

Populatiebekostiging: waarom, wat en hoe?



Inhoudsopgave

1. Inleiding	pagina 3
2. Waarom populatiebekostiging?	pagina 4
3. Wat is populatiebekostiging precies?	pagina 6
4. Hoe? Enkele technische aspecten	pagina 12
5. Conclusie	pagina 17

Inleiding

Populatiebekostiging staat in de belangstelling. In landen als de Verenigde Staten en Groot-Brittannië worden grote stappen gezet om van het betalen van 'volume' te komen tot het betalen van 'waarde'; of anders gezegd: om van 'inputfinanciering' te komen tot 'outcome' financiering. Ook in het regeerakkoord van het kabinet-Rutte II speelt 'populatiegebonden bekostiging' een belangrijke rol. Hierin is afgesproken dat de basisspoedzorg (SEH/HAP) bekostigd zal worden door middel van populatiegebonden bekostiging, inclusief 'afspraken voor aanvullende beloning met zorgverzekeraars'. De verpleegkundige zorg thuis en de wijkverpleging verschuiven van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) en zullen daar ook vallen 'onder hetzelfde systeem van populatiegebonden bekostiging als de huisartsenzorg'. Tegelijk verkennen ook gemeenten in hoeverre populatiebekostiging toepasbaar is in het sociale domein waarvoor zij de inkoop gaan verzorgen.

Maar wat is populatiebekostiging eigenlijk? In deze publicatie beschrijven we wat populatiebekostiging is, werken we de voor- en nadelen van populatiebekostiging uit en maken we concreet wat de introductie van populatiebekostiging kan betekenen in de praktijk. Ook bespreken we een aantal essentiële randvoorwaarden. De hier uitgewerkte principes gelden voor de volle breedte van de cure, de care en het sociale domein.¹ Populatiebekostiging, mits goed ingevoerd, biedt grote kansen; half ingevoerd zou het wel eens een middel kunnen zijn dat erger is dan de kwaal.

¹ Waar we spreken over 'zorg' bedoelen we dat dan ook steeds in brede zin: inclusief ondersteuning in het maatschappelijk functioneren.

Waarom populatiebekostiging?

“That any sane nation, having observed that you could provide for the supply of bread by giving bakers a pecuniary interest in baking for you, should go on to give a surgeon a pecuniary interest in cutting off your leg, is enough to make one despair of political humanity.”

George Bernard Shaw, *The Doctor's Dilemma*, 1909

Economen, beleidsmakers en schrijvers als George Bernard Shaw weten al ruim een eeuw dat elke manier van het betalen van aanbieders (bekostiging) zijn eigen, specifieke gedrag oproept. Stimuleer je verrichtingen door er per stuk voor te betalen ('fee for service') dan krijg je veel verrichtingen en een hoge productiviteit, maar weinig samenhang. Bij fee for service wordt namelijk voor iedere verrichting betaald, maar niet voor de 'coördinatie' van deze verrichtingen en al helemaal niet voor het voorkómen van zorg.

Een andere manier van bekostiging is door middel van alomvattende budgetten (bijvoorbeeld per ziekenhuis, AWBZ-instelling, buurthuis of vakgroep). Het voordeel van deze manier van betalen is dat het administratief eenvoudig is en kosten beheerst, maar de ervaring leert dat het leidt tot lagere productiviteit en onderbehandeling van cliënten, vaak resulterend in wachtlijsten.

Productbekostiging ('episode-based payment' of 'bundled payment') door middel van bijvoorbeeld DOT-zorgproducten of zorgzwaartepakketten is een derde vorm van bekostiging. Voor elke patiënt met een vergelijkbare zorgvraag (diabetes, galblaasklachten) krijgt de aanbieder een bedrag om het benodigde zorgaanbod te leveren. De geleverde kwaliteit wordt inzichtelijk gemaakt voor alle patiënten die binnen dit zorgproduct behandeld worden door de zorgaanbieder. Dit stimuleert doelmatigheid binnen het zorgproduct: hoe minder ligdagen en interventies, hoe meer de aanbieder overhoudt van het bedrag dat hij krijgt. Tegelijkertijd gaat van deze financiering nog steeds een volume prikkel uit: hoe meer zorgproducten er immers geleverd worden, hoe meer omzet er wordt gegenereerd.

Productbekostiging werkt wanneer de indicatie en de gewenste uitkomsten voor de te leveren zorg goed omschrijfbaar en waar nodig controleerbaar zijn. Dan is het immers duidelijk wat er in welke omstandigheden voor zorg geleverd dient te worden, en geeft deze bekostigingsmethodiek de optimale vrijheid aan de aanbieder om de zorg vorm te geven. Sturen op [praktijkvariatie](#) rondom de indicatiestelling is vaak essentieel om overgebruik van zorg te voorkomen.

In veel gevallen, echter, zijn de DBC's en zorgzwaarteproducten in de Nederlandse zorg niet

De kracht van economische prikkels

In de Verenigde Staten wordt de 'fee for service'-bekostiging mede verantwoordelijk gehouden voor de explosie van zorgkosten in dat land, en voor het gebrek aan coördinatie en samenwerking. Zo toont recent [onderzoek](#) aan dat een ziekenhuis in de VS tot 300% (!) meer verdient aan een operatie met complicaties dan aan een goed verlopen operatie (Eappen e.a. 2013).

In Nederland is andersom juist gesuggereerd dat het einde van het budgetsysteem en de komst van meer op productie gerichte bekostiging hebben bijgedragen aan de scherpe verbetering van de levensverwachting van ouderen in het voorbije decennium (Mackenbach e.a. 2011).

Economische prikkels werken grotendeels onbewust: Amerikaanse artsen zijn natuurlijk niet gericht op het creëren van complicaties. Dit maakt het effect op de volumes en uitkomsten van zorg echter niet minder krachtig.

Schotten in de bekostiging

De frustraties en kostenoverschrijdingen veroorzaakt door verkeerde bekostiging worden nog versterkt door de *schotten* tussen bijvoorbeeld Zvw, AWBZ en Wmo, of tussen eerste en tweede lijn. De zorgvraag van patiënten/cliënten beperkt zich zelden keurig tot dergelijke hokjes, maar de schotten zorgen ervoor dat samenwerking en innovatie erg moeilijk zijn. Baten binnen het ene schot gaan immers vaak gepaard met extra kosten binnen het andere schot, hetgeen de complexiteit van een eventuele samenwerking enorm verroot.

voldoende integraal. Bijvoorbeeld: een chirurgische DBC die niet ook de mogelijke complicaties van de geleverde zorg omvat geeft nog steeds niet de juiste prikkel om complicaties te voorkomen; complicaties leiden dan tot extra inkomsten (er bestaan zelfs speciale complicatie-DBC's). Ook zijn de Nederlandse DBC's soms verpakte 'fee for service'-pakketjes: in de GGZ, maar ook in de ziekenhuiszorg worden de zorgproducten vastgesteld door te kijken naar hoeveel zorg er is geleverd (de zogenaamde minutenklassen in de GGZ) of welke diagnostiek er is verricht. De prikkel voor kwaliteit en doelmatigheid is hiermee afwezig.

Ten slotte is voor ieder bekostigingssysteem het meten en rapporteren van [uitkomsten](#) cruciaal. Er zijn veel ontwikkelingen op dit vlak gaande (denk aan de ROM-ontwikkeling in de GGZ, het traject 'Kwaliteit' van Zorgverzekeraars Nederland en de ontwikkeling van klinische registraties), maar nog steeds zijn uitkomsten zelden beschikbaar voor patiënt, zorgverzekeraar en professional. Dit leidt ertoe dat niet helder is wat het resultaat van de behandeling is, waardoor prikkels voor doelmatigheid en kwaliteit beperkt worden.

Perverse prikkels zoals hierboven beschreven leveren frustraties op bij professionals en patiënten, en zorgen voor veel onnodig verlies aan kwaliteit, verspilling en gebrek aan innovatie. Nu de middelen schaars worden, is de urgentie om aan deze perverse prikkels een eind te maken groot. Er mag niet meer worden verdiend – ook al gebeurt dat niet bewust – aan verspilling of aan suboptimale kwaliteit. Een goede vorm van bekostiging stimuleert zowel doelmatigheid als kwaliteit, vraaggerichtheid en de focus op zelfredzaamheid en zelfmanagement, en ondersteunt zo ook de arbeidsvreugde en professionele trots van hen die in de zorg of het bredere sociale domein werkzaam zijn. Goed uitgewerkt en ingevoerd is populatiebekostiging (in het Engels 'capitation' genoemd) voor belangrijke delen van de zorg zo'n optimale vorm van bekostiging.

De termen populatiebekostiging, regio-/wijkbudget en budget per aanbieder worden vaak door elkaar gebruikt. Met 'regiobudget' of 'wijkbudget' wordt soms een budget bedoeld dat de overheid en/of een verzekeraar toekent aan een regio/wijk. Dat budget staat dan voor de maximale zorgkosten van die regio/wijk. In andere gevallen wordt de term gebruikt voor de situatie waarin een groep aanbieders een dergelijk budget voor de regio beheert, en daarmee het risico van de zorgverzekeraar (deels) overneemt, vergelijkbaar met de Accountable Care Organizations in de VS.

Het essentiële punt van populatiebekostiging is dat de aanbieder het budget beheert, dat uitgaat van een vast bedrag per verzekerde/inwoner, en dat in onderhandeling met de verzekeraar of de gemeente tot stand komt. Dat creëert de gewenste prikkel tot doelmatigheid en preventie.

Wat is populatiebekostiging precies?

Populatiebekostiging betekent dat de zorgaanbieder(s) een bedrag krijgt (krijgen) per inwoner of verzekerde in zijn (hun) populatie, ongeacht of deze inwoner of verzekerde nu zorg gebruikt of niet. Het klassieke voorbeeld hiervan in Nederland is het abonnementstarief voor de huisarts: voor iedere ingeschreven patiënt ontvangt de huisarts een vast bedrag, hoe vaak een patiënt ook bij de dokter komt. Voor dit bedrag dient de integrale huisartsenzorg te worden geleverd. Dit stimuleert doelmatig werken, en met name preventiegericht werken: hoe gezonder de burger/patiënt, immers, hoe minder beroep er op de dokter zal worden gedaan.

‘Ouderwetse’ vormen van populatiebekostiging keken niet naar de uitkomsten van de zorg. Dat is risicovol: dat kan bijvoorbeeld leiden tot onderbehandeling en het ‘doorschuiven’ van patiënten naar de tweede lijn. Goed preventiegericht werken vergt veel inspanningen, maar als de aanbieders ervaren dat de abonnementsmiddelen hiervoor niet toereikend zijn komt dit eenvoudigweg niet van de grond. In Nederland kreeg de diabeteszorg in de eerste lijn pas echt vleugels toen er specifiek middelen beschikbaar werden gesteld voor nieuw personeel en meer activiteiten.

Moderne populatiebekostiging is het best toepasbaar wanneer het gaat om zorg met een duidelijk preventief of wijk-/regiogebonden karakter, of zorg waarbij heldere, afgrensbare ‘diagnoses’ niet op de voorgrond staan.² Dit is het geval bij veel eerstelijnszorg (huisartsenzorg, basisspoedzorg, wijkverpleging/verpleegkundige zorg thuis) en ook aan de ‘voorkant’ in het sociale domein (begeleiding, welzijn, arbeidsparticipatie). ‘Fee for service’ leidt bij dit type zorg tot kostenexplosies, en betekenisvolle ‘producten’ zijn niet of slechts moeizaam te omschrijven zonder zware administratieve lasten in het leven te roepen. De noodzakelijke integraliteit van werken, de vaak niet of moeilijk te omschrijven ‘diagnoses’ en de preventieve focus komen in een systeem van populatiebekostiging het best tot hun recht.

Bedrag per inwoner of verzekerde voor omschreven pakket aan zorg

De ‘populatie’ kan bestaan uit een wijk, of uit alle bij een huisartsenpraktijk ingeschreven mensen, of uit alle verzekerden uit een regio. De aanbieder stelt zich verantwoordelijk voor het leveren van een pakket aan zorg voor de aan hem toevertrouwde mensen. In de meeste gevallen is deze zorg overigens weinig precies omschreven: de huisarts levert huisartsenzorg en de verpleging thuis en de

Wijkverpleging en verpleging thuis naar de Zvw

Net als de zorgverzekeraar die de huisarts contracteert om de zorg te verlenen aan de bij hem/haar ingeschreven patiënten, kan de zorgverzekeraar een aanbieder van verpleegkundige zorg thuis contracteren om de verpleging thuis en de wijkverpleging te leveren voor een groep verzekerden. Als de zorgverzekeraar de verpleegkundige zorg contracteert per patiëntengroep van een groep huisartsen (één of meer HAGRO's) is meteen een brug gelegd voor samenwerking tussen deze professionals, en is ook meteen een duidelijke wijkgebonden focus gegarandeerd.

Het hiervoor benodigde bedrag per patiënt per jaar kan worden berekend op basis van historische kosten voor dit type zorg, inclusief subsidies voor de wijkverpleging enzovoort, die van de AWBZ naar de Zvw zullen worden overgeheveld, en daarmee in de budgetten van de zorgverzekeraars terechtkomen. Het verdient overweging ook de middelen voor de Medisch Specialistische Verpleging Thuis (MSVT) hierin te integreren, met uitzondering van wellicht de zeer complexe vormen van deze zorg die beter via het ziekenhuis kunnen lopen. Ook kan de verzekeraar meer gaan investeren als daarmee lagere kosten verderop in de keten (zoals acute ziekenhuisopnames bij ouderen) worden gerealiseerd. Goede afspraken tussen zorgverzekeraar en gemeente zijn essentieel om voor *beide* de maximale baten van integrale zorg in een wijk (inclusief het sociale domein) te borgen. Zie daarvoor verder in deze publicatie.

² Populatiebekostiging is ons inziens niet geschikt voor bekostiging van specialistische zorg in de tweede lijn, omdat de kostenhomogeniteit in de tweede lijn veel minder is dan in de eerste lijn. Hierdoor kunnen aanbieders eenvoudig hun resultaat verhogen door het afzien van dure vormen van zorg, met als groot risico onderbehandeling c.q. wachtlijsten.

wijkverpleegkundige leveren ‘verpleging’ en de daarbij horende ‘verzorging’.³ In de praktijk is het helder wat hieronder wordt verstaan, en over grensgevallen en uitkomsten (zie verder) dienen afspraken te worden gemaakt.

Populatiebekostiging voor sociale wijkteams

De gemeente kan voor het uit te breiden Wmo-domein ‘sociale wijkteams’ contracteren, die in nauwe samenwerking met de huisarts en wijkverpleegkundige werken aan meetbaar te omschrijven doelen zoals het voorkomen van overlast en zelfverwaarlozing, het versterken van de ‘samenredzaamheid’ in een wijk, enzovoort. Populatiebekostiging past goed bij de typen wijkteams die integrale verantwoordelijkheid dragen, en zelf veel zeggenschap hebben over wat ze doen en wie ze daarbij nodig hebben: het team besluit zelf welke burgers nu even meer aandacht behoeven, en welke minder. Deze typen teams zijn feitelijk ‘collectieve voorzieningen’, die gecontracteerd worden op de te behalen uitkomsten – waarbij nauwe samenwerking met meer specialistische aanbieders alsook met andere door de gemeente in de wijk geplaatste voorzieningen noodzakelijk zal zijn. Individuele voorzieningen zijn dan pas nodig als de collectieve voorziening niet voldoet – als het met de capaciteit en expertise van het sociale wijkteam niet mogelijk of wenselijk is om iemand langdurig te ondersteunen, bijvoorbeeld. Het is deels de verantwoordelijkheid van het wijkteam om door het versterken van samenredzaamheid en dergelijke het aantal verzoeken om individuele voorzieningen zo beperkt mogelijk te houden.

Het bedrag dat de aanbieder per persoon ontvangt varieert: indien de populatie ouder is, of zich in een achterstandswijk bevindt, zal er meer zorg nodig zijn dan indien de populatie bestaat uit studenten of rijke ouderen. Zo wordt het standaardbedrag verhoogd of verlaagd naargelang het risicoprofiel van de populatie (in technische termen: het te ontvangen bedrag wordt gecorrigeerd voor zorgzwaarte).

Contracteren van uitkomsten bij populatiebekostiging

Elke vorm van zorg dient een doel voor de patiënt/cliënt, en het meten van de mate waarin de zorg dit doel behaalt is veelal minder complex dan vaak wordt gedacht. Een belangrijk doel van de huisartsenzorg – inclusief de spoedeisende basiszorg – is het leveren van goede, op preventie gerichte zorg, het met hoge kwaliteit afhandelen van eerstelijnsproblematiek en het coördineren van de zorg als patiënten medisch-specialistische vervolgzorg nodig hebben. Een gezonde populatie die alleen ziekenhuiszorg gebruikt als het echt nodig is, met patiënten die tevreden zijn over de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg, is dan ook een belangrijke uitkomst van dit type zorg. Voor de wijkverpleging/verpleging thuis of de zorg in het sociale domein geldt hetzelfde.

In theorie zou ook naar de ‘gezondheid’, de ‘zelfredzaamheid’ of het ‘welbevinden’ van de bevolking dienen te worden gekeken – dat zijn immers de positieve uitkomsten die idealiter worden bereikt. Het grote probleem hierbij is echter dat de invloed van factoren buiten de zorg en maatschappelijke ondersteuning die in een regio wordt geboden vele

Corrigeren voor zorgzwaarte

Bij het goed meten van uitkomsten van zorg hoort ook het goed *corrigeren voor de zorgzwaarte* van de populatie: ziekere, oudere patiënten zullen vaker de medisch specialist nodig hebben en minder hoog op ‘gezondheid’ kunnen scoren; in achterstandswijken zullen vaak meer inspanningen nodig zijn om dezelfde uitkomsten te realiseren. Correctie is dan noodzakelijk om aanbieders die te maken hebben met zwaardere populaties geen onrecht aan te doen (rekening houdend met het feit dat ze voor de zorgzwaarte ook al meer middelen ontvangen – zie de vorige paragraaf).

Vaak is het afdoende om te corrigeren voor leeftijd, geslacht en sociaaleconomische status; te veel correctie maakt de berekeningen complex en voegt in de praktijk weinig waarde toe. Bovendien gaat het bij de hier gesuggereerde maten vooral om het beïnvloeden van *trends*: *minder* verwijzingen, *minder* diploma’s, *minder* acute opnames, *minder* opnames in verpleeghuizen, enzovoort. Voor het vaststellen van dit type trends in populaties is correctie minder essentieel.

³ Deze omschrijving lijkt op de manier waarop we in Nederland bepalen of zorg verzekerd is of niet: zorg die professionals ‘plegen te bieden’ is door de bank genomen verzekerd. De relatieve vaagheid hiervan is zeer functioneel, omdat niets innovatie meer de kop in zou drukken dan lijsten waarin precies beschreven is welke zorg wel en welke zorg niet wordt geleverd of verzekerd.

malen groter is dan de invloed van de zorg zelf. Bovendien vereist het goed meten van dit type uitkomsten goed opgezette surveys, die langere periodes beslaan (om trends goed in kaart te brengen).

De hier voorgestelde aanpak van het contracteren van uitkomsten is meer pragmatisch: neem het voorkomen van vervolgzorg (acute opnames, heropnames bij ouderen, percentage 65-jarigen in een verpleeghuis, verwijzingen naar duurdere vervolgzorg, ontsporingen, exacerbaties etc.) als beter te beïnvloeden proxy voor dit type uitkomsten, en contracteer deze. Deze proxymaten zijn eenvoudig meetbaar op basis van administratieve gegevens of declaratiegegevens, en worden wereldwijd reeds gebruikt om dit type zorg te contracteren. Soms zijn andere proxymaten aanwezig (zoals het aantal diploma's in het jeugdzorg-voorbeeld (zie kader hieronder); in andere gevallen zijn reeds survey-instrumenten beschikbaar (zoals over de ervaringen van patiënten met eerstelijnszorgaanbieders). Aanvullend hierop kunnen dan, waar gewenst, de meer positieve uitkomstmaten in kaart worden gebracht.

Het contracteren van uitkomsten is, zoals gezegd, bij populatiebekostiging essentieel. Als dit niet gebeurt, ontstaat het risico dat de aanbieder zijn taken verzaakt en de patiënten of burgers die echt zorg en ondersteuning nodig hebben negeert. Dit leidt of tot hogere kosten verderop in de keten, of tot het verkommeren van delen van de populatie die de zorg of ondersteuning het hardst nodig hebben. Vanuit hun lokale oriëntatie zijn gemeentes bij uitstek gepositioneerd om in een populatie vast te stellen of de betreffende aanbieder zijn taken goed heeft verricht en niemand over het hoofd heeft gezien.

Voorbeeld contracteren van uitkomsten: jeugdzorg

Per 2015 gaat de jeugdzorg over naar de gemeenten. Op dit moment is een veel gehoorde klacht dat er per gezin soms wel tien (!) of meer hulpverlenende instanties betrokken zijn. De oorzaak van deze problematiek ligt – wederom – in de wijze waarop we jeugdzorgaanbieders betalen. We betalen voor het aantal uren hulpverlening (fee for service) en meer ingewikkelde tweedelijns jeugdzorg wordt beter betaald dan 'huis, tuin en keuken'-jeugdzorg. De uitkomst van dit systeem hebben we de laatste jaren gezien: oplopende kosten, wachtlijsten en steeds afhankelijker wordende kinderen en gezinnen; precies het tegenoverstelde van wat je als maatschappij wilt bereiken.

Wie de huidige betaaltitels op een rijtje zet, struikelt over de complexiteit. In de basis gaat het om twee vormen van jeugdzorg: basisjeugdzorg en gespecialiseerde jeugdzorg (met daarbinnen enkele uitsplitsingen). Basis jeugdzorg kan geleverd worden door zogenaamde buurtteams bestaande uit allround professionals (sociaal werkers, de huisarts en het Centrum Jeugd en Gezin), die ook oog hebben voor andere zaken zoals schuldhulpverlening. De teams werken via de zogenaamde 'één kind, één plan'-aanpak en krijgen niet per uur of kind in behandeling betaald, maar werken op basis van populatiebekostiging: een vast bedrag per jaar voor het hele team voor een afgesproken regio of gemeente.

Ook hier kan populatiebekostiging dus een belangrijke bijdrage leveren aan het meer integraal maken van de jeugdzorg, het verhogen van de kwaliteit én het verminderen van de kostengroei. Welke uitkomsten staan hierbij centraal? In de kern zijn deze uitkomsten simpel: het creëren van een veilige, prettige omgeving voor kind en gezin dat resulteert in:

- 1) een diploma waarmee je aan het werk kan en
- 2) dat je op het rechte pad blijft en dus niet in aanraking komt met Justitie
- 3) afname van het aantal kinderen dat uiteindelijk specialistische jeugdzorg nodig heeft

Met het meten van deze uitkomsten wordt het voor gemeentes mogelijk om het beleid te evalueren, de beste aanbieders uit te zoeken. En aanbieders kunnen onderling leren van *best practices*. In de gemeente Utrecht overweegt men de jeugdzorg, gezien deze uitkomsten, op deze wijze te contracteren.

Informatie over tweedelijns zorggebruik, voorschrijfgedrag en tevredenheid van patiënten is beschikbaar, evenals de informatie die noodzakelijk is voor basale zorgzwaartecorrectie (zie kader). Het is dan ook goed mogelijk om de populatiebekostiging te verbinden aan de te realiseren uitkomsten van deze zorg – en dus niet meer slechts ‘inspanningen’ te bekostigen, zoals tot nu toe de gewoonte was. Het contract tussen verzekeraar of gemeente en aanbieder dient bijvoorbeeld ook te beschrijven wat de aanbieder gaat doen aan een overmaat aan doorverwijzingen naar dure specialistische aanbieders (ziekenhuis, verpleeghuis). Hierbij is het wel essentieel dat alle partijen (burgers, aanbieders, gemeentes, verzekeraars) beschikken over de uitkomstinformatie en ook zelf de trends kunnen monitoren. Verzekeraars beschikken vaak over cijfers over totaal zorggebruik en vervolgzorg; dit type informatie is door aanbieders zelf niet (of alleen met grote moeite) te genereren.⁴

Dit type contracteren op resultaat verhoudt zich voor preventieve, wijkgerichte zorg slecht met éénjaarscontracten. Termijnen van ten minste 3-5 jaar zijn zinvoller, aangezien resultaten van interventies pas na enkele jaren zichtbaar worden.

Contracteren van wijkverpleegkundige zorg / verpleegkundige zorg thuis

De aanbieder van de verpleegkundige zorg ontvangt voor het leveren van de verpleging thuis en de wijkverpleging één vast bedrag per verzekerde per jaar – stel 15 euro. De kernuitkomst waarop het contract kan worden bepaald is de mate waarin duurdere vervolgzorg kan worden voorkomen – opname in verzorging/verpleeghuis, heropnames van ouderen in ziekenhuis, acute opnames bij multimorbide patiënten. Goede samenwerking met de huisarts is hierbij essentieel; huisarts en wijkverpleegkundige weten elkaar in de praktijk goed te vinden, doordat de contracten wijkverpleging op huisartspraktijk- (of HAGRO)-niveau worden vergeven (zie eerder).

Goede uitkomsten (leidend tot lagere kosten) kunnen worden beloond met additionele middelen – extra euro's per verzekerde – waarmee additionele activiteiten kunnen worden ontplooid die tot nog meer positieve uitkomsten (bijvoorbeeld minder zorg in de tweede lijn) kunnen leiden. Achterblijvende resultaten leiden tot kortingen, of, in het ergste geval, tot het tussentijds beëindigen van het contract.

Het proces van contracteren kan heel goed een aanbesteding zijn, waarin dan de te behalen *resultaten* wel de kern dienen te vormen. Goedkoop is soms duurkoop, aangezien 'laagste prijs' soms weinig te maken met de te realiseren 'waarde' van de zorg (met andere woorden: indien de 'goedkope' aanbieder leidt tot hogere kosten 'verderop' in de zorgketen, is de ingekochte waarde van zorg laag).

Geen indicatiestelling

In de AWBZ speelt indicatiestelling door een onafhankelijke instantie een essentiële rol: daar wordt immers bepaald op welke zorg (en hoeveel) de cliënt recht heeft. Door indicatiestelling wordt de vraag naar zorg ingedamd, en de landelijke organisatie ervan garandeert (in theorie) gelijke behandeling onafhankelijk van woonplaats in Nederland. De nadelen ervan zijn bekend: indicatiestelling introduceert bureaucratie, neemt een taak over van de professional die de laatste feitelijk beter kan uitvoeren, voegt vanuit het cliëntenperspectief geen waarde toe en veronderstelt een voorspelbaarheid van zorgbehoefte die in de praktijk nauwelijks voorkomt.

Als aanbieders baat hebben bij meer cliënten of bedden die steeds bezet zijn, zoals nu in de AWBZ het geval is, heb je een dergelijke 'poortwachter' nodig. Bij populatiebekostiging echter, bestaat deze prikkel niet: de aanbieder krijgt immers niet meer inkomen als hij meer zorg verleent. De vraag welke zorg nu precies nodig is kan dan worden gelegd waar die hoort: in het gesprek tussen professional en

⁴ Meer gedetailleerde uitkomst informatie (zoals bijvoorbeeld het OMAHA-systeem) is niet zinvol voor publieke rapportage en contractering. Dit type informatie is primair geschikt voor interne kwaliteitscontrole en -sturing van de verpleging thuis; de contractering en publieke verantwoording richten zich maximaal op de uitkomsten voor de populatie.

patiënt/cliënt/burger (bijvoorbeeld in het inmiddels beroemde 'keukentafelgesprek'). De financiële prikkel – 'ontzorgen' – is op dat moment precies hetzelfde als de professionele prikkel: streven naar zelfredzaamheid van de cliënt. Het vervallen van de noodzaak tot onafhankelijke indicatiestelling levert direct al een forse kostenbesparing op, evenals een vermindering van administratieve lasten voor zowel de burger, aanbieder, professional als de verzekeraar of gemeente.

Geen individuele declaraties; wel een individueel zorgbericht

Het feit dat indicatiestelling niet meer nodig is, is slechts de eerste stap in het versimpelen van het administratieve proces via populatiebekostiging. Populatiebekostiging maakt ook een einde aan de noodzaak tot precieze zorgtoewijzingberichten, mutatieberichten, individuele declaraties enzovoort. Er is tussen aanbieder en verzekeraar/gemeente slechts één bericht nodig per patiënt/cliënt die zorg ontvangt: dat een cliënt zorg heeft ontvangen, en idealiter ook wat de zorgvraag was en wat de uitkomst van de ontvangen zorg was. Dit kan een zeer eenvoudig bericht zijn, genoeg voor zorgverzekeraar of gemeente om te volgen wie zorg ontvangt (belangrijk voor het bepalen van het eigen risico, de eigen bijdrage of het inzicht in totaal zorggebruik). Bij langdurige zorg is één bericht per jaar afdoende.

Betekent populatiebekostiging het einde van keuzevrijheid en het persoonsgebonden budget?

Omdat bij populatiebekostiging het geld de populatie volgt en niet de individuele cliënt, wordt vaak gesteld dat populatiebekostiging ten koste gaat van de keuzevrijheid van de patiënt, cliënt of burger. Ook kan de cliënt niet geheel zelf de zorg vormgeven zoals bij het cliëntvolgende persoonsgebonden budget het geval is.

Deels is dit waar: de principiële keuze voor een meer wijk-/regio- en preventiegebonden aanpak verhoudt zich slecht tot een strikt individueel gebonden bekostiging. Het contracteren en borgen van populatiegebonden resultaten in zorggebruik verder in de keten (gezonde populatie, minder ziekenhuisopnames, minder verpleeghuisopnames) is immers alleen echt mogelijk bij populatiegebonden bekostiging.

Daar staat echter tegenover dat keuzevrijheid op meerdere manieren kan worden gerealiseerd. Ten eerste zal er binnen één aanbieder voor verschillende individuele professionals worden gekozen. Ook kunnen gemeentes en verzekeraars ervoor kiezen twee tot drie aanbieders van bijvoorbeeld verpleging thuis en wijkverpleging te contracteren in een gebied (stad, wijk of buurt), waardoor keuze mogelijk wordt, de preventie- en populatiefocus blijft bestaan en samenwerking met ketenpartners (huisarts, maatschappelijk werk) mogelijk blijft.

Ook het persoonsgebonden budget blijft een optie. Voor cliënten die langdurig gebruik zullen maken van zorg thuis, bijvoorbeeld, of in uitzonderingssituaties waar een collectief arrangement niet voldoet, kan een verzekeraar of een gemeente separaat middelen beschikbaar houden om in de vorm van cliëntgebonden budgetten uit te zetten.

Hoeveel aanbieders per gebied?

Een eenvoudige manier van het 'verdelen' van een populatiebudget in een gebied en het realiseren van keuzevrijheid ontstaat als verzekeraars of gemeenten per gebied een eigen aanbieder contracteren. De te contracteren populatie is dan eenduidig: je kiest je aanbieder via je keuze voor je verzekering. Ingewikkelder wordt het als een verzekeraar of gemeente meerdere aanbieders wil contracteren. De basis waarop het populatiebudget wordt verdeeld moet dan anders worden geregeld (er vindt immers geen afrekening per cliënt plaats), en het risico van discussies over 'wie de zwaarste cliënten heeft' is in deze situatie groot. Het is echter wel mogelijk: hiervoor zijn technische oplossingen voorhanden die in het buitenland ook al zijn beproefd.

Uitkomsten: toerekenbaar aan aanbieders?

Bij het meten van uitkomsten voor populaties rijst de vraag in hoeverre de gemeten uitkomsten (een-op-een) toerekenbaar zijn aan (individuele) aanbieders. Een voorbeeld is een wijk waarin kinderen in toenemende mate in aanraking komen met Justitie: is dit de jeugdzorgaanbieder aan te rekenen? Of heeft het vooral te maken met de scholen en/of de ouders in de wijk? En los van de vraag of iets toerekenbaar is: welke aantallen heb je nodig om (statistisch) aan te kunnen tonen dat er echt sprake is van een significante stijging of structureel slechte uitkomsten, of dat er sprake is van toevalsvariatie?

In onze ervaring start het meten van uitkomsten voor populaties met het definiëren en monitoren van de gewenste maatschappelijke of zorguitkomsten/-effecten. In sommige gevallen zal blijken dat die maar moeilijk (een-op-een) zijn toe te rekenen aan (individuele) aanbieders, bijvoorbeeld omdat de aantallen cliënten/patiënten per aanbieder te laag zijn. In die gevallen kan overwogen worden om in de toekomst aanbieders anders te contracteren (bijvoorbeeld op stedelijk niveau in plaats van op wijk-/buurtniveau of minder aanbieders per gebied). Een andere optie is de aanbieder op basis van specifieke metingen te beperken tot verwijzingen naar de tweede lijn/vervolgkosten, bijvoorbeeld in combinatie met de cliënt-/patiënttevredenheid.

In elk geval is de verschuiving van contracteren van 'input' naar 'uitkomsten' een fundamentele verandering: waar de 'input' 100% door de aanbieder te sturen is, zijn de uitkomsten van zorg of maatschappelijke ondersteuning dat ten principale nooit. Zorgaanbieders nemen dus altijd risico door zich contractueel te committeren aan uitkomsten. De kunst – zo leren de lessen in binnen- en buitenland – is om dit risico groot genoeg te laten zijn om de professionele 'drive' en innovatie maximaal aan te spreken, maar niet zó groot dat de aanbieder zelf een soort verzekeraar wordt of te zeer kan worden gestraft door gebeurtenissen buiten zijn invloedssfeer. Het goed doseren van dit risico, en het accepteren van dit risico door aanbieders, is de grootste inhoudelijke én culturele uitdaging waar we met elkaar voor staan.

Gebiedsgericht inkopen en mededinging

De relatie tussen populatiebekostiging en mededinging kent twee kanten: die van de aanbieders en die van de financiers (gemeenten en zorgverzekeraars).

Aan de financieringskant speelt de mededinging geen rol bij gemeenten, zij zijn immers geen marktpartij en worden gecontroleerd door de gemeenteraad. Voor zorgverzekeraars is het voor ons op dit moment niet helder in hoeverre zij gezamenlijk mogen inkopen; onze inschatting is dat het de praktische uitvoerbaarheid van het inkopen van gebiedsgerichte zorg in wijken (ongeacht de bekostiging overigens) zou helpen als verzekeraars in gezamenlijkheid met gemeenten kunnen inkopen, waarbij zij bijvoorbeeld de marktleider volgen.

Aan de aanbiederskant spelen er ons inziens geen mededingingsissues. Immers, gemeenten en zorgverzekeraars kunnen bijvoorbeeld eens in de vier jaar een nieuwe aanbieder(s) in een wijk/buurt contracteren. Ook kan ervoor gekozen worden (zie ook hierboven), gelijktijdig meerdere aanbieders per gebied te contracteren. Hierbij speelt de afweging van een optimale integrale zorg (die wellicht makkelijker te realiseren is met een tijdelijke 'monopolist' per gebied) versus keuzevrijheid.

Zicht kwijt op wat er gebeurt met populatiebekostiging?

De angst bestaat bij sommigen dat je als financier (zorgverzekeraar/gemeente) het zicht kwijt raakt op welke zorg geleverd wordt door aanbieders in het geval van populatiebekostiging. Hoeveel consulten levert een huisarts bijvoorbeeld nog wanneer hij helemaal gefinancierd wordt via populatiebekostiging?

Deze angst is niet terecht: immers, ook in een systeem van populatiebekostiging is het van belang dat het aantal geleverde consulten per huisarts bekend is, bijvoorbeeld om afspraken over het gewenste serviceniveau c.q. de toegankelijkheid te maken. Het grote verschil bij populatiebekostiging is dat het aantal consulten niet meer de *drijvende* prikkel is: immers, de huisarts ontvangt zijn inkomsten per ingeschrevene en niet per consult. Via deze combinaties (van het betalen per ingeschreven én afspraken over welke zorg er geleverd wordt) weet de financier dus nog steeds welke zorg er geleverd wordt én staan de financiële prikkels beter in lijn met de waarde van de zorg voor de patiënt.

Hoe? Enkele technische aspecten

Regelgeving

Voor de Zorgverzekeringswet en de AWBZ stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) tarieven, prestaties en budgetten vast. Dit is de basis waarop zorgverzekeraars en aanbieders afspraken kunnen maken en waardoor aanbieders uiteindelijk door zorgverzekeraars bekostigd kunnen worden. De ziekenhuis-DBC's zijn dergelijke 'prestaties', net als de inschrijving (waarop het abonnementstarief van toepassing is) bij de huisarts.

In het kader van de overheveling van de wijkverpleging/verpleegkundige zorg thuis vanuit de AWBZ naar de Zvw zal allereerst de 'aanspraak' op dit type zorg in de Zvw dienen te worden gerealiseerd, zoals in de recente brief van de staatssecretaris is aangekondigd.⁵ Vervolgens kan de NZa op basis van die aanspraak een prestatie vaststellen. Dit is een essentiële stap, omdat de NZa ervoor kan kiezen een prestatie te beschrijven als individuele 'activiteit' ('fee for service'), als integraal 'zorgproduct', of als 'bedrag per verzekerde' (populatiebekostiging), vast te stellen door de zorgverzekeraar in onderhandeling met de aanbieder.

Essentieel is de keuze voor de populatiebekostiging en een zo open mogelijke omschrijving van de prestatie ('zorg zoals wijkverpleegkundigen plegen te bieden'), zodat zorgverzekeraars met aanbieders op lokaal niveau passende afspraken kunnen maken. Het creëren van los te declareren 'activiteiten' of 'zorgproducten' leidt tot onbeheersbare kosten en tot opnieuw uitdijende bureaucratie om deze kosten te beheersen via (opnieuw) indicatiestelling.

Populatiebekostiging bij de HAP/SEH

Ook de basisspoedzorg die geleverd wordt op de huisartsenpost en de SEH leent zich bij uitstek voor populatiebekostiging. Concreet zou dit inhouden dat het HAP-budget vermeerderd met het spoedzorgdeel vanuit het ziekenhuis, 'omgeslagen' wordt over de inwoners die gebruikmaken van deze basisspoedzorgvoorziening. Het a priori landelijk bepalen van welke zorg uit het ziekenhuis 'geschoond' zou moeten worden voor het HAP/SEH-budget is een lastige zaak, omdat de situatie van elk ziekenhuis anders is.

De meest eenvoudige werkwijze hier is het creëren – wederom – van een HAP/SEH-prestatie door de NZa, in de vorm van een bedrag per inwoner (van de bij de basisspoedvoorziening behorende regio). Dit bedrag kan deels vastgesteld worden door de NZa, zoals nu ook voor de HAP het geval is, maar daar bovenop dient dan een aanvullend, vrij te onderhandelen bedrag per inwoner te komen om die zorg te verlenen die uit het 'ziekenhuisbudget' wegvalt. De som van deze bedragen zal vanwege de ontdebelling lager zijn dan de totale uitgaven voor HAP en basisspoedzorg nu. Bovendien vervalt op deze manier de prikkel voor ziekenhuizen om patiënten op de SEH te zien die daar eigenlijk niet thuishoren. De zorgverzekeraar kan dan per ziekenhuis in samenspraak vaststellen, in lokale afspraken, hoe groot dit deel is c.q. zou moeten zijn, en hoe dit via prijs-/volumeafspraken rond de DOT-productie weg kan vallen.

Door te werken met een vast bedrag per ingeschreven inwoner (gecorrigeerd voor populatiekenmerken), ontstaat een krachtige prikkel voor verzekeraars en aanbieders om dubbele infrastructuur/teams af te bouwen en optimaal samen te werken. Ook hier geldt dat er dan afspraken gemaakt moeten worden door de zorgverzekeraar over de uitkomsten van de geleverde basisspoedzorg, bijvoorbeeld de (maximale) wachttijd en het percentage doorverwijzingen naar het 'achterliggende' ziekenhuis.

Voor de zorg en maatschappelijke ondersteuning die vanuit de AWBZ naar de gemeentes wordt overgeheveld staat het gemeentes vrij zelf deze prestaties definiëren. Het werken met populatiebekostiging lijkt vanuit het perspectief van de gemeente sterk op een collectieve voorziening – met dien verstande dat ook hier weer niet zozeer de inspanningen (het realiseren van de voorziening) maar met name de uitkomsten gecontracteerd worden. Dit betekent ook hier het vermijden van

⁵ Hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst (Ministerie van VWS, 25 april 2013).

gedetailleerde structuur- en proceseisen in de contractering – want dan gaat de gemeente op de stoel van de professionals zitten – en het zo concreet mogelijk omschrijven van de te realiseren resultaten.⁶ Een dergelijke werkwijze reduceert ook de administratieve lasten voor aanbieders én stimuleert de samenwerking met zorgverzekeraars – zie verder.

Hoe integraal is de populatiebekostiging?

Het regeerakkoord stelt dat de HAP/SEH-zorg, net als de verpleging thuis/wijkverpleging, zal vallen 'onder hetzelfde systeem van populatiegerichte bekostiging' als de huisartsenzorg. Dit kan worden geïnterpreteerd als een pleidooi voor één integrale bekostiging (in NZa-termen: één 'prestatie'), die de gehele huisartsenzorg, de verpleging thuis/wijkverpleging alsook de HAP/SEH-zorg omvat. Hier is ook wel wat voor te zeggen (evenals voor de verdere uitbreiding hiervan met het sociale domein, zie verder): dit zorgaanbod is nauw met elkaar vervlochten, en hoe integraler dit palet van zorg kan worden vormgegeven, hoe beter het is.

Echter, in de praktijk is de mate van integraliteit een kwestie van de juiste balans vinden tussen enerzijds het optimaal stimuleren van substitutie en ketensamenwerking en het voorkomen van afwenteling, en anderzijds de praktische en bestuurlijke haalbaarheid. Daarom moet soms eerder worden gedacht aan een groeipad dan aan het ineens doorstomen naar het eindplaatje. Zo zijn er belangrijke pragmatische redenen waarom (in ieder geval op de korte termijn) een separate bekostiging voor de huisartsen, de verpleging thuis/wijkverpleging en de HAP/SEH de juiste balans lijkt (zie verder over integraliteit over de grenzen van de Wmo/Zvw heen). Er is namelijk reeds een HAP-infrastructuur in Nederland, inclusief bestuurlijke inbedding, en de integratie hiervan met de basiszorg uit de SEH's is al complex genoeg – daar hoeft niet nog een verdere integratie met individuele huisartsen bij. Hetzelfde geldt voor de wijkverpleging/verpleging thuis: noch verpleegkundigen noch huisartsen hebben behoefte aan een gedwongen financieel en contractueel huwelijk, met alle daarmee gepaard gaande bestuurlijke stennis van dien.

De situatie in het sociale domein is weer anders. Daar moet een fors deel van de wijkinfrastructuur nog worden opgebouwd, maar ook daar spelen praktische en bestuurlijke argumenten een rol. Zo zijn de bestaande aanbieders van bijvoorbeeld ouderenzorg vaak nodig om een stevig integraal aanbod neer te zetten, maar dan moet ook rekening worden gehouden met hun belangen en transitie-uitdagingen.

Tot slot moet bij de invulling van populatiebekostiging inhoudelijk goed worden gekeken naar de relatie met ketenbekostiging. Daarbij speelt onder andere de eerder genoemde factor – in hoeverre heldere, afgrensbare 'diagnoses' op de voorgrond staan – een rol.

Er is ook nog een meer inhoudelijke reden waarom een dergelijke 'brede populatiebekostiging' binnen in ieder geval het Zvw-domein onwenselijk kan zijn: het leidt tot een consolidatie van het zorgveld tot regionale monopolies, waarbij de keuzevrijheid en de prikkel tot innovatie in het geding kunnen komen. Dit geldt nog veel sterker als gesproken wordt over integrale budgetten voor de gehele zorg⁷.

⁶ Indien gemeenten zelf uitvoerder zijn, is het belangrijk om intern met dezelfde principes een scheiding tussen opdrachtgever en opdrachtnemer in te regelen.

⁷ Indien een brede verantwoordelijkheid wordt gecontracteerd bij één partij, zal die sneller gebruik gaan maken van onderaannemers. Daar ontstaat dan ook een inkooprelatie. Naast overwegingen rondom innovatie, monopolies en de juiste prikkels moet in dat geval ook rekening worden gehouden met mogelijke fiscale aspecten, met name rondom de btw-verplichting van de hoofdaannemer.

Budget- en afwentelrisico's

De zorgverzekeraar wordt steeds meer risicodragend voor de gehele Zvw-zorg, en is met de komst van de wijkverpleging/verpleging thuis maximaal gemotiveerd om afspraken te maken met huisartsen in samenhang met thuisverpleging om duurdere kosten 'verderop' in de keten te reduceren. Minder heropnames, betere coördinatie en minder onnodig doorverwijzen vertalen zich direct in betere resultaten voor de zorgverzekeraar. De prikkel tot 'waardecreatie' (investeren in de eerste lijn om zwaardere, duurdere zorg te voorkomen) staat dus goed, en het mechanisme van populatiebekostiging creëert veel meer grip op de totale zorguitgaven dan andere vormen van bekostiging.

• Nationale kern-AWBZ monitor op zorggebruik

De overheid kan in kaart brengen welk percentage van de burgers binnen een gemeente gebruik maakt van zorg uit de kern-AWBZ. Door gemeenten met elkaar te vergelijken in een benchmark (gecorrigeerd voor populatiekenmerken) kan bepaald worden welke gemeenten disproportioneel veel zorg leveren uit de kern-AWBZ. Eventueel kunnen gemeenten die relatief weinig zorg consumeren uit de kern-AWBZ beloond worden, bijvoorbeeld door middel van een bonus die bijvoorbeeld ingezet kan worden voor het op peil houden c.q. investeren in de Wmo-zorg. Gemeenten die relatief veel burgers zorg uit de kern-AWBZ laten consumeren zouden een korting tegemoet kunnen zien. Ook zorgverzekeraars zouden voor 'hun' regio's naar rato hiervoor aangeslagen moeten worden zolang de kern-AWBZ nog niet risicodragend door hen wordt uitgevoerd. Dit geeft als bijkomend voordeel ook een optimale stimulans tot samenwerking tussen AWBZ en Zvw.

• 'Ventielmogelijkheden' voor aanbieders tussen kern-AWBZ/Wmo/Zvw

Een andere mogelijkheid tot het mitigeren van het afwentelrisico is het creëren van ventielmogelijkheden tussen de verschillende financieringskaders. Concreet zou dit inhouden dat aanbieders beloond moeten worden als het hen lukt om met meer extramurale voorzieningen (in het domein van de Wmo/Zvw) zorgconsumptie in de kern-AWBZ te voorkomen. Dit zou inhouden dat middelen die oorspronkelijk voor de kern-AWBZ bedoeld zijn, dan vloeien naar zorg in het Wmo/Zvw-domein, onder de voorwaarde dat de totale integrale kosten minder worden. In de praktijk zou het dan dus neerkomen op een shared savings-model tussen aanbieder en overheid, waarbij de aanbieder gestimuleerd wordt tot extramuralisatie en de overheid uiteindelijk minder geld uitgeeft in de kern-AWBZ en dit geld deels onderbrengt in de Zvw/Wmo en een deel van de mindere kosten terug kan laten vloeien naar de belastingbetaler.

Door het naast elkaar blijven bestaan van Zvw, Wmo en AWBZ blijft echter het risico op afwenteling bestaan: het verschuiven van kosten tussen systemen. Immers, aanbieders die bekostigd worden op basis van populatiebekostiging hebben een gemaximeerd budget per persoon/cliënt, waardoor het 'doorschuiven' van kosten naar (duurdere) tweedelijnszorg aantrekkelijk kan zijn. Gemeentes zullen de neiging kunnen hebben om problemen c.q. kosten af te wentelen op zorgverzekeraars en andersom; beide zullen de neiging hebben om kosten af te wentelen richting de toekomstige kern-AWBZ. Als een patiënt in een verpleeghuis wordt opgenomen vervallen immers de kosten voor de gemeente en de zorgverzekeraar (of, indien de zorgverzekeraar de kern-AWBZ uitvoert, worden het kosten waarvoor de risicodragendheid vooralsnog klein of nihil is).

Gegeven de financiële druk op alle partijen, en de kosten- en kwaliteitsrisico's die gepaard gaan met afwenteling, is het voorkomen en monitoren van dit risico een systeemverantwoordelijkheid. Omdat geen van de individuele partijen gemotiveerd of geëquipeerd is om hieraan substantieel aandacht te geven, zal hierop door de overheid regie moeten worden gevoerd (zie kader hierboven).

Samenwerking zorgverzekeraar en gemeente

De aanpak van de AWBZ door het huidige kabinet vereenvoudigt de 'voorkant' van het zorg- en ondersteuningslandschap. Daar waar in de zorg thuis en in de wijk op dit moment vijf wettelijke kaders (Zvw, AWBZ, Wmo, openbare gezondheidszorg (OGZ) en Jeugdzorg) door elkaar lopen en samenwerking bemoeilijken, alleen al voor de domeinen zorg en ondersteuning, worden dit er vier,

omdat de AWBZ wordt teruggebracht tot een voorziening voor alleen intramurale, zware zorg.⁸ Dit betekent dat meer nog dan op dit moment de gemeenten en zorgverzekeraars in gezamenlijkheid een cruciale rol zullen spelen in de zorg en ondersteuning thuis en in de wijk.

De vraag die vele partijen nu bezighoudt is hoe deze samenwerking het beste vorm te geven. Kort gezegd zijn er twee uitersten:

- Samenwerking vormgeven 'van boven af': hier spreken zorgverzekeraar en gemeente gezamenlijk doelen af, en contracteren zij gezamenlijk aanbieders om integrale teams voor het zorg- en sociale domein te vormen (van wijkverpleegkundige tot jeugdzorgwerker).
- Samenwerking vormgeven 'van onder op': hier contracteren zorgverzekeraar en gemeente beide separaat aanbieders voor de zorg en ondersteuning vallend in de eigen domeinen. Het is vervolgens aan de aanbieders om elkaar op te zoeken en de synergie in aanpak te vinden.

Alhoewel in de eerste aanpak de samenhang tussen de verschillende domeinen voorop wordt gezet, kleven er toch ook nadelen aan. Het risico is reëel dat er vooral veel nieuwe overlegcircuits zullen ontstaan, veel nieuwe vergadertafels en samenwerkingspilots tussen individuele gemeentes en zorgverzekeraars die veel vergaderenergie vergen, maar relatief weinig echte uitkomsten realiseren.

Verzekeraar		Gemeente
Outreachinge zorg (bv. FACT)	↔	Begeleiding, arbeidsparticipatie
Behandeling ggz-problematiek	→	Arbeidsparticipatie, overlast etc.
Ggz-problematiek ouders	→	Veroorzaakt vraag naar jeugdzorg
Ggz-problematiek op latere leeftijd	←	Preventief ingrijpen jggz
Verwijzingen door huis/kinderarts	→	Kosten jggz
Intramurale langdurende ggz	↔	Extramurale begeleiding
Basis-ggz chronische zorg	↔	Begeleiding
...etcetera		

In deze tabel staat een aantal voorbeelden van de raakvlakken tussen de zorg/ondersteuning waar de verzekeraar respectievelijk de gemeente voor verantwoordelijk is. Dit zijn even zovele plekken waar afwenteling kan optreden, en coördinatie gefrustreerd kan worden. Andersom zijn dit de raakvlakken die aangeven waar de kansen op goede samenwerking liggen.

Het tweede, bottom-up, model daarentegen, start met het helder stellen van de eigen doelen, en het via populatiebekostiging separaat contracteren van aanbieders. In sommige gevallen zal dezelfde aanbieder door zowel zorgverzekeraar als gemeente worden gecontracteerd, in andere niet. Doordat beide werken met populatiebekostiging wordt al een natuurlijke prikkel tot samenwerking en integraliteit ingebouwd: beide zullen immers voor het doelmatig realiseren van de eigen doelstellingen maximaal op elkaars steun willen rekenen. Een goed functionerend sociaal wijkteam draagt bij aan de samenredzaamheid van een wijk en kan zo opnames in een ziekenhuis helpen voorkomen; andersom zal goed aangepakte verslavingsproblematiek weer bijdragen aan het veiligheidsgevoel in een wijk. Een van de eerste zaken die een sociaal wijkteam zal doen is aansluiting zoeken met de wijkverpleegkundige en vice versa – vaak bestaan deze contacten al.

⁸ Deze weergave gaat nog voorbij aan de Jeugdzorg en de openbare gezondheidszorg (OGZ), die ook een belangrijke rol spelen aan de voorzijde van de zorg.

Expliciete samenwerking tussen zorgverzekeraar en gemeente is in dit tweede scenario noodzakelijk op twee punten:

- De voorspelbare knelpunten en afwentelrisico's (hoe gaat de zorgverzekeraar om met de 'begeleiding' werkzaamheden in het FACT-team, bijvoorbeeld, en hoe borgt de gemeente de toegang tot de collectieve voorzieningen voor fragiele ouderen). Deze kunnen in de separate contracten van zorgverzekeraar en verzekeraar met de aanbieders worden geborgd daar waar de professionals op de werkvloer dit niet al zelf zullen oppakken. Omdat deze knelpunten en afwentelrisico's in veel gevallen grote overlap zullen vertonen, hoeft niet elke gemeente-verzekeraarcombinatie het wiel opnieuw uit te vinden. Modelcontracten ('templates') zullen hier in een belangrijke behoefte kunnen voorzien, waarbij de mogelijkheid kan bestaan om op de lokale situatie in te spelen via opties per template. Hierin kunnen desgewenst de gemeentelijke taken in het kader van de collectieve preventie (OGZ) worden betrokken.
- Alleen in bijzondere gevallen (ingewikkelde binnenstadproblematiek bijvoorbeeld) kan het voordelen bieden om de samenwerking 'bovenlangs' goed vorm te geven, omdat daar meer complexe aanpakken nodig kunnen zijn die vanaf de start al specialistische, domeinoverschrijdende kennis vereisen.

Een dergelijke aanpak zal de transactie- én frictiekosten op de grens tussen Zvw en Wmo aanzienlijk kunnen verminderen, en de kans op succes vergroten.

Conclusie

Het tij van stijgende kosten en druk op de zorg kan alleen worden gekeerd door een verschuiving van 'ziekte' en 'zorg' naar 'gedrag' en 'gezondheid', zo bepleitte de Raad voor de Volksgezondheid onlangs. Hierbij hoort het verschuiven van de focus op zorg naar 'voren' in de zorgketen: meer op het voorkomen van aandoeningen en het beheersen van risico's, en minder op het behandelen van complicaties en exacerbaties als het feitelijk te laat is. De Nederlandse zorg is in de wereld één van de voorbeelden van een stelsel met een relatief sterke eerste lijn, maar ook in ons stelsel is in de omslag van 'reactief' naar 'proactief', en van 'in zorg nemen' naar 'ondersteunen om zelf te zorgen' nog een lange weg te gaan. Populatiebekostiging helpt om de financiële prikkels in dit type zorg in lijn te laten zijn aan de intrinsieke, professionele motivatie van aanbieders. Het biedt de kans om doelmatigheid gepaard te laten gaan met een krachtige focus op uitkomsten, en op een forse reductie van administratieve lasten.

Opmerkingen of suggesties?

Opmerkingen of suggesties met betrekking tot deze publicatie kunt u per e-mail richten aan:

Marc Berg

Partner KPMG Plexus, Global Health Practice KPMG

E: berg.marc@kpmgplexus.nl

David Ikkersheim

Associate Director KPMG Plexus

E: ikkersheim.david@kpmgplexus.nl

Joost Kruytzer

Partner KPMG Plexus

E: kruytzer.joost@kpmgplexus.nl

Karina Kuperus

Director KPMG Plexus

E: kuperus.karina@kpmgplexus.nl

Jet Wiechers

Partner KPMG Plexus

E: wiechers.jet@kpmgplexus.nl



De in dit document vervatte informatie is van algemene aard en is niet toegespitst op de specifieke omstandigheden van een bepaalde persoon of entiteit. Wij streven ernaar juiste en tijdige informatie te verstrekken. Wij kunnen echter geen garantie geven dat dergelijke informatie op de datum waarop zij wordt ontvangen nog juist is of dat in de toekomst blijft. Daarom adviseren wij u op grond van deze informatie geen beslissingen te nemen behoudens op grond van advies van deskundigen na een grondig onderzoek van de desbetreffende situatie.

© 2013 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.