase 2 van ontwikkellijn 3

1 apr – 17 apr

Uitkomstgericht contracteren en organiseren gebeurt op kleine schaal. Nader onderzoek nodig voor transitie van exceptie naar conventie

Analyse
kenmerken

De inventarisatie bevat in totaal 69 contracten, waarvan 16 met detailinformatie*. We onderscheiden daarin vier kenmerken.

Daarnaast organiseren verschillende zorginstellingen initiatieven om uitkomsten in te zetten bij 'samen beslissen' of het verbeteren van zorg

Rode draad

Prikkels: Voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars zijn er anno 2020 onvoldoende prikkels om op uitkomsten te contracteren en organiseren.

Effecten: Het effect van uitkomstgericht contracteren is in de praktijk nog onvoldoende in beeld en in de literatuur niet eenduidig bewezen.

Gefaseerde aanpak: Een gefaseerde aanpak lijkt goed te werken om uitkomstgericht contracteren en organiseren te bevorderen.

Nader onderzoek

Voor verdere ontwikkeling van uitkomstgericht contracteren en organiseren is nader onderzoek nodig, gericht op:

- handvatten identificeren voor opschaling
- inzicht creëren in de effecten op kwaliteit, kosten en volume



Hoofdstuk I



Analyse van kenmerken van bestaande uitkomstgerichte contracten en organisatievormen



In de meta-inventarisatie keken we naar vier kenmerken van uitkomstgerichte contracten en organisatievormen



Contractvormen

- Looptijd
- Type zorg
- Contractwaarde
- Standaardcontract (op basis van prospectussen) vs. maatwerk



Stakeholders

- Betrokken organisaties
- Enkelvoudig vs. meervoudig*
- Intern betrokken partijen



Type afspraken

- Kwaliteit: niveau of verbetering
- Vergelijkend of normatief
- Veiligheidsventielen



Kwaliteitsindicatoren

- Uitkomst, proces en structuur
- Klinisch en patiëntgerapporteerd (PROM)

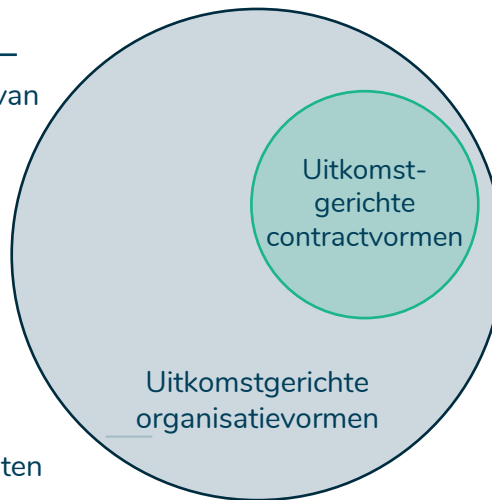
Van alle initiatieven rondom uitkomstgerichte zorg is een select aantal bestendig in contracten

Uitkomstgerichte organisatievormen

Definitie: Transmurale multidisciplinaire vormen van samenwerking o.b.v. uitkomstgerichte afspraken.

Context: Zorgaanbieders zijn vaak in enige vorm bezig met uitkomstgerichte zorg, in programma's (zoals VBHC) of in (interne) projecten.

Details: Uitkomstgerichte organisatievormen waren lastig te inventariseren. Veel organisatievormen zijn niet in documenten vastgelegd. Daarnaast bleek het voor geïnterviewden moeilijk voorbeelden aan te dragen die voldoen aan de definitie van uitkomstgerichte organisatievormen.



Uitkomstgerichte contractvormen

Definitie: Contracteren (en zoveel mogelijk niet declareren) o.b.v. klinisch en/of patiënt gerapporteerde uitkomsten.

Context: In een beperkt aantal gevallen bestendigen zorgverzekeraars en -aanbieders uitkomstgerichte organisatievormen in een contract.

Details: Uitkomstgerichte contracten waren makkelijker te inventariseren, omdat het een duidelijk afgebakende groep is. Daarnaast worden contracten (over het algemeen) vastgelegd in documenten. De geïnterviewde contracten zijn te raadplegen in de longlist (zie bijlage 3).

Organiseren: We zien verschillende initiatieven om uitkomsten in te zetten bij ‘samen beslissen’ of het verbeteren van zorg

‘Experiment Uitkomstindicatoren’ van Santeon

Met dit project zetten de Santeon ziekenhuizen* zorguitkomsten – zowel klinische als door de patiënt gerapporteerde uitkomsten – in om de patiënt meer inzicht te geven over (het verwachte resultaat van) de mogelijke behandelingen. Voor CVA, borstkanker en chronisch nierfalen wordt onderzocht:

- op welke manier informatie het best kan worden aangeboden
- wat het effect is van de aangeboden informatie (Is de patiënt beter in staat tot meebeslissen? Leidt het tot meer tevreden patiënten? Heeft het invloed op kosten en uitkomsten?)

Zorgladder

Dataplatform Zorgladder maakt de kwaliteit van de medisch-specialistische zorg in Nederland inzichtelijk door het effect van een behandeling op de gezondheid van de patiënt te analyseren:

- Bundelen, analyseren en vergelijken van uitkomsten uit PROMs en een verzameling van medische indicatoren.
- Geven van betekenis aan informatie via stuur- en spiegelinformatie zodat zorgaanbieders de zorg kunnen verbeteren.

Alle ziekenhuizen, UMC's en ZBC's die MSZ leveren, kunnen meedoen.

PROMs in de spreekkamer

Pilot PROMs Nefrologie:

Ontwikkeling van een landelijke registratie van PROMs voor nierpatiënten met chronisch nierfalen. Onderdeel van de pilot is het actief terugkoppelen van resultaten van de PROMs in de spreekkamer. De PROMs worden onderdeel van ‘Renine’, waaraan dialysecentra jaarlijks (verplicht) data leveren.

SpA-Net:

Register voor spondyloarthritis om transparantie en spiegelinformatie te verschaffen over uitkomsten van behandelingen aan behandelaar én patiënt. Zij monitoren samen ziekteactiviteit en kwaliteit van leven (PROMs) en voeren het gesprek hierover.

Xpert Clinics:

Richt hand- en polszorg rondom VBHC-principes in. Gedurende de behandeling worden uitkomsten gemeten door patiënt (PROMs en PREMs) en zorgverlener (medische indicatoren). De uitkomsten worden gecombineerd met informatie uit het EPD. Xpert Clinics gebruikt deze informatie om samen beslissen te bevorderen, vergelijkt uitkomsten van artsen en therapeuten onderling om het eigen behandelbeleid te verbeteren, en zet de informatie in voor onderzoek om de zorg ook buiten de organisatie te verbeteren.

Contracteren: De inventarisatie bevat in totaal 69 contracten, waarvan 16 met detailinformatie



- Detailinformatie over contracten bleek moeilijk te achterhalen:
 - Contractdocumenten kunnen niet openbaar gedeeld worden.
 - Geïnterviewden zijn vaak niet op de hoogte van alle details.
- Voor een aantal standaardcontracten is detailinformatie beschikbaar, aangezien aan deze contracten vaak een prospectus ten grondslag ligt.

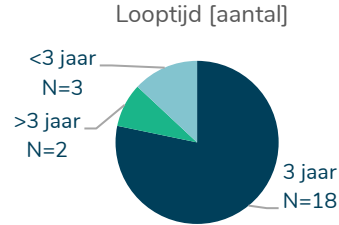


De inventarisatie geeft inzicht in de karakteristieken van bestaande uitkomstgerichte contracten



Contractvormen

Maatwerk-contract	Standaard contractmodel
7	6



Uitkomstgerichte contracten hebben gemiddeld een looptijd van 3 jaar. Maatwerkcontracten en standaardcontracten komen ongeveer even vaak voor.



Stakeholders

Enkelvoudig	Meervoudig*
4	6

Meervoudige contracten en organisatievormen (d.w.z. afspraken met meerdere partijen) kunnen zowel maatwerk contracten (3) als standaard contractmodellen (3) zijn. De enkelvoudige afspraken in de inventarisatie zijn allemaal maatwerkcontracten.



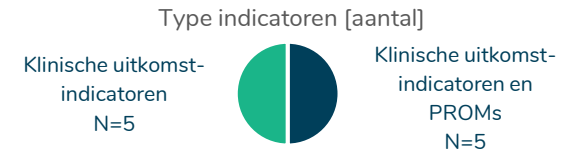
Type afspraken

	Prikkel op basis van prijs	Prikkel op basis van volume
Beloning op basis van verbetering	5	3
Beloning op basis van niveau	3	0

Alle contracten in de inventarisatie hebben een absolute beloning op basis van een discrete prikkel. Enkel de basis voor deze beloning en prikkel verschillen.



Kwaliteitsindicatoren



Bij de helft van contracten en organisatievormen worden PROMs in combinatie met klinische indicatoren gebruikt om uitkomsten te meten. Er waren geen contracten met enkel PROMs als kwaliteitsindicatoren.

De looptijd van uitkomstgerichte contracten is meerjarig, maar door focus op enkele patiëntgroepen is de waarde relatief laag



Contractvormen

Looptijd: Uitkomstgerichte contracten hebben een meerjarige looptijd: meestal 3 jaar (80%) maar soms ook 5 of zelfs 10 jaar. Meerjarige contracten

- geven zorgaanbieders ruimte om structureel te werken aan het verbeteren van uitkomsten
- doen recht aan de wederzijdse afhankelijkheid tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder
- dragen bij aan het onderlinge vertrouwen, maar geven ook onzekerheid over de periode erna.

Deel van zorg: Uitkomstgerichte contracten richten zich nagenoeg altijd op specifieke aandoeningen, zoals heup- en knieervangingen, borstkanker en reuma.

Contractwaarde: Hierdoor is de contractwaarde niet meer dan enkele procenten van de totale omzet.



Good practice Dakpancontractering

- Bij 'dakpancontractering' bepalen zorgaanbieder en zorgverzekeraar gezamenlijk doelstellingen ten aanzien van uitkomsten, veiligheid en doelmatigheid.
- De doelstelling wordt bestendigd in een meerjarig contract met resultaatverplichting.
- Partijen evalueren jaarlijks: de eerste jaren vooral op inspanning en vervolgens op behaalde uitkomsten.
 - Op basis van de jaarlijkse evaluatie wordt bij goede prestatie steeds een nieuw meerjarig contract afgesloten.
 - Bij ondermaatse prestatie wordt, aansluitend op het bestaande meerjarige contract, een basiscontract met lagere tarieven gesloten.

In de inventarisatie komen vooral meervoudige contractvormen terug, met wisselende betrokkenheid van MSB's



Stakeholders

Meer dan de helft van de uitkomstgerichte contracten en samenwerkingen zijn meervoudig afgesloten tussen zorgaanbieders en een zorgverzekeraar. De betrokkenheid van het MSB bij de onderhandelingen varieert.

Enkele voorbeelden:

Ketencontract Zilveren Kruis en Rotterdam Stroke Service* hebben een bundled payment contract beroertezorg.

Samenwerking Huid Medisch Centrum is een samenwerking tussen ZBC Centrum Oosterwal en AUMC op het gebied van huidzorg. Dermatologen en huidtherapeuten werken samen op één adres, zodat onderzoek, diagnose en behandeling aansluitend plaatsvindt.

Meervoudig contract Zes Santeon ziekenhuizen en Menzis, CZ en Multizorg hebben een gezamenlijk uitkomstgericht contract voor borstkankerzorg.



Good practice

Bestuursraad Zuyderland

- In het Zuyderland ziekenhuis zijn Raad van Bestuur en Medisch Specialistisch bedrijf geïntegreerd in een bestuursraad, waarin zij samen vergaderen en besluiten.
- Voor een RvB is het complex om zelfstandig met verzekeraars te contracteren op uitkomsten:
 - Uitkomsten zijn immers het resultaat van de zorg die medisch professionals – in samenspraak met patiënten – leveren.
 - Bovendien is het MSB überhaupt een cruciale stakeholder in de gehele bedrijfsvoering van ziekenhuizen.
- Met een bestuursraad kunnen breed gedragen afspraken worden gemaakt over prijs, volume én uitkomsten van zorg.

De beloning in uitkomstgerichte contracten is meestal absoluut en wordt gebaseerd op (twee)jaarlijkse verbetering

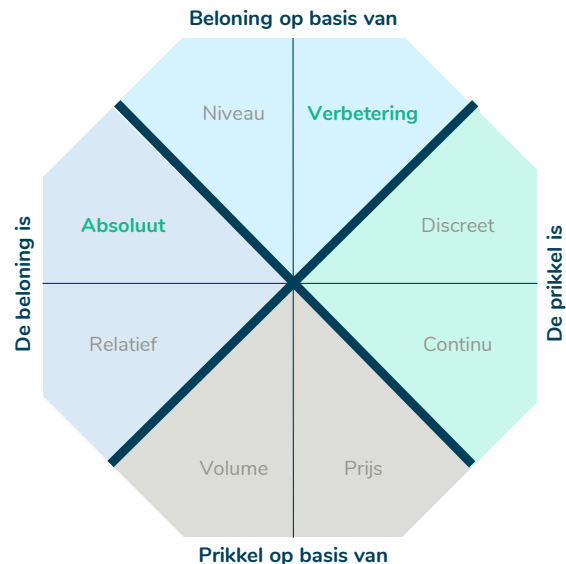


Type afspraken

Het type afspraak in uitkomstgerichte contracten wordt bepaald door de manier van belonen en het soort prikkel dat wordt geïntroduceerd (zie figuur).

De **beloning** in uitkomstgerichte contracten is

- altijd **absoluut**. Het toekennen van de beloning is daarmee volledig afhankelijk van de prestatie van de betreffende zorgaanbieder, en dus niet van prestaties van andere zorgaanbieders (relatief ofwel benchmark).
- En wordt in ruim driekwart van de gevallen toegekend op basis van **jaarlijkse verbetering**. In sommige contracten krijgen zorgaanbieders twee jaar de tijd voor verbetering. In het resterende kwart wordt de beloning toegekend op basis van niveau (bijvoorbeeld: complicatie-incidentie moet lager dan 2% zijn).



Absoluut zorgaanbieder ontvangt een bonus bij complicatie-incidentie van <2%

Relatief zorgaanbieder ontvangt een bonus als complicatie-incidentie lager is dan de gemiddelde incidentie

Niveau zorgaanbieder ontvangt bonus bij complicatie-incidentie <2%, waarbij alleen de prestatie in het huidige jaar telt

Verbetering zorgaanbieder ontvangt een bonus als de complicatie-incidentie 10% lager is dan het voorgaande jaar

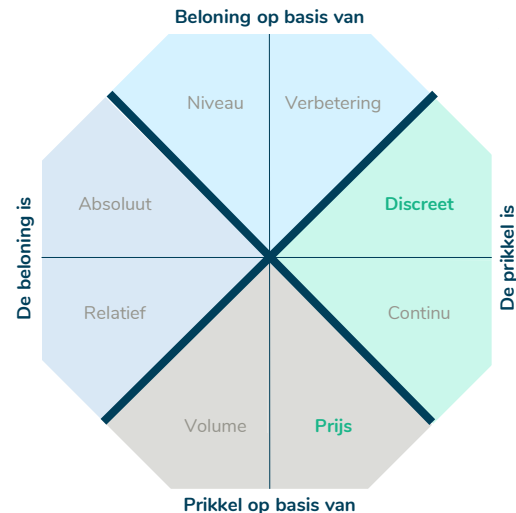
De prikkel die bij de beloning wordt geïntroduceerd is vaak discreet en op basis van prijs



Type afspraken

- Alle uitkomstgerichte contracten in de inventarisatie kennen een **prikkel** die **discreet** is. Het beloningsmechanisme wordt zelf niet sterker, zolang de tot doel gestelde (twee)jaarlijkse verbeteringen worden gerealiseerd.
- De prikkel wordt in driekwart van de gevallen toegekend op basis van **prijs**. Zorgaanbieders ontvangen, boven een afgesproken drempelwaarde of bij verbetering, een hoger DBC-tarief of van tevoren afgesproken financiële beloning.
- Voor het resterende kwart is de prikkel op basis van **volume**. Zorgverzekeraars stimuleren klanten om gebruik te maken van kwalitatief hoogwaardige zorg. Dit kan resulteren in een hoger volume van patiënten dat voor deze preferente zorgaanbieders kiest. Het toekennen van vrije volumes geeft hiervoor ruimte.¹

Veiligheidsventiel: Omdat vrije volumes zouden kunnen aanzetten tot indicatieverruiming, zien we voorbeelden waarbij een TTP hier op monitort o.b.v. declaratiedata van verzekeraars.



1010
1010

Discreet zorgaanbieder ontvangt een vaste bonus bij complicatie-incidentie van <2%

Continu zorgaanbieder wordt beloond voor elk procentpunt lagere complicatie-incidentie

Volume zorgaanbieder mag een hoger volume aan zorg leveren

Prijs zorgaanbieder ontvangt een hoger tarief per DBC/bundel

Qua type afspraken zien we daarnaast interessante voorbeelden van hoe partijen zich zowel intern als extern organiseren



Good practice

Uitkomstgerichte vergoeding vakgroepen

- In het Zuyderland Ziekenhuis is de vergoeding aan medisch specialisten deels afhankelijk van de mate waarin vakgroepen participeren in uitkomstgerichte zorg. Factoren die meewegen:
 - Het ontwikkelen van zorgpaden
 - Het vormgeven van samen beslissen (relatie met ontwikkellijn 2 van het programma)
 - Het periodiek evalueren met de vakgroep van kwaliteit en uitkomsten van zorg
- Hoewel het procesmatige factoren betreft, is deze werkwijze een goed voorbeeld van hoe zorgaanbieders intern aandacht kunnen besteden aan transparante beloning van uitkomsten van zorg.



Good practice

Verbetercyclus met ondersteuning TTP*

- Als onderdeel van haar waardegerichte inkooptrajecten faciliteert Menzis in samenwerking met deelnemende zorgaanbieders en i2i verbetercycli.
- Op periodieke **spiegelbijeenkomsten** evalueren zij de uitkomsten en kosten van zorg en identificeren verbeterpotentieel.
- De data worden gebenchmarkt door een onafhankelijke partij**:
 - Uitkomsten (Zorginzicht, DICA, LROI)***
 - Kostendrijvers (declaratiedata Menzis)
- Daarnaast vinden methodologische **doorontwikkelbijeenkomsten** plaats, waarbij gekeken wordt naar o.a. betere correctie voor casemix en het betrekken van ketenuitkomsten

Het aantal uitkomstindicatoren neemt jaarlijks toe maar is anno 2020 nog steeds relatief beperkt



Kwaliteitsindicatoren

- Het aantal openbaar beschikbare uitkomstindicatoren neemt de afgelopen jaren toe. Partijen geven desondanks aan dat uitkomstinformatie anno 2020 nog steeds relatief beperkt is, zeker in verhouding tot het aantal proces- en structuurindicatoren. Van de indicatoren in de sets van IGJ en ZiNL is circa 23% een uitkomstindicator.²
- Klinische registraties, zoals DICA, LTR en de NKR*, omvatten ook relevante uitkomstmaten, maar zijn beperkt inzichtelijk voor zorgverzekeraars.
- Partijen geven aan dat bruikbare uitkomstindicatoren:
 1. Onderscheidend vermogen hebben (in staat verschillen te duiden tussen zorgaanbieders)
 2. Betrouwbaar zijn (beperkte fluctuatie)
 3. Valide zijn (gecorrigeerd voor case-mix en relevant voor patiënt)

Voorbeelden van uitkomstindicatoren

Type zorg	Uitkomstindicatoren	Indicatorenset
Borstkanker	<ul style="list-style-type: none">- Positieve snijvlakken- Ongecompliceerd beloop- Overleving- PROM kwaliteit van leven	ICHOM
Heup- en knie vervanging	<ul style="list-style-type: none">- Diepe wondinfectie < 90 dagen- Revisies < 1 jaar- PROM verschil score voor en na behandeling	ZiNL
Cataract	<ul style="list-style-type: none">- Visuswinst na operatie- Percentage met behaald beoogd resultaat na operatie- PROM verschil voor en na operatie	ZiNL & IGJ

Bij een uitkomstgericht contract was het % borstbesparende ingrepen een uitkomstmaat, waarbij een hoge score duidde op een goede uitkomst. Tijdens een evaluatie bleek dat patiënten in een specifieke regio vaak zelf kozen voor amputatie, omwille van de zekerheid die dat biedt. Dit had gevolgen voor de validiteit van de uitkomstindicator in deze regio.



Hoofdstuk 2

Rode draad in bestaande uitkomstgerichte contracten en
organisatievormen

Uitkomstgericht contracteren en organiseren gebeurt op kleine schaal

Prikkels

Voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars zijn er anno 2020 onvoldoende prikkels om op uitkomsten te contracteren en organiseren.

Effecten

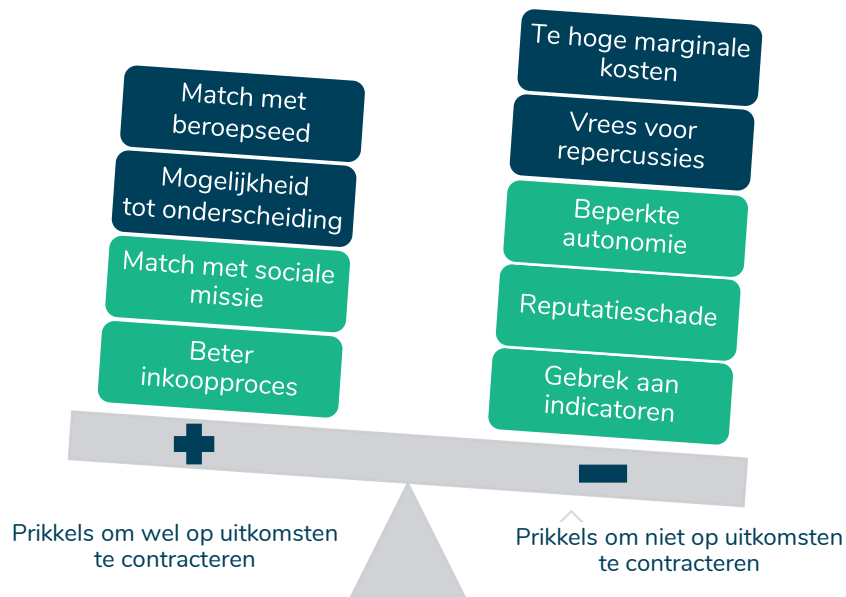
Het effect van uitkomstgericht contracteren is in de praktijk nog onvoldoende in beeld en in de literatuur niet eenduidig bewezen.

Gefaseerde aanpak

Een gefaseerde aanpak lijkt goed te werken om uitkomstgericht contracteren en organiseren te bevorderen.

Prikkels

Voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars zijn er anno 2020 vooral prikkels* om niet op uitkomsten te contracteren en organiseren



Zorgaanbieders kunnen zich onderscheiden door uitkomsten te delen, maar vrezen mogelijke repercussies van zorgverzekeraars

Mogelijkheid tot onderscheiding



- Zorgaanbieders en zorgprofessionals willen zich onderscheiden van concurrenten en collega's. Aangezien zij dus graag uitkomsten spiegelen en van elkaar leren, is hier niet per se een formeel contract voor nodig.

Match met beroepseed



- Zorgprofessionals hebben een intrinsieke motivatie om kwalitatief hoogwaardige zorg te leveren. Artsen beloven met de Eed van Hippocrates zo goed mogelijke zorg te leveren en hierin het belang van de patiënt voorop te stellen.

Vrees voor repercussies



- Onder zorgprofessionals bestaat de vrees dat zorgverzekeraars uitkomstinformatie tegen hen gaan gebruiken, bijvoorbeeld door bepaalde behandelingen niet in te kopen.



= wetenschappelijke bron



= ervaringen uit praktijk

Hogere marginale opbrengst voor zorgaanbieders is nodig om uitkomstgericht contracteren en organiseren te bevorderen

Te hoge marginale kosten

- Doordat de marginale kosten hoger zijn dan de marginale opbrengsten (zie kaders), zijn zorgaanbieders nu niet geneigd uitkomstgericht te contracteren.
 - De marginale kosten zijn temeer hoog omdat afspraken met een verzekeraar niet (zomaar) hergebruikt kunnen worden bij andere verzekeraars.
 - Daarnaast wordt de waarde van beloningen beperkt door:
 - Het gebruik van aanneemsommen: vrije volumes leiden niet tot extra opbrengst zolang de productie van de zorgaanbieder onder de afgesproken aanneemsom ligt
 - Het gehanteerde tarief: hogere tarieven worden niet altijd als hoog ervaren door de zorgaanbieder, bijvoorbeeld omdat deze gebaseerd zijn op verouderde landelijke declaratiedata
- Ten aanzien van uitkomstgericht organiseren is de beleving bij zorgprofessionals dat de beloning van uitkomsten niet terugvloeit naar de verdere verbetering van zorg (algemeen of bij hun specialisme), maar verdwijnt in de algemene middelen van het ziekenhuis. Dit terwijl juist de professional samen met de patiënt de uitkomsten realiseert. Zoals beschreven in hoofdstuk 2, is er een voorbeeld waarbij de interne vergoeding aan medisch specialisten deels afhankelijk is van kwaliteit.

Marginale kosten

- Verbeteren van uitkomsten (initiatieven, kennisdeling, betrekken patiënt)
- Selecteren/ontwikkelen uitkomstindicatoren
- Administratieve lasten
- Doorontwikkelen van uitkomstindicatoren



Marginale opbrengsten

- Vrije volumes voor patiëntgroep
- Hoger tarief per DBC of vaste bonus



Uitkomstgerichte contractering sluit aan op de maatschappelijke missie van zorgverzekeraars en kan het inkoopproces verbeteren



Match met sociale missie



Zorgverzekeraars zien het als hun maatschappelijke missie om kwalitatief hoogwaardige zorg in te kopen tegen zo scherp mogelijke prijzen.⁵ Alleen al het aangaan van de dialoog met zorgaanbieders over uitkomstgerichte contractering draagt volgens verzekeraars bij aan uitkomsten van zorg.



Beter inkoopproces



Het thema kwaliteit leidt – mede door verschillende visies op kwaliteit en gebrek aan uitkomstindicatoren – jaarlijks tot frustratie tijdens het inkoopproces. Door het opstellen van uitkomstgerichte contracten worden zorgverzekeraar en zorgaanbieder het op duidelijke en formele wijze eens over wat er toe doet. Uitkomstgerichte contracten dragen zo bij aan een efficiënter inkoopproces voor beide partijen en het onderling vertrouwen.



= wetenschappelijke bron



= ervaringen uit praktijk

Door beperkte autonomie, vrees voor reputatieschade en gebrek aan indicatoren ervaren zorgverzekeraars negatieve prikkels

Beperkte autonomie



- Door artikel 13 van de Zorgverzekeringswet (zvw) hebben zorgverzekeraars slechts beperkte mogelijkheden (bijv. keuzehulp, wachtlijstbemiddeling en keurmerken) om verzekerden te stimuleren gebruik te maken van kwalitatief hoogwaardige en gecontracteerde zorg.^{5, 6}

Kern van artikel 13: Een verzekerde heeft recht op een vergoeding van zijn verzekeraar als hij een dienst betreft van een aanbieder waar de verzekeraar geen contract mee heeft.

Reputatieschade



- Zorgverzekeraars vrezen reputatieschade wanneer zij uitkomstgericht zouden contracteren en daarmee op termijn minder/geen zorg zouden inkopen bij structureel slecht(er) scorende zorginstellingen. Consumenten zijn vaak sceptisch over de goede bedoelingen van zorgverzekeraars en ervaren uitkomstgerichte contracten als eigenbelang van verzekeraar.

Gebrek aan indicatoren



- Door een gebrek aan transparante en breed gedragen uitkomstindicatoren is het voor verzekeraars moeilijk afspraken te maken met zorgverleners over uitkomsten.⁷
 - Via de indicatorensets van IGJ en ZINL zijn veel indicatoren beschikbaar, maar het nut hiervan is beperkt omdat deze hoofdzakelijk uit structuur- en procesindicatoren en voor slechts 23% uit uitkomstindicatoren.²
 - Hoewel er steeds meer informatie beschikbaar is, is de uitkomst informatie binnen klinische registraties (bijv. DICA, LTR en Nederlandse Kankerregistratie) niet voor alle partijen inzichtelijk, waardoor het niet gebruikt kan worden in uitkomstgerichte contracten.
 - Cliëntenorganisaties, beroepsverenigingen, zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben verschillende visies op (het meten van de) kwaliteit van zorg en daarmee op uitkomstindicatoren.



= wetenschappelijke bron



= ervaringen uit praktijk

² Zorginstituut (2018)

⁵ Stolper et al. (2018)

⁶ KPMG Evaluatie zorgverzekeringswet (2014)

⁷ Van der Hijden et al. (2019)

Effecten

Het effect van uitkomstgericht contracteren is in de praktijk nog onvoldoende in beeld en in de literatuur niet eenduidig bewezen

Kwaliteit

- In de praktijk wordt ervaren dat het gebruik van uitkomstindicatoren als spiegelinformatie de kwaliteit verbetert.
- Contracteren op uitkomsten zou volgens de wetenschap mogelijk kunnen leiden tot zowel over- als onderbehandeling door risicoselectie.³
- Tevens bestaat er het risico op verschraving van overige uitkomsten die niet onderdeel vormen van het contract.⁴

Kosten

- Uit de praktijk horen we dat uitkomstgerichte zorg kan leiden tot conservatieve behandeling en lagere kosten, vaak als gevolg van overleg met de patiënt.
- Tegelijkertijd zouden door overbehandeling en eventueel onderbehandeling, de kosten per patiënt voor de betreffende aandoening mogelijk ook hoger uit kunnen vallen.

Volume

- Analyses door een verzekeraar in relatie tot enkele uitkomstgerichte contracten lieten geen bovengemiddelde volumestijging zien.
- Ondanks het toekennen van vrije volumes, verwachten verzekeraars over het algemeen geen grote effecten op volume, omdat patiënten nauwelijks te sturen zijn. Indicatieverruiming wordt in enkele gevallen expliciet gemonitord.

Gefaseerde aanpak

Om uitkomstgericht contracteren en belonen te bevorderen lijkt een gefaseerde aanpak goed te werken

1

Bepalen visie op kwaliteit

- Zorgaanbieder, beroepsvereniging, patiëntvertegenwoordiging en zorgverzekeraar zijn het eens over de betekenis van kwalitatief hoogwaardige zorg.

2

Selecteren indicatoren

- Uitkomstindicatoren worden wetenschappelijk verantwoord ontwikkeld/gekozen door professional en patiënt. De indicatoren:
 1. Sluiten aan op de moraliteit van professionals
 2. Doen ertoe voor patiënten
 3. Zijn onderscheidend, valide en betrouwbaar

3

Spiegelen

- Zorgaanbieders en professionals spiegelen de uitkomsten onderling, met als doelen:
 1. Dialoog creëren
 2. Kwaliteit verbeteren
 3. Vertrouwen opbouwen

Spiegelen stimuleert het meten van zinvolle uitkomsten en draagt bij aan het draagvlak voor uitkomstgericht contracteren en organiseren

4

Contracteren en organiseren

- Zorgaanbieder(s) en zorgverzekeraar contracteren/organiseren, waarbij:
 1. Goede uitkomsten worden beloond
 2. De beloning eerst absoluut wordt toegekend o.b.v. periodieke verbetering, later relatief via een benchmark
 3. MSB betrokken is en de beloning deels terugvloeit naar vakgroepen

5

Verbeteren

- Gedurende de looptijd vinden periodiek spiegel- en doorontwikkelbijeenkomsten plaats.*

Spiegelbijeenkomsten

Evalueren van uitkomsten en kosten en identificeren van verbeterpotentieel met begeleiding van een TTP

Doorontwikkelbijeenkomsten

Methodologische doorontwikkeling van indicatoren (bijv. betere correctie voor casemix en betrekken van ketenuitkomsten)

Hoofdstuk 3

Suggesties voor vervolgonderzoek

Voor verdere ontwikkeling van uitkomstgericht contracteren en organiseren is nader onderzoek nodig

Opschaling

Vervolgonderzoek moet handvatten identificeren die helpen bij het opschalen van uitkomstgericht contracteren en organiseren.

Effecten

Daarnaast bieden gerichte experimenten meer inzicht in effecten van uitkomstgerichte contracten en organisatievormen op kwaliteit, kosten en volume.

Vervolgonderzoek moet handvatten identificeren die helpen bij het opschalen van uitkomstgericht contracteren en organiseren

Als gevolg van bestaande prikkels worden uitkomstgerichte contracten en organisatievormen nog op beperkte schaal ingezet. Om **opschaling** te bevorderen kan vervolgonderzoek zich richten op de volgende thema's:

Dekkingsgraad*

- Welk type msz leent zich goed voor het meten van uitkomsten?
- Welke uitkomstindicatoren bestaan reeds in het openbare domein (IGJ en ZINL) voor deze types zorg?
- Welke uitkomst-indicatoren binnen klinische registraties (bijvoorbeeld DICA) kunnen bijdragen?
- Voor welke onderdelen van zorg moeten nieuwe uitkomstindicatoren ontwikkeld worden?
- In hoeverre kunnen uitkomstindicatoren op meer dan één patiëntgroep worden toegepast?

Standaardisatie

- In hoeverre kunnen onderdelen van uitkomstgerichte contracten gestandaardiseerd worden, zodat verhouding tussen marginale opbrengsten en kosten verbetert en het wiel niet bij elke patiëntgroep en elk contract opnieuw uitgevonden hoeft te worden? Bijvoorbeeld qua:
 - Gebruikte indicatoren (bijv. PROM-vragenlijsten)
 - Afbakening patiëntgroepen
 - Wijze van gegevensverzameling en monitoring (bijv. gebruik bestaande bronnen, TTP, autorisaties)
 - Gefaseerde aanpak (zie p.31)

Breder speelveld

- Hoe kunnen ZBC's op grotere schaal uitkomstgericht contracteren?
- Hoe kunnen belemmeringen daarin weggenomen worden?
 - ZBC's werken vaak samen met ketenpartners, wat het sluiten van een contract gezien de wettelijke en financiële kaders lastig maakt
 - ZBC's kunnen niet altijd concurreren met nabijgelegen ziekenhuizen, omdat zij negatieve/lage marges niet kunnen compenseren met hogere marges op andere patiëntgroepen

Daarnaast bieden gerichte experimenten meer inzicht in effecten van uitkomstgericht contracteren en organiseren

Omdat uitkomstgerichte contracten en organisatievormen op beperkte schaal plaatsvinden en meestal pas recent zijn gestart, zijn de effecten op kwaliteit en kosten in de Nederlandse setting nog niet goed in beeld. Ook in de literatuur is bewijs voor het effect van uitkomstgericht contracteren en organiseren niet eenduidig.

De **effecten** van uitkomstgericht contracteren en organiseren kunnen via gerichte experimenten en gebruik van bestaande databronnen onderzocht worden. Daarbij kunnen zij zich richten op de volgende thema's:

Kwaliteit	Kosten(effectiviteit)	Volume
<ul style="list-style-type: none">• In welke mate zien we bij uitkomstgerichte contracten en organisatievormen verbetering op uitkomsten?• In hoeverre zijn er in de praktijk signalen die wijzen op:<ul style="list-style-type: none">- Risicoselectie (over- en onderbehandeling)?- Verschraling op niet-gecontracteerde uitkomsten?	<ul style="list-style-type: none">• In welke mate zien we bij uitkomstgerichte contracten en organisatievormen een toename in kosten?• Hoe verhoudt de toename in kosten zich tot de verbetering op uitkomsten?	<ul style="list-style-type: none">• Hoe ontwikkelt het volume van betrokken patiëntgroepen zich, zowel lokaal als regionaal?• In hoeverre zijn er in de praktijk signalen die wijzen op volumestijging door indicatieverruiming?

Bijlages

Bijlage 1 Overzicht van gehouden interviews



HLA partijen

- Robert Sie, Ernst Ziere, Anne Claire van Harderwijk (FMS)
- Hans Bart, Heleen Post (PFN)
- Conny van Velder, Willemien Mullender, Renie Buist (V&VN)
- Amely Hartgring, Marian Hoekstra (ZKN)
- Marilou Muris, Lydia Vunderink (ZN)

Toezichthouders

- Richard Heijink (Nza)

Organisaties

- Machteld Huber (Institute for Positive Health)
- Mart van der Laar (Linnean Initiatief)
- Pien Schröder (Haaglanden Medisch Centrum)
- Hannah Dijkhuis, Kees-Jan den Heijer (ZonMw)
- Stijn Lambregts (Zuyderland Ziekenhuis)
- Ronald van der Bijl (MST/Santeon)
- Janneke Baars, Gabriëlle ten Broeke (NVZ)
- Caroline van Weert, Peter Buisman, Bas Nij Bijvank, Simone van Kan, (CPZ)

Individueen

- Guus Schrijvers (GS Academie)
- Kees Ahaus (Erasmus Universiteit)
- Patrick Jeurissen (Radboud Universiteit)
- Digna de Bruin (Rechtmakers)
- Wim Groot (Maastricht University)
- Wim Schellekens (WS Stichting)
- Xander Koolman (VU)
- Tim Jansen (DREAM database)
- Dennis van Veghel (Catharina en NHR)
- Frank Hoentjen (DREAM database)
- Astrid van Tubergen (SpA-Net)

Zorgverzekeraars

- Monique Kant, Rutger Soffers, Anja Lenssen (CZ)
- Leonie van der Snee (ASR)
- Frederique van Duuren, Cathelijne Ziedses de Plantes (Zilveren Kruis)
- Bert Geertsma, Suzanne Oostvogels (Menzis)
- Tim Widdershoven, Bart Verhulst (VGZ)

Bijlage 2. Referenties en overige bronnen

1. Menzis, *Inkoopdocument waardegericht inkopen Heup- en Knieartrose*, versie 01-07-2018, <https://www.menzis.nl/zorgaanbieders/zorgsoorten/medisch-specialistische-zorg/contractering/waardegericht-inkopen>
2. Zorginstituut Nederland, *Aantal indicatoren in medisch-specialistische zorg daalt met 25%*, 04-12-2018, <https://www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws/2018/12/04/aantal-structuur--en-procesindicatoren-in-medisch-specialistische-zorg-daalt-met-25>
3. F. Eijkenaar, M. Emmert, M. Scheppach, O. Schöffski. *Effects of pay for performance in health care: A systematic review of systematic reviews*, 2013, Health Policy.
4. F.P. Vlaanderen, M.A. Tanke, B.R. Bloem, M.J. Faber, F. Eijkenaar, F.T. Schut, P.P.T. Jeurissen. *Design and effects of outcome-based payment models in healthcare: a systematic review*, 2017, European Journal of Health Economics.
5. K.C.F. Stolper, L.H.H.M. Boonen, F.T. Schut, M. Varkevisser. *Managed competition in the Netherlands: Do insurers have incentives to steer on quality?* 2018, Health Policy
6. KPMG Plexus, *Evaluatie Zorgverzekeringswet*, 2014, <https://www.diagned.nl/uploads/KPMG%20rapport%20Evaluatie%20Zorgverzekeringswet.pdf>
7. E. van der Hijden, S. Steenhuis, G. Hofstra, J. van der Wolk, W. Bijlsma, J. Struijs, X. Koolman. *Ontwikkelingen in zorginkoop: van inkoop van verrichtingen naar inkoop van zorgbundels*, 2019, Maandblad voor Accountancy en Bedrijfseconomie.

Overige bronnen:

- M. E. Porter. *What is Value in Health Care?* 2010, New England Journal of Medicine
- T. Zuiderent-Jerak, K. Grit, T. van der Grinten. *Markets and Public Values in Healthcare, 2011*, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
- S. Ruwaard, R. Douven, J. Struijs, J. Polder. *Hoe kopen zorgverzekeraars in bij ziekenhuizen: Een analyse van de contracten tussen verzekeraars en ziekenhuizen*. 2014, TPE Digitaal
- P.J.G. Dohmen, E.M. van Raaij. *A new approach to preferred provider selection in health care*, 2018, Health Policy.
- D. van Veghel, E. J. Daeter, M. Bax, et al. *Organization of outcome-based quality improvement in Dutch heart centres*, 2019, European Heart Journal
- S. Steenhuis, J. Struijs, X. Koolman, J. Ket, E. van der Hijden. *Unraveling the Complexity in the Design and Implementation of Bundled Payments: A Scoping Review of Key Elements From a Payer's Perspective*, 2020, The Milbank Quarterly.

Bijlage 3. Longlist uitkomstgerichte contractvormen



Voor de longlist verwijzen wij naar de separate Excel-bijlage