

Organisatie van zorg voor multimorbiditeit vraagt een veelvoudige benadering, maar betaalmodellen die dat moeten ondersteunen zijn er nog maar weinig

Een evaluatie van wetenschappelijk onderzoek

Toine Remers, Nina Nieuweweme, Simone van Dulmen, Marcel Olde Rikkert, Patrick Jeurissen

Kernpunten

- Er zijn (nog) nauwelijks studies naar het effect van betaalmodellen die specifiek focussen op zorg voor patiënten met multimorbiditeit.
- Betaalmodellen die hier wel expliciet op focussen laten veelbelovende resultaten zien voor zorggebruik en kwaliteit van zorg.
- Strategieën die alleen focussen op een betaalmiddel zijn waarschijnlijk niet toereikend om tegemoet te komen aan de complexe zorgvraag van patiënten met multimorbiditeit.
- Er dient meer ingezet te worden op gecombineerde strategieën die zich focussen op zowel een betere organisatie van zorg als een bijpassend betaalmiddel.

Het toenemende probleem van multimorbiditeit

Nederland vergrijsd en met een steeds ouder wordende bevolking is er ook een toename te zien in het aantal mensen met twee of meer aandoeningen, multimorbiditeit genoemd. Dit resulteert in een toename in de complexiteit van hun zorgvraag waar de huidige, vaak gefragmenteerde, organisatie van zorg nog onvoldoende op is toegerust. Dit heeft een gebrekkige coördinatie tot gevolg wat leidt tot inefficiënt zorggebruik en onnodige extra zorgkosten. Organisatorische initiatieven die dit willen ondervangen door een meer geïntegreerde benadering van multimorbiditeit ondervinden daarbij vaak hinder van de huidige betaalmodellen, waarbij veelal nog de behandeling van één aandoening centraal staat.

Op zoek naar alternatieven

In dit onderzoek zochten we in internationale literatuur op systematische wijze naar nieuwe

betaalmodellen die beter zijn afgestemd op de behandeling van multimorbiditeit. Daarin namen we allereerst betaalmodellen mee die specifiek zeiden te focussen op deze groep. Omdat dit specifieke focus slechts twee studies opleverde includeerden we ook modellen die focusten op (alleen of een combinatie van) diabetes, COPD, chronisch hartfalen, chronisch nierfalen, dementie en depressie. Vervolgens beoordeelden we bij deze laatste groep of het model wel een bijdrage kon leveren aan integrale zorg voor multimorbiditeit aan de hand van diverse kenmerken van het betaalmiddel. Daarbij moesten kwaliteitsbevorderende elementen aanwezig zijn die van toepassing waren op meer dan één aandoening.

Zo werd een betaalmiddel voor diabetes waarbij alleen betaald werd voor uitvoeren van een oogcontrole en/of bloedsuikertest niet meegenomen, maar werd dit model wel meegenomen als een algemeen regievoeringsgesprek of medicatieverificatie gefinancierd of

gestimuleerd werd. Uiteindelijk werden van de geïnccludeerde modellen de effecten op kwaliteit van de zorg en de mate van zorggebruik geanalyseerd.

Tabel 1. Geïdentificeerde betaalmodellen en hun focus

Type bekostiging	Focus op multimorbiditeit	Focus op één aandoening
Bundel	1	3
Diagnose gerelateerde groep (DRG)	0	4
Per capita	0	2
Pay for performance	1	1
Global budget	0	1

Resultaten van het onderzoek

Tabel 1 geeft een samenvatting van de 13 betaalmodellen en hun focus. Slechts twee studies zeiden expliciet te focussen op patiënten met multimorbiditeit. In beide studies zorgde dit nieuwe veranderde betaalmodel voor een significante verlaging van heropnames na 30 dagen. In één studie was deze verlaging 90 dagen na opname nog steeds zichtbaar. Deze laatste studie liet daarnaast ook een toename in gepast medicijngebruik en behandelingen in lijn met richtlijnen zien. Beide studies lieten echter ook een toename in ziekenhuisopnames zien, maar dit valt mogelijk te verklaren door het eerder opvangen van signalen over een verslechterde gezondheid van de patiënt of voorheen onopgemerkte onderbehandeling. De introductie van de overige elf betaalmodellen, met een focus op specifieke ziekte maar mét elementen die een bijdrage kunnen leveren aan integrale zorg voor multimorbiditeit, lieten nauwelijks

significante effecten zien op kwaliteit van zorg en zorggebruik.

Conclusie en aanbevelingen

Ondanks een grote behoefte aan integrale zorg voor patiënten met multimorbiditeit, zijn er nog nauwelijks betaalmodellen die hier expliciet op focussen en daarmee dergelijke zorg ondersteunen. Met een toenemende vergrijzing verdient deze patiëntengroep meer aandacht. Deze studie laat zien dat een specifieke focus op multimorbiditeit kan zorgen voor significante afname in heropnames. Echter, het uitblijven van effecten van nieuwe betaalmodellen betekent vooral dat strategieën die alleen focussen op een betaalmodel waarschijnlijk ook niet toereikend zijn om tegemoet te komen aan de complexe zorgvraag van patiënten met multimorbiditeit. Er zou dan ook meer ingezet moeten worden op gecombineerde strategieën waar zowel een betere organisatie van zorg als een bijpassend betaalmodel onderdeel van zijn.

Deze policybrief is gebaseerd op de publicatie: *The Impact of Payment Reforms on the Quality and Utilisation of Healthcare for Patients With Multimorbidity: A Systematic Review*

De auteur Toine Remers werkt als onderzoeker bij de Academie voor betaalbaarheid van zorg, onderdeel van IQ healthcare, Radboudumc.

[Ga naar](#) de volledige publicatie.

Contact:

toine.remers@radboudumc.nl