

DUURZAAM CONTRACTEREN IN DE GEZONDHEIDSZORG

Waar zorgverzekeraars en zorgverleners rekening
mee moeten houden bij het sluiten van contracten
die kwaliteitsverhoging en kostenbeheersing
lonend maken.

VOORWOORD

ZORG IN DE BUURT, CONTRACT IN DE BUURT.

ZORG OP MAAT, CONTRACT OP MAAT.

ZORG VOOR DE POPULATIE, CONTRACT VOOR DE POPULATIE.

Er is een beweging gaande om de contracten in de zorg meer op gezondheidsvragen te laten aansluiten. Van focus op volumes, tarieven en zorgproducten naar focus op samenwerking tussen verzekeraar, patiënten en zorgverleners. Met als doel afstemming van de juiste zorg op de juiste plaats bij de juiste burger.

In de samenwerking worden de huidige inzichten over governance getoetst en zo nodig verbeterd. Wat is de rol van de verzekeraar, wat van de patiënt en wat van de zorgverlener? Hoe krijgen we die drie belangrijke rollen dichterbij elkaar?

Langzaam maar zeker breidt de groep mensen zich uit die zich laat leiden door de kennis en ervaring omtrent sturen op kwaliteit, sturen op gezondheid en sturen in de buurt. Het is geen geloofsgemeenschap, het is een Gideons-bende, of in meer alledaagse termen, een Coalitie, die aan de slag is gegaan met nieuwe inzichten. Sinds 2011 wisselen we geregeld inzichten uit in de 'coalitie duurzaam contracteren'. Op basis van de discussies die wij daar met elkaar voeren hebben we deze publicatie aan kunnen scherpen.

Geen bestuurlijke vergezichten maar met de voeten in de klei werken aan nieuwe, duurzame contractvormen die zorgvuldig worden geëvalueerd, in langjarige trajecten.

Hoe kunnen we het contract tussen verzekeraar en zorgverleners weer dienend laten zijn aan de gezondheidsvragen van een patiënt? Dat is de vraag die we ons stellen. Een goeie vraag vinden we, en een belangrijke.

Met deze brochure willen we onze inzichten met u delen zodat u ook aan de slag kan gaan.

Marja Appelman, SiRM

Jan-Peter Heida, SiRM

Aldien Poll, Aldien.nl

Piet Stam, SiRM

SAMENVATTING

Het gonst in Nederland en daarbuiten van de initiatieven om de bekostiging van zorg te moderniseren. Zoals populatiegebonden bekostiging, regiobudgetten, ketenzorg, een historisch budget voor een ziekenhuis, 'shared savings'-contracten voor zorggroepen en pay-for-performancecontracten voor AWBZ-instellingen.

De hierboven genoemde initiatieven scharen wij onder de term 'DUURZAAM CONTRACTEREN'. In een duurzaam contract staat de patientvraag centraal en wordt de zorgaanbieder beloond voor het efficiënt leveren van relevante kwaliteit. Insteek van de innovaties is om via integrale zorg te komen tot gezondheidswinst en demping van de kostenstijging. Integrale bekostiging van zorg op populatieniveau kan bijdragen aan betere resultaten in de zorg, doordat het zorgaanbieders de mogelijkheid en de prikkel biedt om de zorg doelmatiger te organiseren en aan te bieden.

Deze publicatie richt zich vooral op de contractrelatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. We gaan er vanuit dat wat er aan vooraf gaat – de noodzaak om doelmatiger te werken – geaccepteerd is, en we gaan niet in op wat er na komt – het daadwerkelijk verder verbeteren van de zorg. Het doel van duurzaam contracteren is dat mogelijk te maken.

Naar verwachting kan efficiëntie in de zorgverlening gepaard gaan met kwaliteitsverhoging. De financiële beloning voor de zorgverlener bestaat dan uit een groter marktaandeel als voorkeursaanbieder en het delen van de gerealiseerde kostenbesparingen met de zorgverzekeraar, de gemeente of de werkgever (shared savings). Het aandeel van de besparingen dat naar de zorgaanbieder gaat, hangt bij duurzaam contracteren af van de geleverde kwaliteit. Kwaliteit moet dus gemeten worden; hoe is onderdeel van het duurzame contract.

Met de term 'duurzaam' willen we drie belangrijke eigenschappen van de besproken contracten benadrukken:

- het effect moet op de lange termijn houdbaar zijn;
- het effect moet niet alleen gericht zijn op betaalbaarheid van zorg, maar ook op andere aspecten, zoals: kwaliteit en toegankelijkheid
- het effect moet duurzaam zijn voor alle stakeholders: patiënt, zorgaanbieder, zorgverzekeraar, overheid, gemeente en werkgevers.

KWALITEIT

Kwaliteit is een cruciaal onderdeel van duurzaam contracteren. Het gaat om kwaliteit vanuit het perspectief van de patiënt, niet alleen vanuit het perspectief van de aanbieder. Bij duurzaam contracteren ontwikkelt het meten van kwaliteit zich van het meten van indicatoren voor structuur en proces bij zorgaanbieders naar het meten van klantervaringen, gezondheid en welzijn. In deze ontwikkeling is de inbreng van de wensen van patiënten bij de definities van een duurzaam contract belangrijk.

Een duurzaam contract houdt rekening met de tijd die verstrijkt tussen het starten van verbeterinitiatieven van zorgaanbieders en het 'zichtbaar' worden van de resultaten daarvan.

TOEGANKELIJKHEID

Een duurzaam contract garandeert toegankelijkheid van zorg. Daartoe moet een zorgaanbieder er baat bij hebben om alle onder het contract vallende patiënten te helpen en, indien nodig, kunnen doorverwijzen naar een andere zorgaanbieder.

Een zorgaanbieder kan besparingen realiseren of hoger scoren op kwaliteitsindicatoren door zich op 'gezonde' patiënten te richten. Dat belemmert de toegankelijkheid voor sommige patiënten. Een duurzaam contract houdt hier rekening mee. Dat gebeurt onder andere door de efficiëntieverbetering te corrigeren voor (verandering van) aantal en opbouw van de patiëntenpopulatie en door minimumeisen voor toegankelijkheid op te nemen.

De polisvoorwaarden bepalen mede het succes van een duurzaam contract. De zorgverzekeraar stemt deze af op de afspraken die met de zorgaanbieders zijn gemaakt.

BETAALBAARHEID

De zorgaanbieder kan worden beloond voor het behaalde efficiëntieniveau (of de verbetering daarvan) in een benchmark met andere zorgaanbieders of in vergelijking met de eigen prestatie in eerdere periodes. Daarvoor is het nodig duidelijk te definiëren welke zorg onder het duurzame contract valt.

Voor een zinnige vergelijking van prestaties over een bepaalde periode zijn correcties nodig voor de productmix en de zorgzwaarte van de patiëntenpopulatie. Dit vergt uitwisseling van (gespeudonimiseerde) patiëntgegevens tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. De duur van de contractperiode dient zorgvuldig te worden bepaald. Is die te kort, dan zal de zorgaan-

bieder niet investeren. Is die te lang, dan profiteert de premiebetaler niet mee van efficiëntievoordelen. In beide gevallen is het effect voor verzekerde en patiënt niet optimaal.

In het duurzame contract worden vooraf ook afspraken gemaakt over de omvang van de besparingen die de zorgaanbieder zelf mag houden, bijvoorbeeld met drempelwaardes van minima tot maxima.

ORGANISATIE

De zorgaanbieder verandert de manier van werken en dit heeft impact op vrijwel alle onderdelen van de organisatie. Zorg en zorgverlening, bestuur van het consortium van zorgverleners, communicatie en draagvlak bij alle stakeholders, het finance- en controlsysteem, het kwaliteitssysteem, het administratieve systeem ten behoeve van contractmanagement tussen zorgverzekeraar en zorgverlener (inkoop van de verzekeraar en declaraties van de zorgaanbieder) en risicomanagement ten aanzien van wet- en regelgeving, zowel personeels- als cultuurmanagement, dit alles dient te worden aangepast.

ONAFHANKELIJKE CONTRACT MANAGEMENT ORGANISATIE

We raden contractpartijen aan een Onafhankelijke Contract Management Organisatie (ocmo) in te huren. Het team van de ocmo helpt bij de opzet van het duurzame contract, analyseert periodiek de ontwikkeling van doelmatigheid en kwaliteit en stelt periodiek de financiële afrekening tussen de contractpartijen vast.

Voor opzet, beheer, periodieke evaluatie en doorontwikkeling van een duurzaam contract zijn specifieke competenties vereist. Dit zijn bijvoorbeeld inzicht in de regelgeving van de zorgsector en het analyseren van de ontwikkeling van het aantal behandelde patiënten en van kwaliteitsindicatoren. Een ocmo heeft de mensen, kennis, ervaring, processen en ICT-systemen daarvoor in huis. Dat heeft voordelen op het gebied van uitvoering, continuïteit, juistheid, privacy en onafhankelijkheid.

CONCLUSIE

Het sluiten van een duurzaam contract is slechts het begin van veel veranderingen. Hiervoor zijn forse investeringen in tijd, aandacht en expertise nodig. Het is belangrijk dat de contractpartijen zich dat realiseren. Deze publicatie kan helpen om systematisch de relevante aspecten van een duurzaam contract te adresseren.

Zie ook www.duurzaamcontracteren.nl

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	1
Samenvatting	2
1. Inleiding	6
1.1 Duurzaam contracteren	9
1.2 Aanpak van de analyse	12
1.3 Leeswijzer	14
2. Kwaliteit	15
2.1 Kwaliteit als onderdeel van een duurzaam contract	15
2.2 Meten van kwaliteit	16
2.3 Kwaliteit en tijd	20
2.4 Discussie kwaliteit	21
3. Toegankelijkheid	23
3.1 Patiëntenpopulatie als onderdeel van het contract	23
3.2 Afspraken over doorverwijzen naar andere zorgaanbieders	25
3.3 Afstemmen van polisvoorwaarden op het duurzame contract	25
3.4 Discussie toegankelijkheid	25
4. Betaalbaarheid	27
4.1 Domein van het duurzame contract	27
4.2 Financiële prikkels in het duurzame contract	29
4.3 Vergelijking van doelmatigheid	30
4.4 Discussie betaalbaarheid	32
5. Operationaliseren van een duurzaam contract	34
5.1 Implementatie bij de zorgaanbieder	34
5.2 Implementatie bij de zorgverzekeraars	35
5.3 Onafhankelijke contract management organisatie	36
5.4 Discussie operationaliseren	37
6. Aanbevelingen	38
A. SiRM en Aldien.nl	42
B. Coalitie Duurzaam Contracteren	42
C. Leeslijst	43

1. INLEIDING

Het gonst in Nederland van de initiatieven om te komen tot innovatieve contractrelaties tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Insteek van de innovaties is het realiseren van betere zorgprestaties via integrale zorg. Deze publicatie richt zich op de strategische en operationele vragen relevant voor het ontwerpen van contracten voor integrale zorg: de cirkel in figuur 1.

FIGUUR 1: EEN DUURZAAM CONTRACT KOPPELT NOODZAAK VOOR BETERE PRESTATIES AAN MANIEREN OM DAT TE BEWERKSTELLIGEN



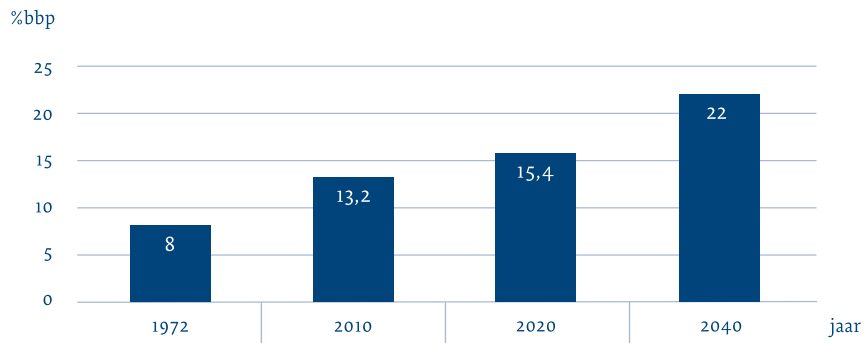
Het is noodzakelijk om de prestaties in de zorg te verbeteren. Daarbij gaat het enerzijds om de verdere verbetering van de kwaliteit van zorg. De bijdrage van verbetering van de zorgkwaliteit aan de gezondheid van mensen is waardevol, doordat het bijdraagt aan een langer en gezond leven. Ook profiteert de maatschappij van een gezonde bevolking.

Anderzijds gaat het bij betere prestaties in de zorg om betaalbaarheid. De kosten van zorg stijgen immers snel, onder meer door vergrijzing, inflatie en nieuwe medische technologieën. Het Centraal Planbureau signaleert dat de totale uitgaven aan zorg zijn toegenomen van 8% van het bbp in 1972 naar ruim 13% in 2010 en verwacht dat de uitgaven bij ongewijzigd beleid verder zullen stijgen tot 22% van het bbp in 2040 (zie figuur 2). Bij ongewijzigd beleid zal een modaal gezin in 2040 mogelijk een derde van het inkomen aan zorg besteden en zullen collectieve uitgaven aan zorg andere collectieve uitgaven verdringen. Vanuit deze achtergrond zet de politiek zich in om de zorgkosten om te buigen: het zogenoemde lenteakkoord in 2012 bevat circa 1,4 miljard Euro aan bezuinigingen.

Er is een breed gedeelde overtuiging dat de bekostiging van integrale zorg kan helpen om de prestaties in de zorg te verbeteren. De KNMG omschrijft de bekostiging van integrale zorg als volgt: 'het omvat alle zorg, is efficiënt, innovatief, ondersteunt zelfmanagement van

de patiënt, beloont kwaliteit, kent een optimale gegevensuitwisseling en maakt resultaten zichtbaar’.

FIGUUR 2: EEN TOENEMEND DEEL VAN ONS NATIONALE INKOMEN
BESTEDEN WE AAN ZORG



Bron: Centraal Planbureau, Trends in gezondheid en zorg, 2011

Tot op heden kent Nederland integrale bekostiging voor enkele diagnoses op patiëntniveau via Diagnose Behandel Combinaties. In nagenoeg heel Nederland bieden zorggroepen geïntegreerde zorg voor diabetespatiënten en COPD-patiënten. Niet alle patiënten met multimorbiditeit zijn gebaat met een zorgprogramma per aandoening. Nederland kent nagenoeg nog geen integrale bekostiging op populatieniveau.

Ervaringen in de Verenigde Staten geven aanwijzingen dat integrale bekostiging van zorg op populatieniveau het makkelijker maakt om zorg te bieden van hoge kwaliteit, die goed gecoördineerd is en aansluit bij de behoefte van mensen. Een experiment met integrale populatiebekostiging in Duitsland (Gesundes Kinzigtal) leidt tot positieve resultaten, onder andere door lagere uitgaven aan medicijnen en vermindering van het aantal ziekenhuisopnames. Er zijn verder wisselende resultaten te zien. De meeste experimenten zijn nog niet beëindigd. Uit de eerste resultaten komt naar voren dat de resultaten afhankelijk lijken te zijn van de aard van de samenwerkingsverbanden en de hoogte van het risico dat is afgesproken.

Integrale bekostiging van zorg op populatieniveau kan bijdragen aan betere resultaten in de zorg, doordat het zorgaanbieders de mogelijkheid en prikkel biedt om de zorg doelmatiger te organiseren en aan te bieden. Partijen in de zorg hebben hierover talrijke ideeën, vaak

toegespitst op de lokale situatie. De voorbeelden lopen uiteen van de ontwikkeling van een integraal digitaal patiëntendossier, gezamenlijke trainingen, gezamenlijke consulten en het stroomlijnen van medicijngebruik. Multidisciplinaire samenwerking over de lijnen heen staan in de meeste voorbeelden centraal.

In Nederland ontstaat bij diverse partijen de discussie om integrale zorg te bekostigen op populatieniveau. Veel gehoorde termen daarbij zijn ‘populatiegebonden bekostiging’, ‘regiobudgetten’, ‘ketenzorg’, een ‘historisch budget’ voor een ziekenhuis, ‘shared savings-contracten’ voor zorggroepen en ‘pay-for-performancecontracten’ voor AWBZ-instellingen. Ook zijn er al enkele initiatieven om integrale bekostiging van zorg op populatieniveau vorm te geven.

Dergelijke initiatieven zijn bijvoorbeeld:

- de samenwerking tussen huisartsen, gemeente en ziekenhuis in de omgeving van Hardenberg;
- het initiatief van de huisartsengroepen RZH, DOH en Pozob in Maastricht en Eindhoven voor prestatieafspraken met de zorgverzekeraars VGZ en CZ; en
- het contract dat Menzis en het HagaZiekenhuis in Den Haag hebben gesloten om voor een vastgesteld bedrag de tweedelijnszorg voor Menzis-verzekerden te leveren.

Deze initiatieven beogen dat de patiëntvraag centraal staat en dat de zorgaanbieder baat heeft bij efficiëntieverbetering. Ze wijken sterk af van de huidige contracten tussen verzekeraars en zorgaanbieders. De huidige contracten zijn vooral op kostenbeheersing per verstrekking gericht. Als al afspraken over kwaliteit worden gemaakt, dan gebeurt dat vanuit het perspectief van de zorgaanbieder op basis van voornamelijk structuur- en procesindicatoren. Bovendien houden de huidige contracten slechts sporadisch rekening met verschillen in de patiëntenpopulaties die de zorgaanbieders bedienen terwijl de trend juist is om meer uitkomstindicatoren te gebruiken.

De hierboven genoemde initiatieven scharen wij onder de term ‘DUURZAAM CONTRACTEREN’. In een duurzaam contract staat de patiëntvraag centraal en heeft de zorgaanbieder een sterke prikkel om efficiënt te werken en ‘waar voor zijn geld’ te leveren. De zorgaanbieder (of een consortium van samenwerkende zorgaanbieders) wordt beloond op behaalde klant-ervarings-, gezondheids- en welzijnsdoelen voor de regio of populatie die hij bedient. Die

gezondheidsdoelen worden vastgesteld op basis van hun relevantie voor patiënten. Bij de meting van kwaliteit en doelmatigheid wordt rekening gehouden met de specifieke samenstelling van de groep patiënten waarvoor de zorgverzekeraar een duurzaam contract met zorgaanbieder(s) heeft gesloten (figuur 3).

FIGUUR 3: DUURZAAM CONTRACTEREN VERANDERT DE ZORG OP KWALITEIT, BETAALBAARHEID EN TOEGANKELIJKHEID

	Van huidige contracten	Naar duurzame contracten
Kwaliteit	Kwaliteit van het zorgaanbod, vooral met structuur- en procesindicatoren	Relevante kwaliteit voor een bepaalde patiëntenpopulatie, vooral uitkomst indicatoren gecorrigeerd voor patiëntkenmerken
Betaalbaarheid	Beheersen van kosten per verstrekking met prikkel om veel volume te maken	Efficiënt behalen van kwaliteitsdoelen met prikkel voor (secundaire) preventie
Toegankelijkheid	De facto 'recht' van een zorgaanbieder op patiënten zolang de zorgaanbieder aan minimumeisen voldoet	Recht van patiënten op gepast zorgaanbod dat afgesproken kwaliteit realiseert

In Nederland gaat de aandacht nu vooral uit naar het verkrijgen van toestemming op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg en het sluiten van intentieverklaringen tussen zorgverzekeraars en (groepen van) zorgaanbieders. De concrete invulling van duurzaam contracteren staat nog in de kinderschoenen. Wij willen met deze publicatie graag de aandacht vestigen op de relevante strategische en operationele vragen daarna. We gaan er vanuit dat velen al zijn overtuigd van de noodzaak van duurzaam contracteren en we gaan ook niet in op de zorginhoudelijke component, maar richten ons op de contractrelatie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

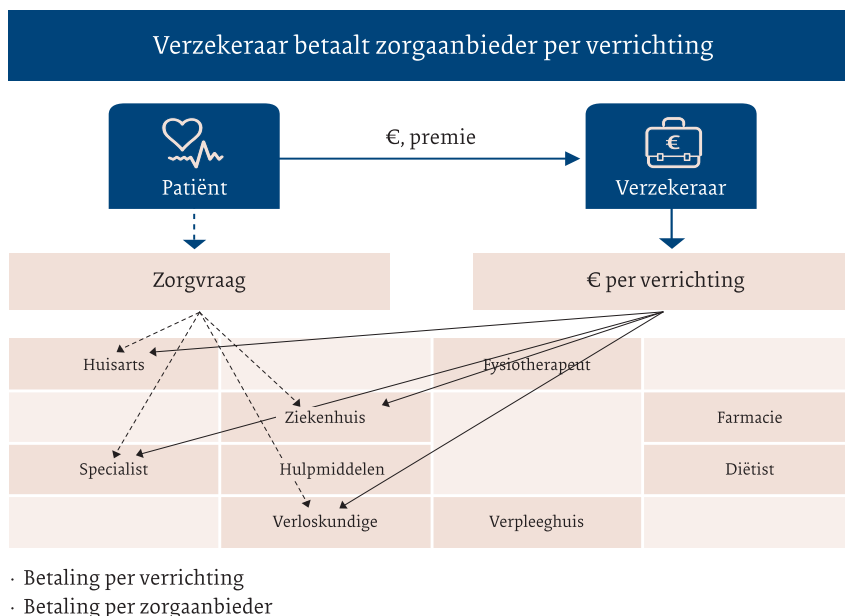
1.1 DUURZAAM CONTRACTEREN

Een duurzaam contract tussen zorgaanbieder(s) en een zorgverzekeraar bevat prikkels om doelmatig te werken en voor de patiënt relevante kwaliteit te leveren.

De prikkel om efficiënt te werken volgt uit de betaling van de zorgaanbieders onder duurzaam contracteren. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars spreken een bedrag af voor het realiseren van een bepaald gezondheidsdoel, ongeacht het aantal activiteiten dat nodig is om de beoogde kwaliteit te behalen voor een bepaalde patiënt. Zorgverzekeraars betalen dus geen

individuele zorgaanbieders meer per verrichting, zoals bij de huidige wijze van bekostiging (figuur 4).

FIGUUR 4: BIJ REGULIER CONTRACTEREN BETALEN VERZEKERAARS PER INDIVIDUELE VERRICHTING



Zorgaanbieders nemen via een duurzaam contract een deel van het risico van de zorgverzekeraar over. Hierdoor hebben ze de prikkel om de afgesproken kwaliteit te realiseren tegen lagere kosten. Met een duurzaam contract maken zorgaanbieders afspraken over het verdelen van de risico's. De zorgverzekeraar behoudt altijd het risico voor de opbouw van de patiëntenpopulatie.

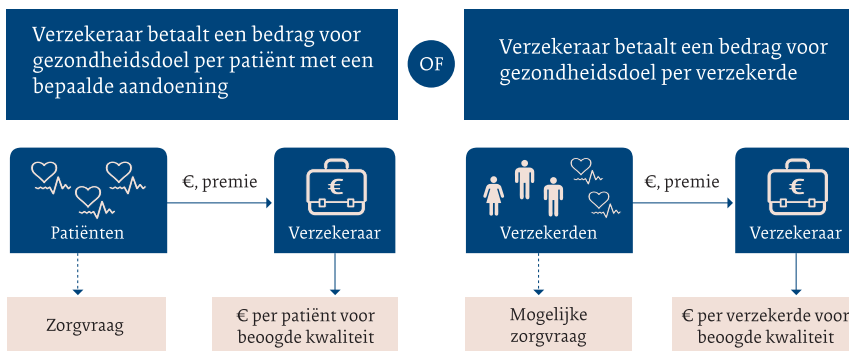
Met de term 'duurzaam' willen we drie belangrijke eigenschappen van de besproken contracten benadrukken:

- het effect moet op de lange termijn houdbaar zijn;
- het effect moet niet enkel gericht zijn op de betaalbaarheid van zorg, maar rekening houden met alle aspecten van zorg; kwaliteit, toegankelijkheid én betaalbaarheid;
- het effect moet duurzaam zijn voor alle relevante stakeholders; patiënt, zorgaanbieder, zorgverzekeraar en overheid.

Bij duurzaam contracteren betreft het afgesproken bedrag een omzetdoel. Er is geen sprake van een werkelijk budget dat overgaat van de zorgverzekeraar naar de zorgaanbieder. Bij duurzaam contracteren verschuift het financieel risico van overschrijding van het omzetdoel dus niet (volledig) naar de zorgaanbieder. Gewoonlijk declareren de zorgverleners via reguliere afspraken hun rekeningen en worden de resultaten jaarlijks getoetst aan het omzetdoel.

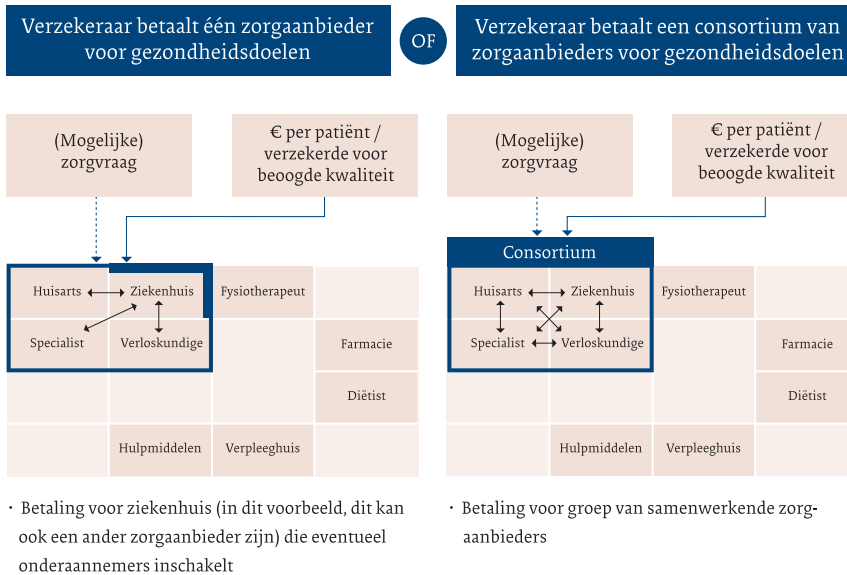
Bij duurzaam contracteren zijn meerdere opties mogelijk. Het kan gaan om een bedrag voor een hele groep patiënten met een bepaalde aandoening, of een bedrag voor alle verzekerden van een bepaalde verzekeraar die de zorg bij de betrokken zorgaanbieders inkoop (figuur 5).

FIGUUR 5: BIJ DUURZAAM CONTRACTEREN BETAALT DE VERZEKERAAR EEN VAST BEDRAG PER PATIËNT MET EEN BEPAALDE AANDOENING OF PER VERZEKERDE



Een andere optie is of het duurzame contract wordt afgesloten door één zorgaanbieder of door een consortium van zorgaanbieders. Figuur 6 (links) geeft het voorbeeld waarbij de zorgverzekeraar een ziekenhuis contracteert voor een bepaald gezondheidsdoel per patiënt. Het ziekenhuis contracteert op haar beurt andere zorgaanbieders om alle benodigde activiteiten te kunnen verlenen die nodig zijn om het gezondheidsdoel te bereiken (onderaannemers), of maakt anderszins afspraken om de zorgverlening effectief en efficiënt te organiseren. Een zorgverzekeraar kan ook een duurzaam contract sluiten met een consortium van zorgaanbieders (figuur 6, rechts). Gezamenlijk kunnen zij bijvoorbeeld een contract sluiten ten aanzien van een groep patiënten of verzekerden. De zorgaanbieders in het consortium hebben dan een sterke prikkel om gezamenlijk de meest effectieve en efficiënte manier van zorgverlenen te bepalen.

FIGUUR 6: EEN INDIVIDUELE ZORGAANBIEDER, OF EEN CONSORTIUM VAN ZORGAANBIEDERS KAN EEN DUURZAAM CONTRACT SLUITEN



1.2 AANPAK VAN DE ANALYSE

We richten ons in dit document op partijen die met duurzaam contracteren aan de slag willen, namelijk zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiënten, vertegenwoordigers van deze partijen, werkgevers en de overheid (waaronder vws, Nza, NMa, CVZ, GGD, gemeenten). Deze partijen kunnen dit document systematisch doorlopen om zich ervan te vergewissen dat alle relevante aspecten van een duurzaam contract geadresseerd worden.

In dit document hanteren we een systematische aanpak en redeneertrant. We inventariseren steeds welke acties zorgaanbieders mogelijk ondernemen wanneer ze worden geprikkeld om efficiënt te werken. Onze analyse richt zich daarbij op kwesties die te maken hebben met de economische prikkels en de strategie van een zorgaanbieder en niet op zorginhoudelijke acties. Bij alle mogelijke initiatieven inventariseren we de gewenste en ongewenste effecten daarvan op patiënten. Op basis daarvan formuleren we de bouwstenen van een duurzaam contract, die daar rekening mee houden (figuur 7).

Deze drie punten doorlopen we systematisch voor effecten op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. We beginnen met kwaliteit; in onze ogen is dat het belangrijkste aspect. Vervolgens gaan we in op toegankelijkheid en betaalbaarheid.

FIGUUR 7: ELEMENTEN VOOR EEN DUURZAAM CONTRACT VOLGEN UIT MOGELIJKE ACTIES VAN ZORGAANBIEDERS EN HUN EFFECTEN OP PATIËNTEN



Dit document gaat niet in op de wijze van zorgverlening, maar op de bouwstenen van een duurzaam contract tussen zorgverlener en zorgverzekeraar. Het mooie van duurzaam contracteren is juist dat zorgaanbieders zelf de vrijheid hebben om (binnen de normen van de beroepsgroep en IGZ) de vereiste zorg naar eigen goeddunken in te richten, mits ze daarmee de samen met de zorgverzekeraar vastgestelde doelen voor kwaliteit en doelmatigheid behalen. Zo blijken diverse specialistengroepen in de vs zich, onder soortgelijke contractvoorwaarden, op heel uiteenlopende activiteiten te richten (figuur 8). Met duurzaam contracteren wordt zodoende ook innovatie in de zorg gestimuleerd, met respect voor de inhoudelijke kennis en kunde van de zorgverlener.

FIGUUR 8: ZORGAANBIEDERS KOZEN IEDER EEN EIGEN STRATEGIE VOOR VERBETERING VAN KWALITEIT ONDER HETZELFDE CONTRACT



Nadat een consortium een duurzaam contract met een verzekeraar of gemeente is aangegaan, moet afgesproken worden hoe de inspanning en middelen onderling verdeeld worden. Dat vergt een nadere uitwerking waarbij wel de principes die we hier bespreken van pas kunnen komen.

1.3 LEESWIJZER

In de volgende drie hoofdstukken gaan we in op de acties die nodig zijn voor een duurzaam contract en de effecten daarvan op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg voor de patiënt (hoofdstuk 2, 3 en 4). Dit leidt tot bouwstenen voor een duurzaam contract. In de discussie aan het einde van deze hoofdstukken geven we aan wat (vertegenwoordigers van) patiënten, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en de overheid kunnen doen om de benodigde bouwstenen te realiseren.

Na de hoofdstukken over kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid, gaan we in hoofdstuk 5 in op wat ervoor nodig is om een duurzaam contract operationeel te maken.

Deze publicatie stoelt op literatuurstudie, gesprekken met partijen die werken aan duurzaam contracteren en onze praktijkervaringen in de zorgsector en daarbuiten. Het is een gezamenlijke productie van sirm – Strategies in Regulated Markets en Aldien.nl. In de Appendix vindt u meer informatie over ons.

2 KWALITEIT

Kwaliteit is een cruciaal onderdeel van duurzaam contracteren. Daartoe moet kwaliteit gemeten worden en wel vanuit het perspectief van de patiënt, niet (zoals nu) vanuit het perspectief van de aanbieder. Hierbij houdt een duurzaam contract tevens rekening met de tijd die verstrijkt tussen het starten van verbeterinitiatieven van zorgaanbieders en het ‘zichtbaar’ worden van de resultaten.

2.1 KWALITEIT ALS ONDERDEEL VAN EEN DUURZAAM CONTRACT

Zorgaanbieders die geprikkeld worden om efficiënter te werken zullen proberen om zo weinig mogelijk kosten te maken. Zij kunnen daartoe investeren in kwaliteit, zoals maatregelen gericht op het verminderen van complicaties. Zorgaanbieders kunnen echter ook beknibbelen op uitgaven aan kwaliteit.

Een gemotiveerde zorgaanbieder levert graag kwaliteit. Dat is goed voor de patiënt en moet dus een onderdeel zijn van een duurzaam contract. Een duurzaam contract dient te garanderen dat zorgaanbieders acties ondernemen die kwaliteit bevorderen, maar acties achterwege laten die ten koste gaan van de kwaliteit van de geleverde zorg. Dat kan als volgt geïmplementeerd worden (figuur 9):

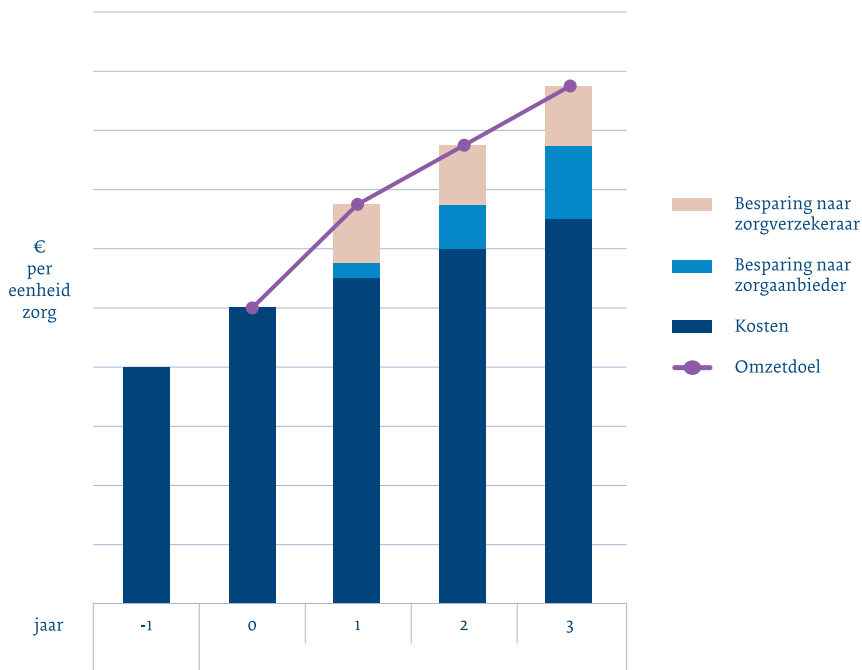
1. Zorgaanbieder en zorgverzekeraar komen gezondheidsdoelen overeen en een omzetdoel (toegestane kostenontwikkeling).
2. De zorgaanbieder weet de zorg efficiënter te leveren dan het afgesproken omzetdoel.
3. De verdeling van de efficiëntiewinst hangt af van de behaalde gezondheidsdoelen in het duurzame contract, bijvoorbeeld een vooraf afgesproken score op gezamenlijk overeengekomen indicatoren boven een minimum niveau.

De zorgaanbieder en zorgverzekeraar delen dus de besparingen die de zorgaanbieder weet te realiseren. In de huidige bekostigingssystematiek komt een volumebesparing doorgaans grotendeels aan de zorgverzekeraar ten goede. Dat ontmoedigt de zorgverlener om te investeren in kwaliteitsverhogende kosten- en volumebesparingen. In duurzame contracten wordt deze kromme prikkel rechtgebogen. Het aandeel van de besparingen dat naar de zorgaanbieder gaat, hangt af van de geleverde kwaliteit¹.

¹ In principe streef je naar een kwaliteits- en kostenniveau waarbij de marginale kosten van extra kwaliteit gelijk zijn aan de waardering van verzekeren voor die extra kwaliteit. Met dit systeem worden kwaliteitsverbeteringen mogelijk voor zo ver die betaald kunnen worden uit doelmatigheidsverbeteringen. Voorlopig is er nog veel ruimte voor doelmatigheid- en kwaliteitsverbetering. Aangezien we de waardering voor extra kwaliteit niet kennen en de budgetgroei beperkt is, is dit voorlopig een maatschappelijk haalbaar model.

Bovenstaande systematiek² wordt ook wel een ‘shared savings’ contract genoemd en wordt uitgebeeld in figuur 9. De paarse lijn weerspiegelt het omzetdoel dat partijen voor enkele jaren overeenkomen, gebaseerd op de kosten in jaar 0. Het donkerblauwe deel van de kolommen weerspiegelt de kosten die de zorgaanbieder maakt. De zorgaanbieder weet de zorg doelmatiger te leveren; de zorgkosten stijgen minder dan verwacht. De verdeling van de doelmatigheidswinst hangt af van de behaalde gezondheidsdoelen. In dit voorbeeld haalt de zorgaanbieder in jaar 3 meer kwaliteitsdoelen dan in jaar 1, waardoor hij in jaar 3 een groter deel van de besparingen krijgt.

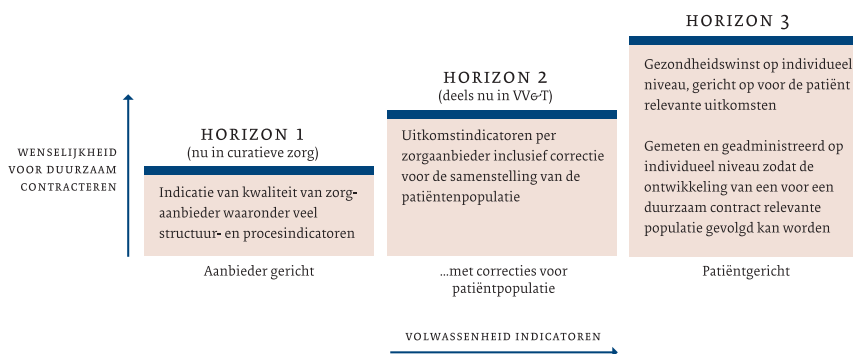
FIGUUR 9: VERDELING VAN EFFICIËNTIEWINSTEN KAN WORDEN GEKOPPELD AAN PRESTATIES OP HET GEBIED VAN KWALITEIT



2.2 METEN VAN KWALITEIT

Een zorgaanbieder zal extra inspanningen verrichten om goed te scoren op de kwaliteitsaspecten die in het duurzame contract zijn afgesproken. Die moeten dan wel meetbaar zijn. De meetbaarheid van kwaliteit is in Nederland nog niet op orde. Er moet nog veel werk verzet worden ten behoeve van ontwikkeling, beheer en onderhoud van kwaliteitsindicatoren. We zien daarvoor grofweg een ontwikkeling over drie horizonten (figuur 10):

FIGUUR 10: VOOR DUURZAAM CONTRACTEREN ZIJN NU INVESTERINGEN IN KWALITEITSINDICATOREN NODIG



- In de derde horizon is het perspectief van de patiënt normbepalend. Dat houdt in dat dié kwaliteit gemeten wordt die voor patiënten werkelijk relevant is. Onder kwaliteit worden in het algemeen klantervaringen en welzijn verstaan. De kwaliteitsmeting wordt gedaan op het niveau van individuele patiënten, zodat de kwaliteit die de zorgaanbieder levert aan een specifieke groep patiënten of verzekerden bepaald kan worden.
- Dit is fundamenteel anders dan de eerste horizon. Daar wordt de kwaliteit van een zorgaanbieder gemeten, met een focus op de wijze waarop de zorgaanbieder zijn zorg organiseert. Hierbij spelen met name structuur- en procesmaten een rol bij de meting van de kwaliteit van de zorgverlening.
- In de tussenvolgende, tweede, horizon, meten indicatoren nog steeds de kwaliteit van een zorgaanbieder, maar wordt steeds meer overgestapt op uitkomstmaten, die vervolgens worden gecorrigeerd aan de hand van kenmerken van patiënten die bediend worden.

Voor een duurzaam contract over een populatie patiënten met meerdere zorgaanbieders zijn indicatoren uit de derde horizon nodig. Die zijn er nog nauwelijks. Tot die tijd kunnen wel duurzame contracten gesloten worden, startend met indicatoren uit horizon 1 en 2.

2.2.1 HORIZON 1 – KWALITEIT VAN DE ZORGAANBIEDER

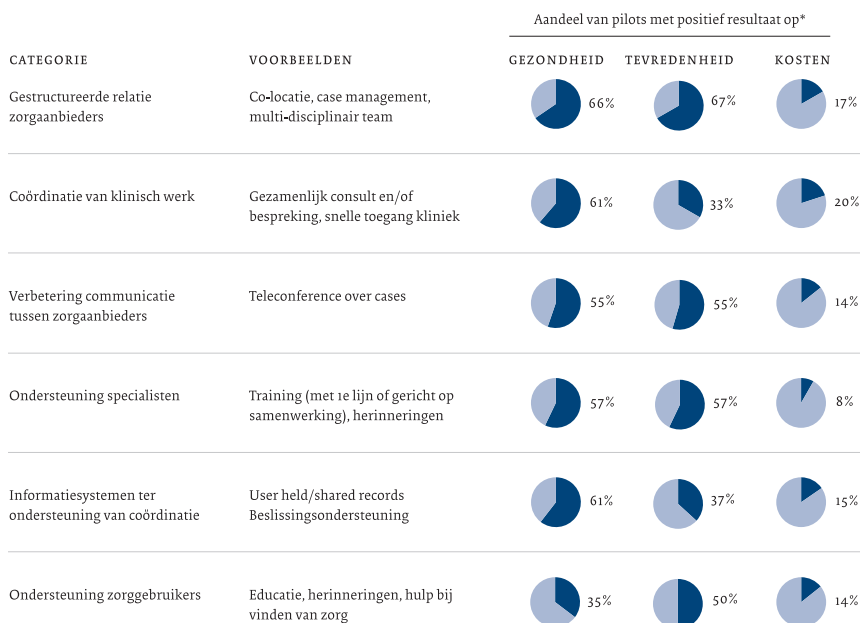
De bestaande kwaliteitsindicatoren positioneren we op de eerste horizon van de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren. Deze indicatoren meten de kwaliteit zoals geleverd door een specifieke zorgaanbieder en niet zozeer voor een populatie van patiënten.

Zo zijn de meeste kwaliteitseisen uit richtlijnen en zorgstandaarden structuur- en procesmerken voor een zorgaanbieder. Ook de enkele uitkomstindicatoren worden veelal verzameld op het niveau van de zorgaanbieder.

De indicatoren zijn nu vooral ‘platte’ kwaliteitsindicatoren, zoals het aantal complicaties gedeeld door het aantal behandelingen, of het aantal patiënten dat een bepaalde stap in een zorgstandaard heeft doorlopen, gedeeld door het totale aantal patiënten. Zodoende blijft onvoldoende duidelijk in hoeverre de gemeten uitkomsten door het risicoprofiel van de behandelde patiënten zijn bepaald.

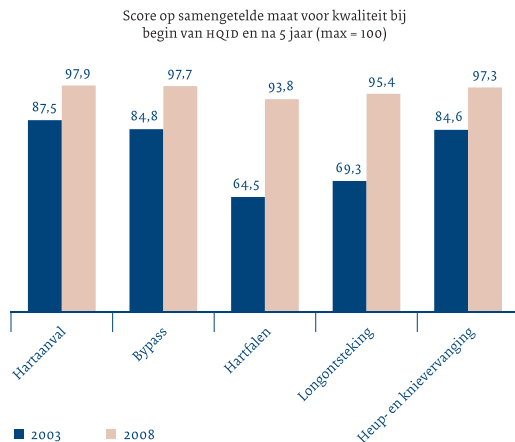
In de vs en het vk is gebleken dat beloning voor kwaliteit kan leiden tot een verbetering van de scores op dergelijke indicatoren (figuur 11 en 12). Ook verbetering op structuur- en procesindicatoren hebben een positief effect op de uitkomsten van zorg. De eerste duurzame contracten zouden dus met deze indicatoren kunnen beginnen.

FIGUUR 11: EXPERIMENTEN MET DUURZAAM CONTRACTEREN IN ENGELAND LEIDDEN VOORAL TOT HOGERE KWALITEIT EN SOMS LAGERE KOSTEN



Bron: Ling et al., "Evaluation of UK integrated care pilots: research protocol", Int. J. Integr. Care, Vol. 10, 27 september 2010
* Percentages hebben betrekking op het aantal studies met onderzoek naar het aspect (gezondheid, tevredenheid, kosten)

FIGUUR 12: PAY-FOR-PERFORMANCE BIJ ZIEKENHUIZEN IN DE VS LEIDDE TOT HOGERE KWALITEIT EN BONUS VOOR SOMMIGE ZIEKENHUIZEN



Premier, een samenwerkingsverband van ziekenhuizen runt Hospital Quality Incentive Demonstration met CMS (overheid in de vs)

- Bonus voor ziekenhuizen met kwaliteitsscore boven mediaan van twee jaar eerder
- Extra geld voor de 20% ziekenhuizen met grootste verbetering
- Extra geld voor de 20% beste ziekenhuizen

Bron: Premier Inc, zie voor rapportages: <https://www.premierinc.com/p4p/hqi/>

2.2.2 HORIZON 2 – KWALITEIT VAN DE ZORGAANBIEDER, GECORRIGEERD VOOR DE PATIËNTENPOPULATIE

Een duurzaam contract beloont een zorgaanbieder voor goede uitkomsten van zorg en houdt rekening met het aantal patiënten en de samenstelling van de patiëntenpopulatie die door een zorgaanbieder behandeld wordt. Een score op de uitkomstindicatoren voor de kwaliteit van longzorg voor een zorggroep in Zuid-Limburg met veel oud-mijnwerkers, kan bijvoorbeeld niet rechtstreeks worden vergeleken met scores van zorggroepen elders in het land.

Kwaliteitsindicatoren die zijn gecorrigeerd voor populatieverschillen zien wij als de tweede horizon. Hiervoor worden uitkomsten op het niveau van individuele patiënten verwerkt tot een geaggregeerde kwaliteitsindicator per zorgaanbieder. Sommige indicatoren vallen al in de tweede horizon. Bijvoorbeeld enkele uitkomst-indicatoren in de vve-t sector en de cq-index waarmee cliëntervaringen gemeten worden.

In de curatieve sector wordt, behoudens in- en exclusiecriteria, nog niet gecorrigeerd voor populatieverschillen. De technieken daarvoor zijn voorhanden en worden in bijvoorbeeld Duitsland al meer dan tien jaar gebruikt. In Nederland is er de afgelopen twintig jaar bij de financiering van zorgverzekeraars ook al veel kennis en ervaring opgedaan met correcties voor populatieverschillen in verband met het landelijke systeem van risicoverevening. Als er nu energie en middelen in deze tweede horizon worden gestoken, dan kunnen voor populatieverschillen aangepaste indicatoren mogelijk over één à twee jaar ook in de Nederlandse curatieve sector worden gebruikt.

2.2.3 HORIZON 3 – KWALITEIT VANUIT HET PERSPECTIEF VAN DE PATIËNT

In de ideale wereld krijgt iedere patiënt de kwaliteit die hij wenst, in termen van klantervaringen met het proces van zorgverlening en welzijnseffecten in het algemeen. Kwaliteitsindicatoren die in de derde horizon een rol spelen:

- meten uitkomsten van zorg die de patiënt waardeert, en
- meten dit op patiëntniveau.

In de derde horizon bepaalt het perspectief van de patiënt de norm.

Patiënten en verzekerden waarderen zorg en zorgverzekeringsspolissen waarvan kan worden aangetoond dat ze leiden tot betere gezondheidsuitkomsten. Effectiviteit kan gemeten worden met de gezondheidstoestand vóór en ná een periode, bijvoorbeeld met de PROMS ('Patient Reported Outcome Measures'), de SF-12 of SF-36 of de EQ-5D. Mogelijke indicatoren in de derde horizon passen binnen de gezondheidseconomische kaders van de World Health Organisation (WHO).

In de derde horizon worden indicatoren gemeten op patiëntniveau. Zodoende kunnen kwaliteitsindicatoren voor een groep patiënten bepaald worden, ook als die zorg geleverd wordt door een netwerk van zorgaanbieders. Bijvoorbeeld voor patiënten in een afgebakende regio, voor een specifieke groep chronische patiënten of voor integrale geboortezorg. De geaggregeerde (ontwikkeling van de) gezondheidstoestand van de populatie op basis van individuele metingen is dan een maat voor de prestatie van de gezamenlijke zorgaanbieders. Door uit te gaan van de individuele patiënt kan bij de uitvoering van het duurzame contract tevens rekening worden gehouden met wijzigingen in aantal en opbouw van de relevante groep patiënten gedurende de looptijd van het duurzame contract.

Er zijn thans nog nauwelijks kwaliteitsindicatoren in de derde horizon voorhanden. Daar moet nu aan gewerkt gaan worden, om over enkele jaren dergelijke indicatoren wel te kunnen gebruiken. Pas dan wordt de zorg werkelijk op de patiënt gericht en leidt de stelselwijziging duurzaam tot meerwaarde voor de patiënt.

2.3 KWALITEIT EN TIJD

Een duurzaam contract stimuleert zorgaanbieders om te investeren in kwaliteit. Toch is niet te verwachten dat zorgaanbieders in staat zijn om meteen de meest effectieve maatregelen in

gang te zetten, gericht op kwaliteitsverbetering. Het kost tijd voordat een duurzaam contract effect sorteert, bijvoorbeeld om de zorgorganisatie anders in te richten, om de samenwerking tussen zorgverleners te verbeteren en om te leren welke investeringen in kwaliteit tot de beste resultaten leiden.

Als een zorgaanbieder investeert in effectieve kwaliteitsmaatregelen, zijn niet alle uitkomsten direct te meten. Er gaat tijd overheen voordat de patiënt dat merkt òf voordat het gemeten kan worden:

- Een andere inrichting van de structuur of het proces van zorgverlening leidt onmiddellijk tot een andere score op structuur- en procesindicatoren. Het effect op uitkomstindicatoren kan echter vertraagd zijn. Per definitie is de 365-dagen mortaliteit bijvoorbeeld pas een jaar na de ingreep te berekenen. Een duurzaam contract houdt rekening met deze effecten op termijn.
- Een zorggroep die voor een groep COPD-patiënten zorgt, kan investeren in disease managementprogramma's door patiënten bijvoorbeeld per sms, met een ICT-applicatie of telefonisch te ondersteunen in het zelfmanagement van hun aandoening. Een ziekenhuis zou kunnen kiezen voor een duurder type implantaten, als dat leidt tot minder complicaties na de operatie. Dit leidt tot hogere kwaliteit voor de patiënten, maar het sorteert pas op termijn effect.

Een duurzaam contract houdt rekening met deze vertragingen, bijvoorbeeld door afspraken te maken over een contracttermijn van drie jaar en een groeipad in de afspraken over de kwaliteitsindicatoren af te spreken. Dan wordt de zekerheid dat de zorgaanbieder zijn investeringen over drie jaar terug kan verdienen, versterkt door de mogelijkheid om de afspraken aan te passen.

Pas als een zorgaanbieder er op kan vertrouwen dat die zijn investeringen terugverdient als zijn prestaties erop vooruit gaan, dan zal die ook een reële economische prikkel hebben om te gaan investeren.

2.4 DISCUSSIE KWALITEIT

Kwaliteit vereist meetbaarheid. In een duurzaam contract is opgenomen welke kwaliteitsindicatoren gemeten worden en hoe een zorgaanbieder voor zijn inspanning beloond wordt. Vertegenwoordigers van patiënten kunnen hierin een belangrijke rol spelen. Het is

wenselijk dat patiënten meebeslissen welke gezondheidsdoelen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder in het duurzame contract opnemen. Patiënten verstaan immers vaak wat anders onder kwaliteit dan zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Daarnaast zouden patiëntenfondsen (naast investeren in onderzoek naar medicijnen) kunnen investeren in innovaties op het gebied van economische prikkels, zoals duurzaam contracteren en de meting van kwaliteit in termen van uitkomsten van zorg. Zij kunnen daarmee veel impact voor hun achterban realiseren en op een economisch houdbare manier de ruimte scheppen om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Ontwikkelen, onderhouden en beheren van kwaliteitsindicatoren kost inspanning. De verantwoordelijke marktpartijen moeten dit gezamenlijk oppakken. Indien nodig, kan het Kwaliteitsinstituut bijvoorbeeld de ontwikkeling van PROM's en indicatoren met correcties voor populatieverschillen aanjagen. Daarin moet nú geïnvesteerd worden om de duurzame contracten van de toekomst te kunnen sluiten. Zowel in de vve-t als in de curatieve zorg is er momenteel een impasse in de ontwikkeling en het gebruik van kwaliteitsindicatoren. Brancheorganisaties, overheid, zorgverzekeraars en zorgaanbieders wachten op elkaar. Deze impasse moet zo spoedig mogelijk doorbroken worden. Zo niet, dan zal betaalbaarheid en niet de kwaliteit van de zorgverlening de agenda van de zorgsector domineren.

Kwaliteit verbeteren kost tijd. Een duurzaam contract houdt daar rekening mee en gaat over meerdere jaren. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars gaan met een duurzaam contract dus een lange-termijnrelatie aan. Zij moeten investeren in stabiliteit en wederzijds vertrouwen. Wet- en regelgeving moet voldoende ruimte scheppen voor meerjarig contracteren.

3 TOEGANKELIJKHEID

Een duurzaam contract garandeert toegankelijkheid van zorg. Daartoe moet een zorgaanbieder voldoende middelen hebben om alle patiënten te helpen en, indien nodig, kunnen doorverwijzen naar een andere zorgaanbieder. Er wordt ook rekening gehouden met de (verandering van de) samenstelling van de patiëntenpopulatie. Bovendien moeten de polisvoorwaarden afgestemd zijn op het duurzame contract.

3.1 PATIËNTENPOPULATIE ALS ONDERDEEL VAN HET CONTRACT

Bij duurzaam contracteren moet het duidelijk zijn over welke patiënten en over hoeveel patiënten er afspraken zijn gemaakt³.

De omvang en de samenstelling van de patiëntenpopulatie kan veranderen door acties van de zorgaanbieder. Een zorgaanbieder heeft een prikkel hiertoe, wanneer hij besparingen kan realiseren of hoger kan scoren op kwaliteitsindicatoren door zich op een bepaalde groep patiënten te richten of minder patiënten te bedienen. Bijvoorbeeld door complexe patiënten sneller door te verwijzen, door de praktijk (locatie, openingstijden en dergelijke) onaantrekkelijk te maken voor deze patiënten, of door wachtlijsten te creëren voor deze groep. Dergelijke acties leiden tot slechtere toegankelijkheid van de zorg voor sommige zorgvragers.

3.1.1 AFBAKENING VAN DE BEOOGDE PATIËNTENPOPULATIE

Een duurzaam contract bevat heldere afspraken over de patiëntenpopulatie waarover afspraken gemaakt worden. Mogelijke bouwstenen zijn gebaseerd op heldere definities, op afspraken over veranderingen gedurende de contractperiode en over manieren waarop de zorgverzekeraar het aantal patiënten beïnvloedt:

- Heldere in- en exclusiecriteria van de relevante populatie op basis van controleerbare informatie.
- Afspraken over:
 - het corrigeren voor verandering van het aantal en de opbouw van de relevante groep verzekerden bij de zorgverzekeraar waar het duurzame contract mee is gesloten.

³ Eerdere experimenten in Amerika hebben vastgesteld dat 5.000 verzekerden gedekt door één verzekeraar de drempel vormen voor een populatie die groot genoeg is voor een effectieve financiële risicospreiding (DeVore 2011).

- het bepalen van de exacte patiëntenpopulatie achteraf, bijvoorbeeld inclusie van alleen dié patiënten die voor meer dan een bepaald deel van hun zorg bij de gecontracteerde zorgaanbieder zijn geweest.
- De zorgverzekeraar bepaalt mede het aantal patiënten dat wordt behandeld, bijvoorbeeld door:
 - het doorverwijzen van patiënten die het callcenter bellen voor wachtlijstbemiddeling;
 - informatievoorziening aan verzekerden;
 - specifieke afspraken met andere zorgaanbieders (zie ook bij betaalbaarheid); en
 - polisvoorwaarden (zie verder).

3.1.2 AFSPRAKEN OVER SAMENSTELLING PATIËNTENPOPULATIE

Een zorgaanbieder kan besparingen realiseren of hoger scores op kwaliteitsindicatoren door zich op een bepaalde groep minder complexe patiënten te richten. Dit kan de toegankelijkheid voor complexere patiënten belemmeren. Een duurzaam contract houdt hier rekening mee, bijvoorbeeld door de efficiëntieverbetering te corrigeren voor (verandering van) de zorgzwaarte. Een zorgaanbieder heeft dan minder prikkels om deze patiënten te weigeren en wordt juist gehonoreerd als die zich ook richt op de complexere patiënten⁴.

Voor een goede correctie van populatieverschillen zijn (gespeudonimiseerde) individuele gegevens van patiënten nodig die nu vaak nog niet worden geadmistreerd, ofwel niet centraal worden verzameld. Bij het aangaan van shared-savingscontracten in de vs gingen medisch specialisten de diagnosecodes beter registreren dan voorheen. Dat betekende dat hun patiëntenpopulatie weliswaar ongewijzigd bleef, maar dat door de betere registratie de zorgzwaarteverschillen transparanter werden. In een kostenbenchmark scoorden zij relatief goed, mede door de correcties voor de zwaardere patiëntenpopulatie die met deze gegevens konden worden uitgevoerd. In eerste instantie leidt dat wellicht tot onverwachte effecten, maar vervolgens is er een goede basis om de ontwikkeling van de patiëntenpopulatie te volgen.

⁴ Verschuiving van de samenstelling van de patiëntenpopulatie hoeft overigens geen probleem te zijn. Een zorggroep die bijvoorbeeld erg goed is in COPD-zorg trekt wellicht meer COPD-patiënten aan. Een tweede voorbeeld is dat de samenstelling van de patiëntenpopulatie van een ziekenhuis kan verschuiven, omdat dat ziekenhuis zich bijvoorbeeld meer en meer toelegt op oncologische behandelingen en minder op hart- en vaatziekten. Een derde voorbeeld is 'focused factories' die zich toeleggen op patiënten zonder comorbiditeit of verwachte complicaties, om hun zorg efficiënt en met hoge kwaliteit te kunnen leveren.

De correctie voor de populatieverschillen vanwege toegankelijkheid is anders dan de correctie die gehanteerd wordt voor kwaliteitsindicatoren.

3.2 AFSPRAKEN OVER DOORVERWIJZEN NAAR ANDERE ZORGAANBIEDERS

Een zorgaanbieder kan concluderen dat (een deel van) de zorg voor een patiënt beter door een andere zorgaanbieder geleverd kan worden omdat dat efficiënter is, beter voor de kwaliteit of omdat de zorgaanbieder die zorg niet mag leveren. Dit heeft invloed op de toegankelijkheid van zorg.

Een zorggroep, die gecontracteerd is voor obesitaszorg, kan bijvoorbeeld een praktijk van diëtisten inschakelen, ook al is die geen onderdeel van de zorggroep. Voor de patiënt kan dit positief zijn, mits de bereikbaarheid is gewaarborgd, bijvoorbeeld door een maximale reisafstand op te nemen in het duurzame contract.

3.3 AFSTEMMEN VAN POLISVOORWAARDEN OP HET DUURZAME CONTRACT

Verzekeraars beschrijven zogenaamde verzekerderechten in de polis. Het betreft afspraken over waar, door wie en onder welke voorwaarden (bijvoorbeeld toestemming, verwijzing, voorschrijfbeleid) de zorg verleend wordt. Deze polisvoorwaarden moeten worden afgestemd op een duurzaam contract. Dat kan met een specifieke polismodule.

In een polismodule kan bijvoorbeeld worden opgenomen of en hoeveel een patiënt die naar een andere zorgaanbieder gaat, moet bijbetalen. Zo werkt de polis van de zorgverzekeraar door in het duurzame contract met de zorgaanbieder en op de positie van de zorgaanbieder. Het is dus ook in diens belang om hier afspraken over te maken.

3.4 DISCUSSIE TOEGANKELIJKHEID

De toegankelijkheid komt vooral in het geding als een contract geen rekening houdt met veranderingen van bijvoorbeeld patiëntenaantallen en de samenstelling van de patiëntenpopulatie. Voor zover het in te schatten valt, kunnen zorgverzekeraars en -aanbieders hier afspraken over maken. Voor onvoorziene veranderingen zijn heldere procedure-afspraken nodig.

Het is vooraf niet altijd mogelijk om goed in te schatten op welke wijze de toegankelijkheid van zorg in het geding kan komen. Patiënten zijn de eersten die ervaren wanneer een contract hierover onvoldoende of onjuiste afspraken bevat. Een patiënt kan bijdragen aan

betere afspraken door zelf aan de bel te trekken wanneer de toegankelijkheid van de zorg in het geding is. Patiëntenorganisaties kunnen deze signalen eventueel namens de patiënt doorgeven.

Om tijdig in te kunnen spelen op veranderingen, is periodieke informatie over de ontwikkelingen cruciaal. Zorgaanbieders en -verzekeraars kunnen hieromtrent afspraken in het contract opnemen. De overheid speelt hier een belangrijke rol, zo nodig door de beschikbaarheid van gegevens af te dwingen. Brancheorganisaties kunnen de data-infrastructuur goed (laten) organiseren.

De polisvoorwaarden van de zorgverzekeraar kunnen het een zorgaanbieder makkelijker of moeilijker maken om goed te presteren onder een duurzaam contract. Zorgaanbieders en -verzekeraars kunnen afspraken daarover opnemen in het duurzame contract. Zorgverzekeraars kunnen de rechten en plichten van polishouders op het duurzame contract afstemmen. Wet- en regelgeving van de overheid moet dat mogelijk maken.

Duurzaam contracteren bevordert de toegankelijkheid van betaalbare en kwalitatief goede zorg. Immers, het contract bevat prikkels voor de zorgaanbieder om kosten te verlagen en kwaliteit te verbeteren. De prikkels die van de duurzame contracten uitgaan zijn vergelijkbaar met de prikkels als gevolg van concurrentiedruk. Dit is van belang omdat de concurrentiesituatie per regio en per type zorg sterk kan verschillen. Met duurzame contracten kunnen de positieve effecten van concurrentie worden versterkt..

Zorgaanbieders werken bovendien in toenemende mate samen (ook zonder specifieke bekostiging) om de kwaliteit van zorg te verbeteren, zoals specialisatie-afspraken tussen ziekenhuizen en gezamenlijke consulten van huisarts en medisch specialist. Deze samenwerking richt zich nog nauwelijks op vermindering van het volume van zorg omdat de zorgaanbieder daar niet voor wordt beloond. Een potentieel nadelig gevolg van de toenemende samenwerking is dat de keuzemogelijkheden voor patiënten kunnen verminderen. Voor marktpartijen is het vaak ongewis hoe NMa en NZa oordelen over de eventuele beperking van concurrentie en keuzemogelijkheden als gevolg van samenwerking. Het is wenselijk dat de markttoezichthouders daar duidelijkheid over geven.

4 BETAALBAARHEID

Met een duurzaam contract neemt de zorgaanbieder een deel van de verantwoordelijkheid voor de betaalbaarheid van de zorg op zich. Dit leidt tot een prikkel om doelmatiger te werken. De doelmatigheidsverbeteringen vloeien op termijn terug naar de zorgverzekeraar die zodoende lagere premies kan berekenen.

De zorgaanbieder kan worden beloond voor het behaalde doelmatigheidsniveau of de verbetering daarvan in een benchmark met andere zorgaanbieders, of in vergelijking met de eigen prestatie in eerdere periodes. Maar allereerst is het nodig om duidelijk te definiëren welke zorg onder het duurzame contract valt.

4.1 DOMEIN VAN HET DUURZAME CONTRACT

In het duurzame contract wordt omschreven voor welke zorg de zorgaanbieders verantwoordelijkheid willen dragen. Dit kan bijvoorbeeld ook alle zorg voor een bepaalde groep zijn, ook indien deze zorg door een andere zorgverlener dan de contractant wordt geleverd. Longartsen kunnen een contract afsluiten over alleen de longzorg, maar ook over alle zorg aan mensen met COPD. Indien zij de begeleiding van de longpatiënten goed doen, en goed doorverwijzen naar andere deskundigen, zullen de totale kosten omlaag gaan en delen zij in de behaalde besparingen.

Een zorgaanbieder kan dus concluderen dat het doelmatiger en beter voor de kwaliteit is als de gewenste zorg door een andere zorgaanbieder geleverd wordt. Het duurzame contract houdt hier rekening mee. Het bevat afspraken omtrent de toerekening van kosten die gemaakt worden door andere zorgverleners dan de contractant. Daarnaast is het contract flexibel zodat de zorg door die zorgverlener geleverd kan worden die dat het beste kan doen.

Doorverwijzingen buiten het domein van de contractant kunnen direct tot besparingen op de door de contractant zelf geleverde zorg leiden. In het contract kan worden opgenomen dat dergelijke besparingen worden gecorrigeerd voor meerkosten buiten het domein van de contractant. Denk hierbij bijvoorbeeld aan:

- Een ziekenhuis met een afspraak om knie- en heupvervangingen voor een bepaald budget te realiseren, kan de ligduur verkorten door patiënten vlot uit het ziekenhuis te ontslaan en door te verwijzen naar een zorghotel. Bij het berekenen van de bespa-

ringen die de zorgaanbieder heeft gerealiseerd, kan de zorgverzekeraar correcties toepassen voor de extra kosten van de dagen in het zorghotel. Per saldo leidt dat waarschijnlijk nog steeds tot besparingen en tot een betere klantervaring.

- Een huisartsencoöperatie die verantwoordelijk is voor alle zorgkosten van de contractpopulatie, dus inclusief ziekenhuiskosten van patiënten. De huisartsen kunnen besparingen realiseren met doorverwijzingen naar een ziekenhuis waar de zorgverzekeraar een lagere prijs mee heeft afgesproken. In het duurzame contract wordt hierover bijvoorbeeld opgenomen dat alleen besparingen vanwege gerealiseerde volumeverschuivingen tussen specifieke ziekenhuizen worden gehonoreerd; de prijs volgt immers uit onderhandelingen van de zorgverzekeraar met het ziekenhuis en valt buiten de verantwoordelijkheid van de huisartsencoöperatie.

Verwijzingen binnen een groep zorgverleners die gezamenlijk een duurzaam contract hebben afgesloten, moeten zonder belemmeringen mogelijk zijn:

- Stel, een zorgverzekeraar contracteert een samenwerkingsverband van dermatologen, vaatchirurgen, huisartsen en fysiotherapeuten voor zorg voor 'etalagebenen'⁵. Het samenwerkingsverband concludeert dat voor goede kwaliteit en lage kosten 40 fysiotherapeutische behandelingen per patiënt nodig zijn, terwijl het basispakket maximaal 20 behandelingen vergoedt. Het duurzame contract moet de uitbreiding van het aantal behandelingen mogelijk maken. Het kan zijn dat de polisvoorwaarden daarop aangepast moeten worden.
- Een duurzaam contract voor geboortezorg in een bepaalde regio, met één contract voor publieke gezondheidszorg (GGD), kraamzorg, verloskunde, gynaecologen, ziekenhuizen en een UMC, is erop gericht de zwangere vrouw op de juiste plek in de keten te behandelen. Zorgverleners en zwangere vrouwen moeten daarover zelf kunnen beslissen en de verschillen in bekostiging vanuit WPG, WMO, AWBZ en ZVW zouden daarin geen rol moeten spelen.

Acties buiten het domein van het duurzame contract zijn ook belangrijk en bepalen mede het succes van het duurzame contract. Zo zal een gezondheidscentrum waarmee een duurzaam contract is afgesloten minder succesvol zijn met haar investering in preventieactiviteiten als de zorgverzekeraar tegelijkertijd volumegroei met een nabij ziekenhuis heeft afgesproken.

⁵ Ook wel PAOD voor peripheral artery occlusive disease of perifeer arterieel vaatlijden.

4.2 FINANCIËLE PRIKKELS IN HET DUURZAME CONTRACT

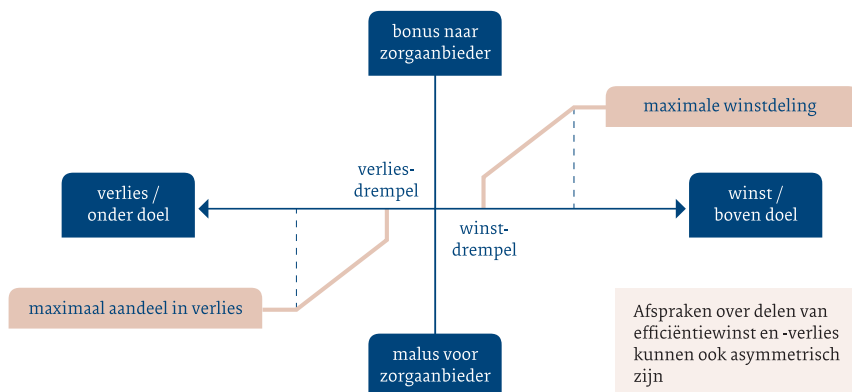
Een duurzaam contract kan in meer of mindere mate financiële prikkels bevatten om prestaties te verbeteren.

De eerste optie is dat een contract alleen de mogelijkheid van een bonus bevat en niet van een malus. Zoals toegelicht in paragraaf 2.1 komen partijen een omzetdoel overeen voor de toegestane kostenontwikkeling. Bij deze eerste optie worden geen financiële consequenties verbonden aan overschrijding van de toegestane kostenontwikkeling. Zorgaanbieders declareren bij deze optie aan de hand van de gebruikelijke WMC-prestatie-omschrijvingen en hanteren het omzetdoel als referentie. De zorgaanbieder krijgt een financiële bonus wanneer hij binnen het afgesproken omzetdoel blijft en goed scoort op de afgesproken gezondheidsdoelen. De zorggroep krijgt dus geen gegarandeerd budget, maar andersom volgt er ook geen sanctie bij overschrijding van het budget.

De tweede optie is dat een contract zowel de mogelijkheid van een bonus als van een malus bevat. Bij deze optie krijgt een zorgaanbieder een financiële sanctie wanneer hij niet binnen het afgesproken omzetdoel blijft. Een dergelijk contract geeft een sterkere prikkel tot doelmatigheid dan een contract met alleen de mogelijkheid van een bonus.

In het duurzame contract worden vooraf afspraken gemaakt over de omvang van de besparingen die de zorgaanbieder zelf mag houden. In de vs en het vk worden bijvoorbeeld drempelwaarden en een 'cap' en 'collar' meegenomen. De 'shared savings' gaan pas in boven een drempel aan besparingen en winst en verlies zijn begrensd (figuur 13).

FIGUUR 13: HET DUURZAME CONTRACT KAN 'VEILIGHEIDSVENTIËLEN' INBOUWEN VOOR HET DELEN VAN DE EFFICIËNTIEWINSTEN



Merk op dat duurzaam contracteren zich niet richt op een vast budget, waarbij het financieel risico van overschrijding van de zorgkosten van patiënten volledig verschuift van de zorgverzekeraar naar de zorgaanbieder. Een degelijk vast budget is in de buitenlandse praktijk gebruikelijk bij de meeste zogenoemde “Managed Care” contracten. Een vast budget biedt sterke financiële prikkels, doordat de zorgaanbieder de volledige besparingen kan behouden wanneer de zorgkosten lager zijn dan het budget. Een vast budget legt echter ook een groot financieel risico bij de zorgaanbieder, omdat de zorgaanbieder verlies maakt wanneer de zorgkosten hoger zijn dan het budget. In relatie hiermee daalde in de Verenigde Staten het animo voor dergelijke contracten; niet veel zorgaanbieders kunnen het risico dragen.

4.3 VERGELIJKING VAN DOELMATIGHEID

Een zorgaanbieder die beloofd wordt voor een doelmatige wijze van zorgverlening, zal beweren zeer efficiënt te werken. De zorgverzekeraar wil afrekenen op basis van werkelijke doelmatigheid. Daarvoor is een prestatievergelijking nodig, zoals vergelijking met de eigen historische prestatie en/of met een benchmark van een vergelijkingsgroep.

In een duurzaam contract op basis van een benchmark bepaalt niet alleen de prestatie van de zorgaanbieder zelf, maar ook die van andere zorgaanbieders de beloning. Voor de vergelijking met de eigen historische prestatie zijn minder gegevens nodig.

4.3.1 BENCHMARK

Stel dat de jaarlijkse kosten per patiënt in een afgebakende regio of groep patiënten landelijk met gemiddeld 3% zijn gestegen. Een zorgaanbieder met een kostenstijging van 2% heeft dan een goede prestatie geleverd (als deze bij aanvang op het gemiddelde doelmatigheidsniveau werkte).

Het belangrijkste voordeel van een benchmark is dat wordt gecorrigeerd voor sectorbrede innovaties, die kostenverhogend of -verlagend werken. Een nadeel is dat de prestatie van een zorgaanbieder pas achteraf bekend is. In het duurzame contract kan worden opgenomen dat de zorgverzekeraar ieder kwartaal een tussenrapportage verzorgt, zodat de zorgaanbieder kan zien hoe de resultaten zich ontwikkelen.

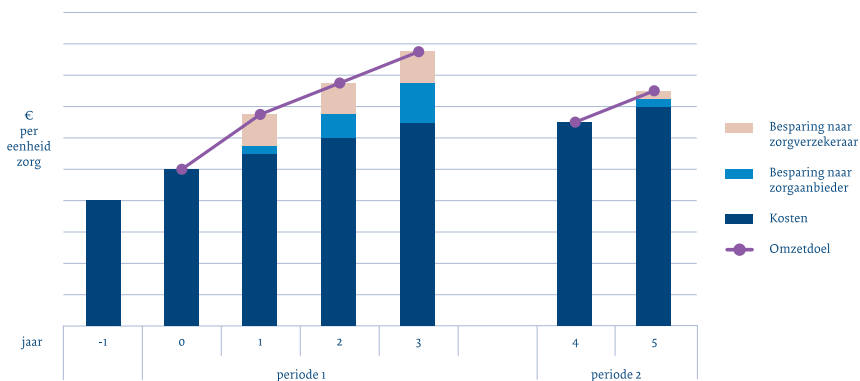
Voor een zinnige vergelijking zijn correcties nodig voor de productmix en de zorgzwaarte van de patiëntenpopulatie. Dit vergt de nodige uitwisseling en verwerking van patiëntgegevens tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Daarnaast is het aan te raden afspraken te maken over de vergelijkingsgroep voor de benchmark. Een huisartsenpraktijk in Amsterdam-Zuid

heeft een heel andere patiëntengroep dan een praktijk in Osdorp.

4.3.2 DUUR CONTRACTPERIODE

De duur van de contractperiode dient zorgvuldig te worden bepaald. In het duurzame contract wordt afgesproken hoe de omzet zich gedurende een bepaalde periode mag ontwikkelen, bijvoorbeeld voor 3 jaar (figuur 14). Een zorgaanbieder die tijdens de afgesproken periode lagere kosten dan verwacht weet te realiseren, mag een deel van de besparingen behouden. De zorgaanbieder kan zo de investeringen terugverdienen die hij heeft gedaan om zijn prestaties te verbeteren. Na de afgesproken periode spreken partijen een omzetdoel af voor de volgende periode. Het ligt in de rede dat het omzetdoel zal uitgaan van de gerealiseerde kosten (paarse lijn vanaf jaar 4). Vanaf jaar 4 krijgt de zorgaanbieder daardoor geen bonus meer voor de eerder gerealiseerde besparingen. De zorgaanbieder moet opnieuw investeren, nu om zijn doelmatigheid verbeteren vanaf het lagere omzetdoel. Dit lukt alleen wanneer eerdere investeringen zijn terugverdiend. De duur van de contractperiode is daarom cruciaal. Als de periode te kort is, zal de zorgaanbieder niet investeren. Als de periode te lang is, profiteert de premiebetaler niet mee van efficiëntievoordelen en kan niet worden bijgesteld voor hogere of lagere kosten die niet aan de zorgaanbieder zijn toe te rekenen, bijvoorbeeld vanwege een nieuw medicijn of therapie. In beide gevallen is het effect voor de zorgaanbieder, verzekerde en patiënt niet optimaal.

FIGUUR 14: NA VERLOOP VAN TIJD MOET EEN DUURZAAM CONTRACT UITERAARD WORDEN HERZIEN



Het ligt in de rede dat op termijn het potentieel van besparingen kleiner wordt. Het wordt dan moeilijker voor de zorgaanbieder om lagere kosten te realiseren dan afgesproken. In dat geval

kunnen partijen in het contract meer nadruk leggen op gezondheidsdoelen om de omvang van de bonus te bepalen.

Omdat de zorgzwaarte van de patiëntenpopulatie gedurende de contractperiode kan veranderen, moet hiervoor gecorrigeerd kunnen worden. Ook een vergelijking met het eigen verleden kan immers mank gaan als de zorgaanbieder een andere patiëntenpopulatie bedient.

4.4 DISCUSSIE BETAALBAARHEID

Een zorgaanbieder moet kunnen profiteren van gerealiseerde doelmatigheidsverbeteringen. Bijvoorbeeld door meer patiënten te kunnen behandelen of door een deel van de besparingen te behouden. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten hier afspraken over maken in het duurzame contract.

Afspraken over selectief contracteren, duur en domein zijn onder de huidige wet- en regelgeving niet altijd mogelijk (of het is niet duidelijk dat het wel mogelijk is):

- Een duurzaam contract is maatwerk. Contractvoorwaarden moeten passen bij de concrete omstandigheden. Als een experiment of innovatie met duurzaam contracteren wordt toegestaan, is het onwenselijk dat andere zorgaanbieders meteen het recht hebben op dezelfde voorwaarden. In een concurrerende omgeving moet een zorgaanbieder bijvoorbeeld beter zijn best doen dan in een niet-concurrerende omgeving. Met een ondoelmatige zorgaanbieder wordt een lagere kostengroei afgesproken dan met een doelmatige aanbieder. Wet- en regelgeving van vws en de nma zou hiervoor ruimte moeten bieden. Afgedwongen (vermeende) rechtsgelijkheid belemmert innovatie en doelmatigheidsverbetering.
- Doelmatigheidsverbetering kost tijd. Het kan meerdere jaren duren voordat dit waarneembaar wordt en de gedane investeringen in managementaandacht en geld worden terugverdiend. Zorgverzekeraars en -aanbieders moeten elkaar kunnen vertrouwen en het moet mogelijk zijn meerjarige afspraken te maken.
- Het realiseren van doelmatigheidsverbeteringen kan met zich meebrengen dat sommige zorgaanbieders verlies moeten nemen. Bijvoorbeeld wanneer taken verschuiven van ziekenhuizen naar de eerstelijns, of van verzorgingshuizen naar de thuiszorg. Dergelijke taakverschuivingen kunnen nadelige gevolgen hebben voor bijvoorbeeld werkgelegenheid, vastgoed en het inkomen van medisch specialisten.

De verliezende zorgaanbieders kunnen hiervoor (deels) worden gecompenseerd wanneer ze onderdeel zijn van het duurzame contract. Wanneer de verliezende zorgaanbieder niet deelneemt aan het duurzame contract, ligt het in de rede dat de zorgverzekeraar in haar beleid met de verliezende partij wel rekening houdt met het duurzame contract.

- Het is cruciaal dat het domein van het duurzame contract duidelijk is. Idealiter zijn er geen barrières voor zorgverleners om de zorg dáár in de keten uit te voeren waar dat het meest gepast is. De overheid kan dergelijke barrières wegnemen door:
 - Geen aparte budgetkaders te hanteren binnen de curatieve zorg voor huisartsen- en ziekenhuizenzorg. Zorgverzekeraars kunnen dan zelf de allocatie van van middelen binnen de gehele curatieve zorg bepalen, zonder tegen schotten aan te lopen.
 - Toe te staan dat zorgverleners voor zorg in het basispakket hun patiënten kunnen doorverwijzen naar zorg die niet (meer) gedekt wordt uit het basispakket. De verzekerde heeft dan recht dié zorg die de zorgaanbieder nodig acht om een bepaalde aandoening effectief te behandelen.

Voor het beoordelen van prestaties die zijn afgesproken in een duurzaam contract, zowel op kwaliteit als op doelmatigheid, zijn soms gegevens nodig van zorgaanbieders die zelf geen onderdeel van het duurzame contract zijn. Brancheorganisaties en de overheid kunnen ervoor zorgen dat deze gegevens – gepseudonimiseerd - kunnen en mogen worden gebruikt.

5 OPERATIONALISEREN VAN EEN DUURZAAM CONTRACT

De analyse van mogelijke acties en effecten uit de voorgaande hoofdstukken, leiden tot mogelijke bouwstenen van een duurzaam contract. Als een duurzaam contract gesloten is, moet het operationeel worden. We gaan hier in op enkele unieke aspecten, die te maken hebben met de informatiestromen. Daarnaast zijn activiteiten nodig op vrijwel alle organisatorische gebieden van de zorgaanbieder.

5.1 IMPLEMENTATIE BIJ DE ZORGAANBIEDER

Zorgverleners en aanbieders zullen zich professioneler gaan organiseren wanneer zij meer verantwoordelijkheden krijgen over kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg. Dit heeft impact op vrijwel alle onderdelen van de organisatie, zoals:

- **ZORG** – De meeste energie en aandacht gaat naar het verbeteren van de werkprocessen om de zorg te verbeteren waar nodig. Dit zijn bijvoorbeeld projecten ter verbetering van de inhoud van behandelingen, de werkwijze binnen een netwerk van zorgverleners, de samenwerking met en verwijzing naar specialisten, de opleiding van patiënten, opleiden en ondersteunen bij het beheersen van de eigen gezondheidsrisico's. Hierbij is ook de relatie met zorg die niet onder het duurzame contract valt van belang.
- **BESTUUR** – Een (consortium van) zorgaanbieder(s) dat afspraken maakt met verzekeraars heeft een leiderschapsfunctie die versnippering in de zorgverlening voorkomt, en die betalingsregelingen creëert om aanbieders te belonen voor het bereiken van meetbare verbeteringen in de gezondheid van de populatie.
- **COMMUNICATIE** – Communicatie met patiënten, binnen de eigen organisatie, met andere zorgaanbieders en overige stakeholders zoals toezichthouders, gemeentes, de IGZ, brancheorganisaties, ondersteunende organisaties, toeleveranciers et cetera. Communicatie is essentieel om het draagvlak voor het duurzame contract te krijgen, te behouden en om het succesvol uit te kunnen voeren.
- **FINANCE & CONTROL** – Het beheersen van de financiële risico's die volgen uit het duurzame contract en het opstellen van een begroting voor het contractmanagement.

- (ZORG-)ADMINISTRATIE – Het verzamelen van de gegevens die nodig zijn voor het contractmanagement. In aanvulling daarop is het wenselijk om prestaties tussen de contractpartners transparant te maken om van elkaar te kunnen leren. Op een vergelijkbare manier kan het wenselijk zijn dat contractpartners best practices uitwisselen.
- JURIDISCHE ZAKEN – Managen van risico's om te voorkomen dat wettelijke bepalingen worden overtreden. De relevante risico's zijn uiteraard in kaart gebracht voordat het contract is gesloten. Relevante wet- en regelgeving komt bijvoorbeeld van vws, NZa, NMa, CBP en BIG.
- HRM – Opzetten van trainingsprogramma's om medewerkers de benodigde vaardigheden en kennis bij te brengen.

Gelet op de impact van duurzaam contracteren ligt het in de rede dat de contracten op bestuurlijk niveau worden ondertekend.

5.2 IMPLEMENTATIE BIJ DE ZORGVERZEKERAARS

Duurzame contracten hebben ook impact op de organisatie van zorgverzekeraars. Enkele voorbeelden zijn:

- INKOOP – Het afstemmen van de zorginkoop bij partijen waar wel en partijen waar geen duurzame contracten mee worden gesloten.
- CONTRACTMANAGEMENT – Het borgen het contractmanagement, bijvoorbeeld door de organisatie te kantelen of met een matrixorganisatie te werken waarbij er een duidelijke verantwoordelijke is voor het duurzame contract dat over meerdere lijnen heen kan gaan.
- ADMINISTRATIEVE VERWERKING:
 - Zorgkostenrapportage – Zorgkostenrapportages rond de duurzame contracten.
 - Tabellenbeheer – Het mogelijk maken dat afwijkende afspraken met zorgverleners kunnen worden verwerkt.
 - Verzekerdenrechten – Ervoor zorgen dat de afspraken in het duurzame contract gedekt zijn in een polismodule zodat declaraties niet als onrechtmatig worden beoordeeld.

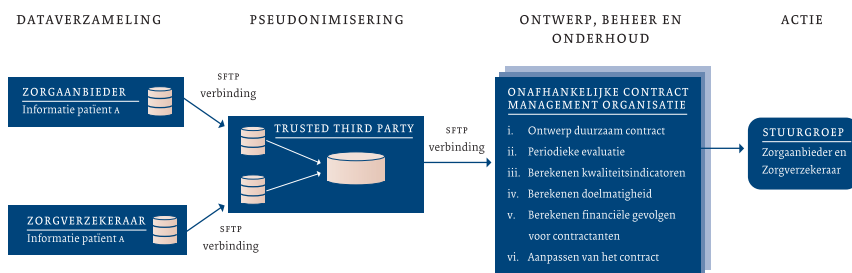
- CONTACTEN MET VERZEKERDEN – Het harmoniseren van de contacten met verzekerden, bijvoorbeeld met het call center, met de duurzame contracten.
- COMMERCIE – De wervingscampagne koppelen aan specifieke duurzame contracten.
- JURIDISCHE ZAKEN – zie boven bij zorgaanbieders.

5.3 ONAFHANKELIJKE CONTRACT MANAGEMENT ORGANISATIE

We raden contractpartijen aan een Onafhankelijke Contract Management Organisatie (OCMO) in te huren. Het team van de OCMO kan helpen om gestructureerd en systematisch tot goede afspraken in het duurzame contract te komen met heldere definities, doelstellingen en afspraken. De OCMO analyseert periodiek de ontwikkeling van doelmatigheid en kwaliteit en stelt periodiek de financiële afrekening tussen de contractpartijen vast. Bovendien kan de OCMO ondersteuning bieden bij de periodieke evaluatie van de afspraken in het duurzame contract en eventuele aanpassingen daarvan.

Voor de opzet, beheer, periodieke evaluatie en doorontwikkeling van een duurzaam contract zijn specifieke competenties vereist. Dit zijn bijvoorbeeld inzicht in de regelgeving van de zorgsector en het analyseren van de ontwikkeling van het aantal behandelde patiënten en van kwaliteitsindicatoren (beide inclusief goede correcties voor casemixverschillen en voor ontwikkelingen in de omgeving). Een OCMO heeft de mensen, kennis, ervaring, processen en ICT-systemen daarvoor in huis. Dat heeft voordelen op het gebied van de uitvoering, continuïteit, juistheid, privacy en onafhankelijkheid bij de (periodieke) bepaling van de contractresultaten en afrekening daarover (figuur 15).

FIGUUR 15: EEN ONAFHANKELIJKE CONTRACT MANAGEMENT ORGANISATIE KAN HELPEN BIJ ONTWERP, BEHEER EN ONDERHOUD VAN EEN DUURZAAM CONTRACT



- Een ocmo kan (en mag⁶) gegevens van de zorgverzekeraar en aanbieder verzamelen en op patiëntniveau combineren. Die gegevens worden gepseudonimiseerd verwerkt. Door bij zorgaanbieder en verzekeraar dezelfde sleutel te gebruiken, kunnen gegevens op individueel niveau gekoppeld worden. Dat wordt gedaan door een Trusted Third Party, niet zijnde de ocmo, die de technische component hiervan uitvoert. Ook de ocmo kan dus geen informatie over individuele patiënten achterhalen. Met de op individueel niveau gekoppelde gegevens kan de ocmo bijvoorbeeld kwaliteitsindicatoren berekenen of de zorgkosten corrigeren voor verschillen in of verandering van de opbouw van de patiëntenpopulatie.
- Door een ocmo in te schakelen zijn de kosten voor de analyses en bijbehorende gegevensverzameling helder. Zodoende kunnen ze ook verdeeld worden tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieders met een gezamenlijk overeen te komen verdeelsleutel.
- Het ontwerp, beheer en onderhoud van een duurzaam contract is de core business van een ocmo. Het is niet een 'taakje erbij' voor een afdeling. Zodoende kan gericht gewerkt worden. Dit leidt tot hogere doelmatigheid en klantgerichtheid. Bovendien is de continuïteit geborgd doordat de medewerkers van een ocmo op meerdere contracten zijn in te zetten en elkaar kunnen vervangen indien nodig.
- Een ocmo moet zijn positie bij beide contractpartners verdienen. Dat kan alleen als zij zich onafhankelijk opstelt. De benodigde analyses zijn onafhankelijk en hebben geen directe financiële gevolgen voor de ocmo. Die onafhankelijkheid wordt niet behaald als de analyses door één van de contractpartners worden uitgevoerd.

5.4 DISCUSSIE OPERATIONALISEREN

Het sluiten van een duurzaam contract is slechts het begin van veel veranderingen. Hiervoor zijn forse investeringen in tijd, aandacht en expertise nodig en is het uitermate belangrijk dat de contractpartijen zich dat realiseren als zij duurzame contracten willen ontwikkelen. De contractpartijen kunnen hiervoor een 'ocmo' (onafhankelijke contract management organisatie) inhuren. Een ocmo richt zich op ontwerp, beheer en onderhoud van duurzame contracten en heeft hiervoor de benodigde competenties in huis.

⁶ Met een ocmo kan ook worden voldaan aan de regels van de nma voor gegevensuitwisseling en het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP)

6 AANBEVELINGEN

Zorgverzekeraars en (combinaties van) zorgaanbieders verkennen nieuwe contractvormen. Daarbij horen vaak shared savings en pay-for-performance op basis van kwaliteit waarbij de patiënt centraal staat. We scharen dergelijke contracten onder de term 'duurzaam contracteren'. Het gaat om contractvormen met een structurele economische prikkel die kwaliteitsverhoging en kostenbeheersing lonend maakt voor zorgverleners.

In deze publicatie inventariseren we welke acties zorgaanbieders kunnen ondernemen wanneer ze worden geprikkeld om doelmatig te werken. Onze analyse richt zich daarbij op acties die te maken hebben met de strategie van een zorgaanbieder, en niet op zorginhoudelijke acties. Bij alle mogelijke acties inventariseren we de gewenste en ongewenste effecten daarvan op patiënten. Op basis daarvan formuleren we de bouwstenen van een duurzaam contract, die daar rekening mee houden.

Daaruit volgen aanbevelingen voor stakeholders voor het duurzaam contracteren die deze bouwstenen mogelijk maken of er op kunnen bouwen voor een duurzaam contract. Het meeste werk moet uiteraard door de zorgaanbieders – zowel organisaties als professionals – verzet worden. Andere stakeholders kunnen dat mede mogelijk maken. Daarvoor hebben we hieronder enkele aanbevelingen opgenomen voor de contractpartners, overheid en overige stakeholders.

CONTRACTPARTIJEN

Zorgaanbieders

- Bewerkstellig dat de patiëntenzorg leidend is bij de gemaakte afspraken, houd dat doel voor ogen.
- Zorg voor afspraken waar de professionals mee uit de voeten kunnen.
- Koppel de duur van het contract aan de verwachte tijd die nodig is om de zorg te veranderen en om daar het resultaat van te zien.
- Bouw flexibiliteit in het contract in, inclusief procedure afspraken over hoe te handelen bij onvoorziene situaties.
- Maak afspraken hoe de zorgverzekeraar de zorgaanbieder kan helpen.
- Houd rekening met ongewenste neveneffecten en maak daar zo mogelijk afspraken over.

Gezamenlijk

- Schakel een Onafhankelijke Contract Management Organisatie in.
- Maak gebruik van de mogelijkheden om de lange termijn in duurzame contracten mee te nemen.
- Maak afspraken over tijdige informatie-uitwisseling zodat gedurende de contractperiode bijgestuurd kan worden.
- Monitor de effecten van het duurzame contract.

Zorgverzekeraars

- Houd rekening met de impact op andere zorgaanbieders dan die waarmee het duurzame contract wordt gesloten en vice versa; de impact van afspraken met andere zorgaanbieders op de zorgaanbieders waarmee een duurzaam contract is afgesloten.
- Houd in de polisvoorwaarden rekening met de afgesloten duurzame contracten, bijvoorbeeld met een polismodule waarin de verzekerderechten worden vastgelegd en waarin wordt geborgd dat ook zorg die buiten het basispakket valt, rechtmatig kan worden gedeclareerd.
- Betrek de duurzame contracten in de bedrijfsvoering (contractmanagement, inkoop, call center, informatievoorziening aan verzekerde):

OVERHEID

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

- Hanteer geen aparte budgetkaders voor delen van de curatieve zorg (of maak duidelijk dat die er niet zijn), zodat de zorg dáár in de keten geleverd kan worden waar dat het meest gepast is.
- Voer verdere integratie van wmo, awbz en zvw zorg door zodat zorgverzekeraars en zorgaanbieders prikkels hebben om de zorg daar te leveren waar die het beste geleverd kan worden.
- Sta experimenten toe zodat contractpartijen zich niet hoeven te laten beperken door de bestaande beleidsregels en zorg ervoor dat er voldoende tijd is om het experiment kans van slagen te geven. Hiervoor kan wel tot vijf jaar nodig zijn.

Kwaliteitsinstituut

- Jaag de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren op patiëntniveau krachtig aan óf maak heel duidelijk dat de overheid dat niet gaat doen. Informatie over kwaliteit is cruciaal voor marktwerking. Andere stakeholders pakken die rol nu onvoldoende op. Nederland loopt achter op dit gebied.

Toezicht (NMA en NZa)

- Maak duidelijk wat de randvoorwaarden van de NMA en NZa zijn waarbinnen zorgaanbieders afspraken mogen maken, zowel onderling als met zorgverzekeraars. Geef die duidelijkheid niet pas achteraf, maar vooraf zoals al voor zorggroepen is gedaan.

OVERIGE STAKEHOLDERS

Brancheorganisaties

- Faciliteer, waar mogelijk, duurzame contracten, bijvoorbeeld door kennisuitwisseling en het organiseren van een platform voor efficiënte en tijdige uitwisseling van gegevens over kwaliteit en kosten van zorg.

Patiëntenorganisaties en -fondsen

- Praat mee bij de opzet van duurzame contracten en beïnvloed daarmee de manier waarop zorg geleverd wordt.
- Werk mee aan bouwstenen van duurzame contracten, bijvoorbeeld het verzamelen van feedback van patiënten. Zorgverzekeraars en -aanbieders hebben steun van patiëntenorganisaties nodig om veranderingen te bewerkstelligen.
- Overweeg ook middelen van de fondsen te investeren in economisch en organisatorisch onderzoek en innovatie. Het succesvol opzetten en uitvoeren van duurzame contracten kan net zoveel impact hebben als medisch-inhoudelijke verbeteringen van de zorgverlening.

Deze publicatie is een gezamenlijk initiatief van SiRM – Strategies in Regulated Markets en Aldien.nl. In onze dagelijkse adviespraktijk merkten we dat er behoefte bestaat aan een systematische analyse van vormen van duurzaam contracteren. Bij het opstellen van deze publicatie hebben we onze theoretische en praktische achtergrond en ervaringen benut om op deze behoefte in te spelen.

SiRM geeft strategisch advies aan partijen op gereguleerde markten, vooral in de zorg. De partners van SiRM zijn Marja Appelman, Jan-Peter Heida en Piet Stam. Ons werkveld, economie van gereguleerde sectoren, is gestoeld op de bijzonderheden van de ‘principaal-agent’ relatie tussen contractpartners in die sectoren. De economie van gereguleerde sectoren vormt ook de theoretische basis van het duurzaam contracteren. Daarnaast zien we duidelijke parallellen met de ontwikkeling van het risiovereeningsstelsel voor zorgverzekeraars en de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren, waarbij wij actief betrokken zijn. SiRM heeft de rol van onafhankelijk contract manager bij de uitvoering van duurzame contracten en is in die rol nauw betrokken bij de ontwikkeling, het beheer en het gebruik van duurzame contracten.

Aldien.nl ondersteunt zorgverzekeraars en zorgverleners bij de totstandkoming van kwaliteitsafspraken in hun onderlinge contracten. Aldien Poll heeft veel ervaring met vernieuwing in de zorg, waarbij aspecten van duurzaam contracteren reeds lang een rol spelen. Zij werkt momenteel als kwartiermaker bij organisaties die beogen duurzaam te gaan contracteren. Eerder heeft ze gewerkt aan de ontwikkeling van cliëntervaringsindicatoren en pay-for-performancecontracten.

B. COALITIE DUURZAAM CONTRACTEREN

Deze publicatie is tot stand gekomen met de steun en inbreng van de Coalitie Duurzaam Contracteren. De coalitie is sinds november 2011 een informele discussiegroep over Duurzaam Contracteren. Ook voor die tijd hebben SiRM en Aldien.nl leden van coalitie bilateraal over dit onderwerp gesproken.

De coalitie heeft als oogmerk dat het concept ‘Duurzaam Contracteren’ in de praktijk wordt getest en bewezen via demonstratieprojecten. De coalitie streeft na dat het concept breder bekend wordt zodat het navolging kan krijgen en breder ingevoerd wordt in Nederland.

Leden van de coalitie Duurzaam Contracteren zijn (naast de partners van SiRM en Aldien.nl):

- Jos de Blok (Buurtzorg Nederland)
- Niels van Elderen (Zorggroep Pozob)
- Joop Hendriks (Bronovo Ziekenhuis)
- Dik Hermans (Vita Valley)
- Nico van Meeteren (TNO)
- Hendrien Witte (Astmafonds)
- Margot Weerts (De Harte-Vaatgroep)

SiRM en Aldien.nl danken de leden van de coalitie voor hun bijdrage aan de ontwikkeling van het concept Duurzaam Contracteren en aan de totstandkoming van deze publicatie.

C. LEESLIJST

Deze publicatie is mede gebaseerd op wetenschappelijke literatuur en rapporten. Op onze website (www.duurzaamcontracteren.nl) vindt u enkele (links naar) bronnen die wij gebruikt hebben.

sirm 
SiRM
Nieuwe Uitleg 24
2514 BR Den Haag


aldien.nl
Aldien.nl
Bilderdijkkade 63b
1053 VJ Amsterdam