

Hoop gevestigd op populatiegebonden zorginkoop

Auteurs



Olivier van Noort

 Functie: regiomanager
 Organisatie: zorgverzekeraar Menzis

Ook: promovendus bij de Universiteit Twente



Fredo Schotanus

 Functie: universitair docent (zorg) inkoopmanagement
 Instelling: de Universiteit Twente

Ook: senior consultant inkoopverbetering en aanbesteden bij adviesbureau Significant.



Joris van de Klundert

 Functie: hoogleraar Bedrijfsvoering van Zorgorganisaties
 Organisatie: het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam

Gemeenten krijgen extra zorgtaken en inkopers krijgen er een zorg bij. Zorginkopers zijn daarom naarstig op zoek naar nieuwe contractvormen en financieringswijzen. Olivier van Noort, Fredo Schotanus en Joris van de Klundert doen verslag van een onderzoek naar populatiegebonden inkoop.

Per 1 januari 2015 krijgen gemeenten extra taken op het gebied van jeugdzorg, ouderenzorg en gehandicaptenzorg. Op grond van de Jeugdwet en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) gaan zij de inkoop van ondersteuning en begeleiding voor deze doelgroepen overnemen van de zorgkantoren (AWBZ) en van de provincies. Doordat persoonlijke verzorging en verpleging niet worden overgeheveld naar de Wmo, maar naar de Zorgverzekeringswet (Zvw), krijgen met name ouderen te maken met Wmo én Zvw. Mensen die als gevolg van zware lichamelijke en/of verstandelijke beperkingen 24/7 zorg nodig hebben in bijvoorbeeld een verpleeghuis, ontvangen hun zorg op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) die de zorgkantoren blijven uitvoeren.

Van het kastje naar de muur

Een toenemend aantal mensen heeft zorg en ondersteuning nodig, maar zowel in de Wmo als in de Zvw heeft het kabinet een bezuinigingsstaak opgelegd aan de zorginkopende organisaties. Dit brengt onder andere het risico met zich mee dat zorginkopers en zorgaanbieders de kosten van zorgverlening proberen af te wentelen op de andere partij, wat als gevolg kan hebben dat kwetsbare burgers van het kastje naar de muur worden gestuurd. Ook bestaat het risico dat deze burgers te maken krijgen met zorg en ondersteuning die onvoldoende op elkaar is afgestemd en mede daardoor inefficiënt georganiseerd en onnodig duur is.

Om dergelijke problemen te voorkomen, zoeken inkopers van zorg- en welzijnsdiensten naar nieuwe contractvormen en financieringswijzen met voldoende prikkels voor kostenbeheersing, kwaliteit en cliëntgerichtheid. Een van deze – voor Nederland nieuwe – inkoopmodellen is populatiegebonden inkoop. In dit artikel gaan wij nader in op het onderzoek dat we uitvoeren naar dit inkoopmodel.

Stinting en skimming

Populatiegebonden inkoop is een inkoopmodel waarbij zorgaanbieders een vast bedrag krijgen op basis van de kenmerken van een individuele cliënt of een groep cliënten in plaats van de aard en de

hoeveelheid van de geleverde diensten. Voor zorgaanbieders is dit een financiële prikkel om doelmatig (samen) te werken. Kostenbesparingen als gevolg van het leveren van effectievere – en dus minder – diensten resulteren namelijk niet in reductie van opbrengsten. Andersom geldt dat kostenstijgingen als gevolg van toename in productie niet leiden tot extra opbrengsten (anders dan nu in de Nederlandse gezondheidszorg vaak het geval is). Een belangrijk risico van populatiebekostiging is dat toegankelijkheid en effectiviteit van zorg voor de populatie vermindert. Opportunistische zorgaanbieders kunnen bijvoorbeeld minder zorg in gaan zetten dan eigenlijk nodig is (*stinting*) of relatief dure cliënten proberen te vermijden (*skimming*).

Evenwicht

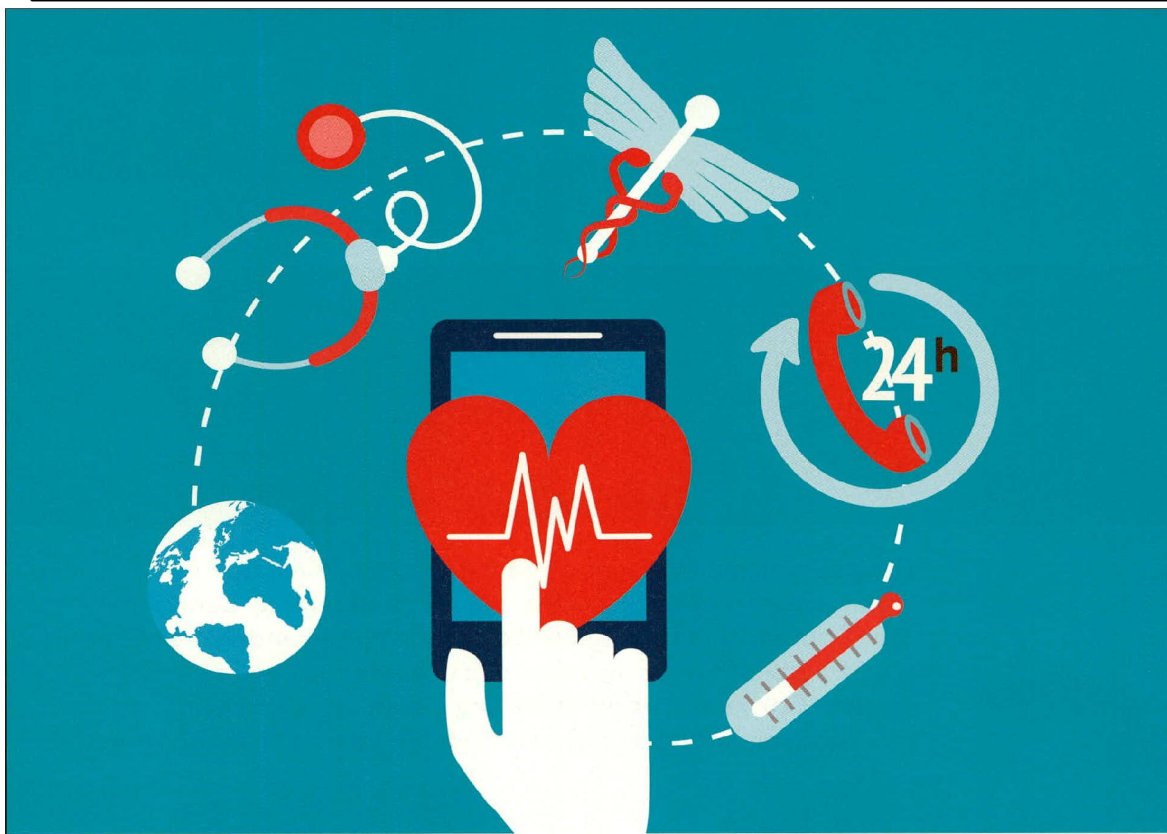
Zorginkopers en zorgaanbieders moeten daarom met elkaar afspraken maken om een evenwicht te vinden tussen financiële prikkels enerzijds en een toegankelijke en effectieve dienstverlening aan de andere kant. Ons onderzoek bestaat uit vier deelonderzoeken:

1. populatiegebonden budget per gemeente;
2. patiëntgebonden budget voor thuiswonende mensen met dementie;
3. veldexperiment met populatiegebonden inkoop;
4. risicotypologie van populatiegebonden bekostiging.

Hierna een korte beschrijving van de eerste drie deelonderzoeken en uitgebreidere presentatie van het vierde.

1. POPULATIEGEBONDEN BUDGET PER GEMEENTE

Om populatiegebonden te kunnen inkopen, moeten inkopers weten hoe groot de reële behoefte aan zorg en ondersteuning van de populatie is, en in het verlengde daarvan de omvang van het benodigde budget. Daarom gaan



we in het eerste deelonderzoek in op de vraag hoe per gemeente een populatiebudget voor persoonlijke verzorging en verpleging kan worden vastgesteld. We doen dit met behulp van een database waarin de zorgkosten van zestig gemeenten in het werkgebied van zorgverzekeraar Menzis zijn verwerkt. We analyseren in welke mate de feitelijke kosten van thuiszorg samenhangen met factoren aan de vraagzijde (leeftijdsofbouw, geslacht, sociaal economische status, woonsituatie, et cetera) én met factoren aan de aanbodzijde (aantal zorgaanbieders, concentratiegraad aanbieders en specifieke marktleiders). Het meenemen van deze aanbodzijdefactoren is voor zover bij ons bekend nog niet eerder gedaan. Met een regressieanalyse ontwikkelen we een model met een zo groot mogelijke fit tussen bovengenoemde factoren en feitelijke kosten.

2. PATIËNTGEBONDEN BUDGET VOOR THUISWONENDE MENSEN MET DEMENTIE

Een specifieke vorm van populatiegebonden bekostiging is de zogeheten *case rate*, een vaste vergoeding per individuele patiënt. De hoogte van die vergoeding is afhankelijk van de complexiteit van de aandoening en de omstandigheden waarin iemand verkeert. *Case rate* financiering komt met name voor in de ziekenhuiswereld, maar in dit onderzoek analyseren we aan de hand van declaratiepatronen van thuiszorgaanbieders of zo'n *case rate* ook voor thuiszorg bij mensen met dementie is te ontwikkelen.

3. VELDEXPERIMENT MET POPULATIEGEBONDEN INKOOP

In dit derde deelonderzoek gaan we na of populatiegebonden inkoop echt werkt. Daarom meten we de effecten van populatiegebonden bekostiging op kosten, klantervaringen en de gezondheid en zelfredzaamheid van een populatie. De metingen worden gedaan voor de geleverde

zorg en ondersteuning door een samenwerkingsverband van zorgaanbieders in Enschede. Dit samenwerkingsverband ontvangt een vast wijkbudget voor levering van thuiszorg en huishoudelijke hulp (Wmo en Zvw) aan de wijkbewoners in drie stadswijken.

4. RISICOTYPOLOGIE VAN POPULATIEGEBONDEN BEKOSTIGING

In het vierde deelonderzoek analyseren we de afspraken die inkopers en zorgaanbieders met elkaar maken. Dat doen we aan de hand van de volgende twee vragen:

1. Welke afspraken beïnvloeden de verdeling van financiële risico's tussen inkoper en zorgaanbieder?
2. Welke afspraken beïnvloeden de risico's voor patiënten op minder goed toegankelijke zorg?

Afhankelijk van de gemaakte afspraken is bij populatiegebonden bekostiging sprake van een relatief hoog of laag financieel risico voor de inkoper respectievelijk de zorgaanbieder, en een hoog of laag (toegankelijkheids)risico voor de patiënt (zie figuur).



Bron: Van Noort, Schotanus en Van de Klundert, 2014

Van belang daarbij is dat contractuele afspraken altijd binnen een zekere context plaatsvinden. Zo hebben wettelijke kaders en marktomstandigheden invloed op toegankelijkheid en financiële risico's, denk aan de wettelijke acceptatieplicht voor verzekeraars, de keuzemogelijkheden die klanten al dan niet hebben om te kiezen voor een andere verzekeraar of zorgaanbieder, en de aanwezigheid van verplichte of vrijwillige eigen bijdragen. Om een idee te geven welke afspraken de risicoverdeling tussen inkoper, zorgaanbieder en patiënt beïnvloeden, beschrijven we een aantal van die afspraken.

Bordje van de inkoper

Op basis van literatuuronderzoek onderscheiden we de volgende hoofdvormen van populatiegebonden bekostiging: *capitation*, case rates en *shared savings*. Bij *capitation* ontvangt de zorgaanbieder een vast bedrag per inwoner of per ingeschreven verzekerde, onafhankelijk van de hoeveelheid zorg die een inwoner of verzekerde afneemt. Een case rate heeft betrekking op een vast bedrag per specifieke cliënt met een bepaalde aandoening. Ten opzichte van *capitation* ligt het financiële risico bij case rates meer op het bordje van de inkoper omdat tevoren geen zekerheid bestaat over hoe vaak een bepaalde aandoening zich voor gaat doen (elke keer dat de aandoening zich voordoet, moet de inkoper dit bekostigen).

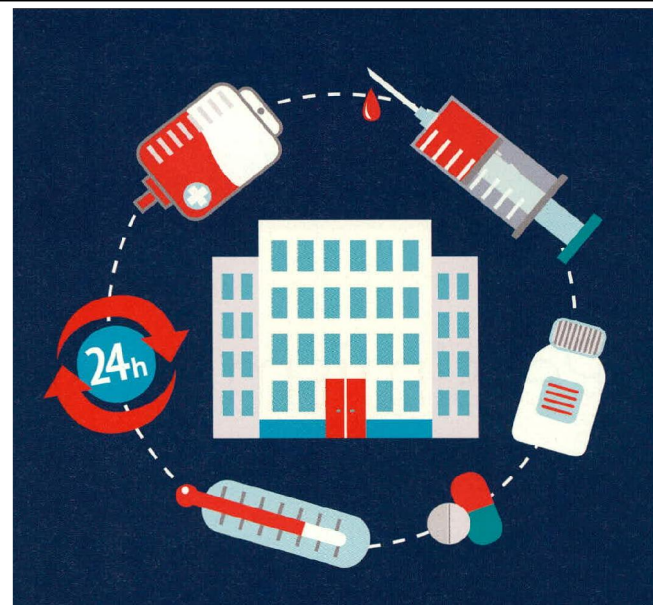
Prikkel

Bij *shared savings* declareert de zorgaanbieder op basis van de geleverde diensten (*fee for service*), maar achteraf worden de totale declaraties afgezet tegen een normbudget of tegen de kostentrend van vergelijkbare groepen cliënten waar geen *shared savings*-arrangement is afgesproken. Eventuele besparingen ten opzichte van het normbudget of de controlegroep worden gedeeld tussen inkoper en zorgaanbieder, terwijl kostenoverschrijdingen nog steeds voor risico van de inkoper kunnen zijn. De zorgaanbieder draagt hier dus beduidend minder risico dan bij *capitation*.

De procentuele verdeling van *savings* tussen inkoper en zorgaanbieder kan mede afhankelijk worden gemaakt van prestatie-indicatoren, zoals wachttijd en klanttevredenheid. Dergelijke indicatoren moeten voorkomen dat een prikkel ontstaat voor zorgaanbieder om op kwaliteit te beknipten of complexe (dure) patiënten te vermijden in hun streven om besparingen te realiseren.

Risk adjustment

Wanneer de hoogte van de *capitation* of het normbudget niet goed is afgestemd op de populatie waarvoor het is bedoeld, lopen zorgaanbieder (bij een te laag budget) of inkopers (bij een te hoog budget) financieel risico. Partijen proberen daarom de te verwachten kosten zo goed mogelijk te voorspellen aan de hand van populatiekenmerken die van invloed zijn op zorgkosten, zoals leeftijd, geslacht, sociaal economische kenmerken en hoe vaak bepaalde ziektes zich voordoen. Wanneer zorgaanbieder onvoldoende zekerheid hebben dat hun budget *risk-adjusted* is, vergroot dit de



PRESTATIES IN ZORGINKOOP

Dit onderzoek is onderdeel van het onderzoeksproject 'Prestaties in zorginkoop', dat door de NEVI Research Stichting (NRS) financieel wordt ondersteund. Andere deelprojecten binnen dit meerjaren onderzoeksproject kijken naar inkooprelaties bij zorginkoop, de effecten van zorginkoop op de efficiency van ziekenhuizen en prestatiegebaseerde zorginkoop. Het onderzoeksproject brengt expertise van zorgmanagement en inkoopmanagement samen vanuit de Rotterdam School of Management, het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg en de Universiteit Twente, faculteit Management en Bestuur, leerstoel Inkoopmanagement. Zie www.healthcareprocurement.org

prikkel om minder zorg te leveren dan nodig is, of aan minder mensen zorg te leveren. Om soortgelijke redenen maken inkopers en zorgaanbieder vaak afspraken over *outliers*. Patiënten met bijvoorbeeld meer dan 50.000 dollar aan zorgkosten blijven dan buiten de populatiebekostiging. En om te zorgen dat geen prikkels ontstaan voor zorgaanbieder om minder in te zetten op specifieke groepen patiënten (psychiatrische patiënten, allochtonen) of specifieke zorgvormen (preventie, voorlichting) spreken partijen geormeerkte *fee for service carve-outs* met elkaar af.

Bewuste keuzes

Op basis van de aanwezigheid van bovengenoemde en andere kenmerken kunnen we bestaande experimenten met populatiegebonden inkoop kwalificeren als meer of minder risicovol voor inkopers, zorgaanbieder en patiënten. Deze typologie en de hiervoor genoemde afspraken kunnen zorginkopers, zorgaanbieder en de eventueel betrokken burgers en patiënten helpen bewuste keuzes te maken wanneer zij populatiegebonden inkoop vormgeven. In ons verdere onderzoek gaan wij na in welke mate populatiegebonden inkoop daadwerkelijk bijdraagt aan kostenbeheersing, kwaliteit en cliëntgerichtheid.

