

Waardegedreven zorg. Over uitkomstfinanciering, benchmarks, prestatiebekostiging en meer.

Twee zorgverleners zijn actief binnen dezelfde zorgsoort. Beide aanbieders hebben soortgelijke cliënten in behandeling. De eerste zorgverlener staakt het behandeltraject na 10 behandelingen. Enkele weken later komt de cliënt te overlijden. De tweede zorgverlener behandelt een cliënt met dezelfde aandoening in 20 behandelingen, waarna de cliënt genezen is. In deze situatie lijkt de tweede zorgverlener het behandeltraject beter te hebben uitgevoerd. Alleen in het huidige zorgstelsel komt het echter vaak voor dat er sprake is van een omgekeerde situatie betreffende de beloning. De eerste zorgverlener wordt beloond vanwege een laag behandelgemiddelde. De tweede riskeert een sanctie bij een te hoog gemiddelde. De vraag is of het zorgstelsel gebaat is bij een dergelijk kortzichtig systeem van financiering.

Introductie

Worden de beschikbare middelen voor de gezondheidszorg wel op de juiste manier besteed? Dit is een vraag die velen de afgelopen jaren bezig heeft gehouden en een vraag die nog steeds niet echt beantwoord is. Dat ligt misschien ook wel aan de complexiteit van de vraag.



Want vragen die samenhangen met de juiste zorg op de juiste plaats zijn behoorlijk abstract. Wanneer is er sprake van doelmatige zorg? Wanneer is een behandeling effectief? Hoe meet je de waarde van zorg?

De gedachte is dat het antwoord op deze vragen de sleutel is voor kostenbeheersing: wanneer een markt zich richt op hetgeen waardevol is voor de patiënt, dan volgt de daaraan gepaard gaande *efficiency* en prijsdaling automatisch.

Opvallend is dat de antwoorden op deze vragen sterk afhankelijk zijn van de persoon aan wie je de vragen stelt. Zorgverleners beoordelen dit vooral vanuit het oogpunt van de behoefte van hun cliënten. Voor financiers zijn de zorgkosten van overwegende invloed. Steeds vaker worden de 'meest doelmatige zorgverleners' beloond met hogere budgetten, waarbij deze doelmatigheid wordt beoordeeld op basis van de gemiddelde behandelkosten per cliënt (de goedkoopste zorgaanbieder wint). Het is de vraag of dat terecht is. Het verschil van invulling van de begrippen heeft te maken met het ontbreken van de juiste meetinstrumenten en doelmatigheidsmarkers. Het is begrijpelijk dat partijen op zoek zijn naar een manier om gezondheidswinst te meten.

Prestatiebepaling, uitkomstfinanciering, benchmarks, het zijn allemaal instrumenten die bedoeld zijn om behandelmethoden te vergelijken en de waarde van geleverde zorg te meten. Deze instrumenten zijn haast niet meer weg te denken binnen de zorgsector en in de toekomst zal hier veelvuldig mee worden geëxperimenteerd. Maar hoe waardevol zijn deze instrumenten in de praktijk? En wat is er voor nodig om deze instrumenten tot hun recht te laten komen?

De geschiktheid van de behandeluitkomsten?

Instrumenten, die tot gevolg hebben dat gedifferentieerd wordt, of kan worden tussen zorgaanbieders, horen bij de marktwerking in de zorg waarvoor in 2006 nu eenmaal is gekozen. Net als binnen alle andere markten kenmerkt de zorgmarkt zich door grote en kleine spelers, sterke en zwakke aanbieders, innovatieve en de meer traditionele instellingen. En de wens om, net als binnen andere markten, uiteindelijk te vergelijken is daarvan een gevolg. Een vergelijking heeft inherent tot gevolg dat sommigen minder goed scoren dan anderen.

Hoewel behandeluitkomsten zo op het eerste gezicht een geschikt meetinstrument lijken om de waarde van zorg te bepalen, heeft de zorgmarkt een aantal bijzondere eigenschappen.



Ralph Tak

Mededinging

Aanbesteding

Geschillen met toezichthouders

Waar op andere markten vaak sprake is van afnemers (consumenten) en leveranciers, kenmerkt de zorgmarkt zich door de 'zorgdriehoek': cliënten zijn zorgconsument, zorgverzekeraars hebben een bemiddelende rol in de relatie tussen de cliënten en zorgaanbieders zijn de leveranciers.

Daar waar een consument normaliter in staat is om rationele keuzes te maken op basis van prijs en kwaliteit - bijvoorbeeld bij de aankoop van een nieuwe televisie of het boeken van een ticket - is de zorgconsument hiertoe minder in staat. Een individu en de maatschappij zullen sneller accepteren dat vanwege een beperkt budget het geen drie, maar een twee sterren hotel wordt. Een bepaalde keuze heeft een duidelijk resultaat. In de zorg is dit anders, het resultaat staat immers niet vast. Het is niet zo dat op voorhand het resultaat bekend is en dat in alle gevallen 10 behandelingen meer of minder leidt tot volledig herstel of geen herstel. Uiteindelijk is de keuze voor een bepaalde behandeling veelal een medische beslissing die door de zorgaanbieder wordt gemaakt.



En daarin schuilt nu juist de kern van het probleem. Niet iedere zorgaanbieder neemt dezelfde medische beslissing. Dat kan ook niet. Zo zijn niet alle vormen van schizofrenie hetzelfde en is ook niet iedere hernia of iedere meniscusklacht identiek. Daarbij komt dat ook niet elke cliënt hetzelfde reageert op een behandelingsmethode, waardoor de uitkomsten van de behandeling verschillend kunnen zijn.

Daarnaast staat niet altijd van te voren vast welke zorg voor een bepaalde aandoening afdoende gaat helpen en wanneer er onvoldoende progressie wordt geboekt om de behandeling voort te zetten. Niet iedere gezondheidsklacht heeft dezelfde oorzaak. Soms kan het juist (onder)kennen van die oorzaak bijdragen aan een relatief eenvoudige oplossing van het probleem. Maar hoe kwantificeer je deze 'gezondheidswinst'? En wat gebeurt er als zorgprofessionals gaan sturen op behandeluitkomsten?

Als wij kijken naar twee zorgdomeinen, waar geëxperimenteerd wordt of gaat worden met een vorm van prestatiebekostiging, dan rijst de vraag of deze experimenten wel goed (kunnen) aansluiten voor het doel waarvoor zij worden gebruikt.

Fysiotherapie

In de fysiotherapie wordt gebruik gemaakt van een instrument om zorgaanbieders met elkaar te vergelijken: de behandelindex. Deze bepaalt hoe een therapeut "scoort" ten opzichte van andere fysiotherapeuten. Kort gezegd is de behandelindex het resultaat van het gemiddeld aantal behandelingen voor zorgconsumenten van die zorgverzekeraar. Deze gemiddelden worden afgezet tegen het aantal behandelingen dat ten behoeve van alle zorgconsumenten van die zorgverzekeraar is verricht door alle andere door deze zorgverzekeraar gecontracteerde praktijken eerstelijns fysiotherapie.

Over het algemeen betreft het hier een gewogen gemiddelde waarbij – afhankelijk van de verzekeraar – in meerdere of mindere mate rekening wordt gehouden met de zwaarte van de aandoening, leeftijd van de cliënten en andere factoren. Maar welke elementen wel en welke niet en in welke omvang worden meegewogen is niet transparant. Daarom is het lastig voor zorgaanbieders om na te gaan of de methodiek klopt en of geen appels met peren worden vergeleken. Dat is een onderbelicht onderwerp.

Wel is het voor de fysiotherapeut duidelijk dat meer behandelen dan gemiddeld ongunstig is voor de statistiek. Waar dit gemiddelde precies ligt, is vaak niet duidelijk. Het gevolg is dat als alle fysiotherapeuten minder gaan behandelen, het behandelgemiddelde daalt en de behandelindex mee daalt, waardoor een neergaande spiraal ontstaat.

Het hanteren van een scherp gesteld behandelgemiddelde beoogt *efficiency* aan de zijde van de zorgaanbieder te verhogen. En daar valt wat voor te zeggen in de zin dat de behandelindex fysiotherapeuten in een ideale wereld daartoe prikkelt.

Keerzijde van de medaille is echter dat fysiotherapeuten hun cliënten eerder ontslaan of kunstgrepen moeten verrichten om de behandelgemiddelden naar beneden bij te stellen. Als gevolg hiervan kan het zijn dat een patiënt in de (duurdere) tweede lijn terecht komt, of meerdere behandelaars in de eerste lijn ziet, waardoor een behandelindex juist een averechts effect heeft. Interessant is ook de vraag wat er zou gebeuren als een patiënt met een wat complexere aandoening een aantal extra behandelingen zou krijgen.

Indien dat doorstroming naar de tweede lijn voorkomt, zou die besparing meegenomen moeten worden in de berekening van de behandeluitkomsten, ook al is sprake van verschillende financieringsstromen tussen de eerste en tweede lijn.

De algoritmes van de benchmark bepalen wat een goede score is, maar het is duidelijk dat er een behoorlijk verschil kan zijn qua input van deze algoritmes, afhankelijk van wat men wil meten en voor wie wat wenselijk is.

GGZ

In de geestelijke gezondheidszorg is de waardebeoordeling voor een groot deel subjectief; veel hangt af van de manier waarop de cliënt het proces beleeft en van de keuze die wordt gemaakt door de zorgverlener. Zo is het lastig om de kwaliteit van de behandeling te meten van iemand met een bipolaire stoornis, laat staan om deze te vergelijken met andere cliënten die een soortgelijke aandoening hebben. De uitkomst zal enorm afhangen van de vraag of de cliënt in de manische of depressieve periode zit. De zorgaanbieder die de vragenlijst goed timed zal veel beter scoren, maar maakt dat deze zorgaanbieder ook inhoudelijk de betere?



Afgezien daarvan, de keuze die een behandelaar maakt om een dergelijke stoornis te behandelen moet gevoed worden door de professionele inzichten van die behandelaar. Op de cliënt toegesneden factoren zouden bij de keuze leidend moeten zijn, niet het louter sturen op kosten.

Zolang deze elementen niet worden meegenomen bij het bepalen van de effectiviteit van een behandeluitkomst is het de vraag of de huidige instrumenten waarmee geëxperimenteerd wordt wel geschikt zijn om de waarde van zorg te meten.

Hoe verder?

Ondanks alle bedenkingen wordt het belang van sturing op resultaat in de zorg steeds groter. Niet alleen voor de differentiatie bij zorginkoop, maar ook bij de afrekening of als onderdeel van materiële controles. Het is niet vreemd dat een zorgverzekeraar zich afvraagt of iemand die altijd twee keer zoveel tijd nodig heeft per patiënt, en daarmee twee keer zoveel kosten maakt, wel doelmatig handelt. Maar het gaat ook weer te ver om standaard aan te nemen dat als iemand van het gemiddelde afwijkt dat dit komt door niet doelmatig handelen.

In de praktijk blijkt er veel onduidelijkheid te bestaan over de berekensystematiek die zorgverzekeraars hanteren. Vaak is het voor zorgaanbieders niet na te gaan of een berekening klopt en of de vergelijking met de referentiegroep wel juist is. Veel is afhankelijk van wat de basis is van het algoritme. De huidige methodiek is voor zorgaanbieders vaak onvoldoende transparant. Daarbij komt dat de doelmatigheid van zorgverlening op dit moment veelal wordt gebaseerd op declaratiegegevens (welke kosten heeft de betreffende zorgverlener daadwerkelijk gemaakt?). Het is de vraag of uit deze gegevens de kwaliteit van de zorgverlening en de mate van doelmatigheid afgeleid kan worden. Als gevolg hiervan ontstaat verzet bij de groep aanbieders die vervolgens op basis van het algoritme negatief afwijkt.

Het is van groot belang dat kritisch wordt gekeken naar de beschikbare data van *alle* partijen en dat er gezamenlijk naar wordt gekeken op welke manier hier conclusies uit getrokken kunnen worden. Daarbij moet niet alleen naar de kosten gekeken worden, maar ook naar het resultaat en de kostenbesparing die met de behandeling gepaard gaat. Beter is dat resultaat integraal te bekijken vanuit meerdere zorgsoorten.

Als je met substitutie en *stepped care* toe wilt naar uitkomstfinanciering, dan kun je niet enkel kijken naar de kosten per zorgsoort. Idealiter komt er een benchmark waarin niet alleen een kostencomponent terugkomt, maar ook componenten zoals kwaliteit, klanttevredenheid en indirecte besparing een plek krijgen.

Alleen kijken naar de kosten per zorgsoort is even zinvol als wanneer een garage alleen kijkt naar het profiel van de banden en dan constateert dat het goed is, zonder er rekening mee te houden dat dit het geval is omdat de auto nooit uit de garage komt omdat de motor stuk is.

Wanneer een beroepsgroep eensgezind is over een manier waarop objectief en transparant behandelresultaten vergeleken kunnen worden, zal de zorgverzekeraar hiermee rekening moeten houden. Beter nog is het zorgverzekeraars te betrekken bij de totstandkoming van een voldragen systeem dat rechtvaardige differentiatie van zorgaanbieders en daarmee differentiatie in de contracten tot gevolg heeft. Het initiatief ligt echter bij de zorgaanbieders zelf.

Juridische hobbels

Het uitwisselen van informatie over de resultaten van de behandeling gaat hand in hand met het uitwisselen van informatie over omzetten, bezetting en misschien ook wel de commerciële strategie van een zorgaanbieder. Dit betekent dat de mededingingsregels in beeld komen. Bovendien zal het vergelijken van behandelinformatie tegen de privacyregels aanschuren. Dit is evenwel overkomelijk. Er zijn diverse oplossingen voor deze juridische hobbels. Bijvoorbeeld door het werken met *trusted third party's* of een goed doordachte opzet van uitwisseling van informatie. Waar een wil is, is een weg. Linksom of rechtsom zal binnen afzienbare tijd in iedere geleding van de zorg een vorm van uitkomstfinanciering zijn weg vinden. En dan is het voor zorgaanbieders beter om zelf proactief te acteren dan speelbal te worden van zorgverzekeraars. Wie geen plan maakt voor zijn eigen leven, wordt onderdeel van andermans plannen.

Wij hebben al in diverse regio's samenwerking tussen zorgaanbieders van dezelfde discipline opgezet binnen de grenzen van wet- en regelgeving, met als doel te komen tot een eigen benchmark.



Stijn van Engelen

Regulering
Materiële controles
Contractering

Dat komt niet alleen het contracteerproces ten goede, ook de cliënt. Want die ervaart hoe zorgaanbieders van elkaar leren om tot een betere en nog meer efficiënte zorg te komen.

Ralph Tak en Stijn van Engelen zijn werkzaam bij Eldermans|Geerts;

www.eldermans-geerts.nl

Op 12 februari 2019 tussen 16:00-18:00 uur organiseren zij een kosteloos seminar over het thema 'uitkomstfinanciering en benchmarks'. Mocht u interesse hebben in dit onderwerp dan bent u van harte welkom. Meld u aan via:

post@eldermans-geerts.nl

