

Wegen van Populatiebekostiging

Verkenningen van literatuur en opvattingen

Simone van Dulmen
Toine Remers
Erik Wackers
Marjolein van der Marck
Patrick Jeurissen

Februari 2021

Wegen van Populatiebekostiging

Verkenningen van literatuur en opvattingen

Simone van Dulmen
Toine Remers
Erik Wackers
Marjolein van der Marck
Patrick Jeurissen

Februari 2021

Dit is een publicatie van Scientific Center for Quality of Healthcare (IQ healthcare), Radboudumc. De studie is uitgevoerd op verzoek van het ministerie van VWS, binnen de leerstoel 'Betaalbaarheid van zorg' (Radboudumc). Citeren van delen uit dit rapport is toegestaan met bronvermelding (S. van Dulmen, T. Remers, E. Wackers, M. van der Marck en P. Jeurissen. Wegen van Populatiebekostiging. Verkenningen van literatuur en opvattingen. Radboudumc, Nijmegen 2021).

Inhoud

1. Inleiding	7
2. Wat is populatiebekostiging?	8
2.1 Bekostiging van zorgaanbod.....	9
2.2 Bekostiging van zorgvraag	9
2.3 Alternatieve vormen van bekostiging.....	10
3. Internationaal bewijs effecten populatiebekostiging	12
3.1 Methode	12
3.2 Resultaten.....	13
3.3 Casussen	17
4. De situatie in Nederland	20
4.1 Methode	20
4.2 Resultaten.....	20
4.3 Focusgroepen	25
4.4 Beschouwing.....	27
5. Randvoorwaarden	29
5.1 Randvoorwaarden uit de internationale literatuur.....	29
5.2 Leerpunten vanuit de Nederlandse context.....	30
6. Beschouwing en aanbevelingen	33
6.2 Beleidsmatige analyse	33
6.3 Aanbevelingen en vervolgonderzoek	36
Bijlage 2. PRISMA flow diagram	39
Bijlage 3. Websites grijze literatuur	40
Bijlage 4. Deelnemers focusgroepen	41
Literatuur	42

Samenvatting

Hoe en in welke mate kan populatiebekostiging bijdragen aan de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg? Het antwoord: populatiebekostiging – voor een bepaalde periode betalen voor het leveren van zorg voor persoon of populatie, losgekoppeld van de feitelijke zorgconsumptie – heeft de potentie om bij te dragen aan betaalbare zorg van kwalitatief goed niveau. Daarvoor is echter wel een specifieke route nodig. Niet alle vormen van populatiebekostiging leiden naar Rome en er zijn de nodige transactiekosten. Meer onderzoek en verkenning is daarom ook nodig.

Populatiebekostiging staat volop in de belangstelling. Het is echter niet iets nieuws. Het inschrijftarief voor de huisarts is bijvoorbeeld populatiebekostiging *avant la lettre*. De hernieuwde interesse heeft veel te maken met de behoefte aan meer preventie, aan minder fragmentering en aan meer samenwerking. Doordat we meer weten over de objectieve zorgvraag en kwaliteit van zorg zijn we bovendien beter in staat om een aantal mogelijke negatieve effecten (onderproductie en risicoselectie) tegen te gaan.

Er worden verschillende definities gebruikt. In de internationale literatuur wordt vaak gesproken over *alternative payments*. Wij hanteren in dit rapport de volgende definitie: ‘Het betalen voor het leveren van zorg voor persoon of populatie voor een bepaalde periode, losgekoppeld van feitelijke zorgconsumptie’. Het betalen voor de zorg kan plaatsvinden middels verschillende kanalen, zoals bekostiging, contracteren (bijvoorbeeld aanneemsommen) of andere vormen van financiering (bijvoorbeeld risicoverevening). In veel gevallen is de vorm van betalen gekoppeld aan kwaliteitsinitiatieven en de prestaties hiervan.

Dit rapport betreft een verkennend onderzoek naar toepassingsgebieden en randvoorwaarden voor populatiebekostiging. Daarin staat centraal wat in de literatuur aan ‘goede’ voorbeelden bekend is en wat we daarvan kunnen leren. Daarvoor is door ons gebruik gemaakt van literatuuronderzoek en focusgroepen, en we hebben onze bevindingen vervolgens geanalyseerd op beleidsmatige relevantie. Het overgrote deel van onze bevindingen heeft betrekking op de curatieve zorg. Wij vonden geen goed geëvalueerde experimenten binnen de langdurige zorg of het sociaal domein. Dat wil niet zeggen dat hier geen mogelijkheden liggen, er zijn aanwijzingen dat in deze sectoren populatiebekostiging ook potentie heeft.

Literatuuronderzoek

Systematisch literatuuronderzoek naar evaluaties van populatiebekostiging binnen de recente wetenschappelijke literatuur leidde tot tien casussen (23 studies). In de regel betreft het relatief grote populaties en heeft de bekostiging voor instellingen het karakter van variabele (aan kwaliteit gerelateerde) lumpsum aanneemsommen, terwijl in andere delen van de zorg meer met per capita modellen wordt gewerkt. Er is nagenoeg altijd sprake van één partij die het initiatief neemt. Hoewel de resultaten laten zien dat er niet overall uitkomsten worden gemeten, is er in het algemeen sprake van positieve uitkomsten, waarbij opvalt dat vaker positieve effecten gevonden worden voor de kosten dan voor de kwaliteit van zorg. De effecten lijken ook toe te nemen in de tijd. De meeste kennis is beschikbaar over het *Alternative Quality Contract (ACQ)* in Massachusetts (VS) en het *all payer initiative* in Maryland (VS).

Voor de Nederlandse situatie is een analyse van relevante beleidsdocumenten en rapporten uitgevoerd. Er is gezocht in allerlei grijze literatuur, maar daaruit komt vooral naar voren dat er volop wordt geëxperimenteerd met verschillende soorten populatiemanagement, waar populatiebekostiging al dan niet een onderdeel van is. De meest bekende voorbeelden zijn de negen proeftuinen die in 2013 door het ministerie van VWS zijn benoemd. Deze proeftuinen kenmerken zich door intensivering van samenwerking tussen eerste en tweede lijn en kwaliteitsinitiatieven. Dat lijkt zich vooralsnog maar zeer beperkt te vertalen naar duurzame populatiebekostiging. Wel bestaan er in ieder geval drie experimenten die allemaal positieve uitkomsten voor de betaalbaarheid laten zien, zonder dat dit ten koste ging van de kwaliteit. Het betreft: 1) een vorm van contracteren (de aanneemsommen) met *shared savings* bij de ziekenhuizen Bernhoven en Rivas; 2) het contracteren van integrale geboortezorg in een achttal regio's; en 3) het contracteren van zorg en *shared savings* met huisartsen in Enschede. In deze voorbeelden is een betaling gekoppeld aan kwaliteit. Gereguleerde competitie en populatiebekostiging sluiten elkaar niet uit. Zorgverzekeraars spelen daarbij in een aantal gevallen een belangrijke faciliterende rol.

Focusgroepen en randvoorwaarden

De experts in focusgroepen staan achter de doelstellingen die met populatiebekostiging beoogd worden. Daarbij viel wel op dat men over de precieze weg daar naartoe en het instrumentarium behoorlijk van mening verschilt. Dat betreft de rol van de overheid en het stelsel (regie, regio en markt), maar ook meer technische vraagstukken, zoals de rol van de risicoverevening, de mate van coördinatie tussen de verzekeraars en andere principalen, en hoe afwenteleffecten te voorkomen. Belemmerende factoren voor populatiebekostiging die genoemd werden zijn: de aansluiting bij de vigerende financiële instituties, de betrokkenheid van de verschillende groepen die traditioneel vanuit verschillende bronnen worden gefinancierd, die ook kunnen verschillen in hun onderlinge ambitie, en tempo en urgentie om daadwerkelijk een alternatieve vorm van financiering te realiseren. Veel deelnemers vonden bovendien het alleen invoeren van populatiebekostiging onvoldoende voor een omslag richting meer preventie en samenwerking. Daarnaast – en dit komt ook veelvuldig terug in de literatuur – is er sprake van complexe veranderprocessen die een lange adem vergen, zeker ook voor verzilvering van de beoogde resultaten.

Daarnaast is een aantal randvoorwaarden en aandachtspunten benoemd, zoals het beschikken over hoogwaardige kennis, het beperken van de administratieve lasten, het leren van experimenten en het beschikken over goede evaluaties. De huidige vormen van financiering in het zorgsysteem sluiten niet één op één aan bij de doelen en gedachten van populatiebekostiging. Aandacht voor de risico's, voor een veilige omgeving om te experimenteren en voor (verschillen in) contractvormen zijn belangrijk voor toekomstbestendige implementatie. De overheid kan een bijdrage leveren bij de implementatie van alternatieve bekostigingsvormen: de steun van de overheid is bij experimenten een aanmoediging geweest en heeft draagvlak gecreëerd voor initiatieven die in het veld genomen worden. Draagvlak voor een gezamenlijke visie, onderling begrip en vertrouwen en leiderschap zijn andere belangrijke voorwaarden. Hierbij dient aandacht te zijn voor culturele verschillen, historisch gegroeide hiërarchische verhoudingen en focusverschillen, maar ook voor succesfactoren, zoals leiderschap, vertrouwen en wederzijdse afhankelijkheid. Daarbij dient vooraf nagedacht te worden over een goede (regionale) informatie- en kennisinfrastructuur om alle stakeholders van de juiste informatie te voorzien.

Aanbevelingen

Zowel in Nederland als in het buitenland zijn er verschillende vormen van populatiebekostiging. Veel van de door ons bestudeerde ervaringen zijn positief, maar ook weer niet een panacee voor alle vraagstukken rondom betaalbaarheid, kwaliteit en toegang tot zorg. Het is wel een strategie die de potentie heeft de groei van de zorguitgaven af te remmen. In die zin is dit onderzoek te lezen als een aansporing voor meer populatiebekostiging.

Aanbevelingen ten aanzien van de populatiebekostiging

- Zorg dat de prikkels richting betaalbaarheid sterk zijn. Dit betekent dat een substantieel deel van besparingen dient te worden aangewend voor lagere premies en/of betere zorg.
- Vereenvoudig administratieve afhandelingen.
- Zorg voor borging van de kwaliteit van zorg en een objectieve vaststelling van de zorgvraag.
- Betrek zorgverleners bij de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van nieuwe vormen van populatiebekostiging.
- Laat niet alles afhangen van alleen populatiebekostiging, maar zet hierbij ook andere beleidsinstrumenten in.

Aanbevelingen voor de overheid

- Neem een proactieve houding aan als kartrekker/facilitator in het stimuleren en faciliteren van (experimenten met) populatiebekostiging. Motiveer initiatiefnemers en communiceer actief de wens voor nieuwe vormen van bekostiging en ondersteun deze openlijk.
- Ontwikkel *soft constraints* die invoering van populatiebekostiging makkelijker maken. Dit helpt om eenduidigheid te faciliteren en adequate financieel-institutionele randvoorwaarden voor samen werken aan kwaliteit te creëren.
- Zorg voor *technical assistance*. Faciliteer regio's die zelf niet over de middelen of over kennis beschikken die komt kijken bij domein overstijgend werken.
- Borg dat de benodigde gegevens landelijk uniform zijn en op één plaats toegankelijk voor alle partijen.
- Voer experimenten uit met populatiebekostiging bij verschillende doelgroepen en evalueer dit gedegen. Daarnaast dient verder onderzoek te worden welke prikkels (en risico's) bijdragen aan een goede uitvoering (bijvoorbeeld samenwerking) en de beoogde effecten.
- Een meer pragmatische manier om de huidige bekostiging meer op populaties te oriënteren bestaat uit het vergroten van de vaste componenten daarbinnen, zoals inschrijftarieven, beschikbaarheidsbijdragen etc. Zorgverzekeraars kunnen dan flexibele afspraken maken over de daarmee gemoeide prestaties.

1. Inleiding

De zorg staat onder druk. De vergrijzing, de oplopende kosten, tekorten op de arbeidsmarkt - het is genoegzaam bekend. Daarnaast is er een snelle verandering van de zorgvraag. Hoewel onze zorg voornamelijk is ingericht op eendimensionale vragen en een stabiel zorgaanbod, hebben patiënten en cliënten steeds vaker meerdere (chronische) aandoeningen en/of problemen en daarmee een complexere zorgvraag. Daarvoor is een ander aanbod nodig en meer samenwerking. Bovendien vragen chronische aandoeningen om een intensivering van preventieve oriëntaties. Dit vraagt ook om andere vormen van organisatie en financiering van zorg. Tegen die achtergrond duikt populatiebekostiging steeds meer op als een mogelijk antwoord op de bovengenoemde trends en ontwikkelingen.

Dit rapport bevat een inventariserend onderzoek naar wat er bekend is over populatiebekostiging. Meer in het bijzonder gaat het dan over: 1) voorbeelden in het buitenland; 2) (goede) voorbeelden in Nederland; 3) randvoorwaarden om (meer) vormen van populatiebekostiging in te voeren; en 4) een analyse over de beleidsmatige betekenis van onze bevindingen. Het is voor de lezer belangrijk om te weten dat dit rapport niet gaat over de huidige (on)mogelijkheden in de wet- en regelgeving.

De sturende vraag van dit onderzoek luidt: “Hoe en in welke mate kan populatiebekostiging bijdragen aan de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg voor:

- mensen met chronische aandoeningen, waarbij wordt samengewerkt tussen de eerstelijns en tweedelijns somatische zorg;
- en mensen in een specifieke levensfase, waarbij alle vormen van zorg en ondersteuning rondom de doelgroep worden georganiseerd.”

Om deze vragen te beantwoorden hebben wij van verschillende methoden en technieken gebruik gemaakt (triangulatie). Om te beginnen hebben we verkend wat populatiebekostiging nu precies is en hoe dit zich verhoudt tot andere vormen van bekostiging (hoofdstuk 2). In hoofdstuk 3 doen we vervolgens verslag van een analyse van de wetenschappelijke literatuur naar de resultaten van empirische experimenten met populatiebekostiging. In hoofdstuk 4 kijken we middels een analyse van de grijze literatuur naar de initiatieven en ervaringen met populatiebekostiging in Nederland. Daarnaast zijn twee focusgroepen gehouden met stakeholders over de inzet van populatiebekostiging en wat hiervoor nodig is. Het vijfde hoofdstuk beschrijft randvoorwaarden voor het invoeren van populatiebekostiging. We gebruiken hiervoor de literatuurbronnen, alsmede ervaringen die benoemd zijn binnen de focusgroepen. Hoofdstuk 6 vat onze bevindingen kort samen, presenteert een analyse met de beleidsmatige betekenis van de resultaten voor beleidsmakers en adviseert over mogelijk vervolgonderzoek.

Tot slot: Dit onafhankelijk onderzoek is uitgevoerd binnen de leerstoel ‘Betaalbaarheid van zorg’ (Radboudumc) op basis van wetenschappelijke methoden en technieken.

2. Wat is populatiebekostiging?

Populatiebekostiging kenmerkt zich door het bekostigen van een bepaalde zorgvraag, in de regel op een per capita basis (bedrag per patiënt/inwoner/verzekerde). In Nederland ligt de oorsprong van populatiebekostiging in de ziekenfondsen die huisartsen vanaf de jaren dertig van de vorige eeuw een bedrag per ingeschrevene vergoeden voor het verlenen van zorg. In die vorm bestaat het nog steeds, maar nu als onderdeel van de totale vergoeding voor onze huisartsenzorg. In zowel de Wlz als de Wmo is sprake van historisch opgebouwde budgetten, maar wordt nu geprobeerd deze om te vormen naar populatiebudgetten op basis van een meer geobjectiveerde zorgvraag.

Het contracteren en het bekostigen van zorg zijn twee verschillende mechanismen die ieder een grote invloed hebben op de allocatie van middelen en de financiële ruimtes daarvoor. De inkoper werkt in de praktijk met bepaalde prestatieomschrijvingen binnen een bekostiging. Tegelijkertijd kan en moet de zorgverzekeraar veelal ook afspraken maken die niet een-op-een relateren aan de bekostiging (kwaliteit, toegang, spreiding), maar waarvoor men wel deels verantwoordelijk is bijvoorbeeld vanwege de zorgplicht.

Bij een fijnmazig stelsel van zorgprestaties (bekostiging) heeft de inkoper veel knoppen tot zijn beschikking om te sturen. In theorie kan hij daarmee zijn contracten en de allocatie van zorg optimaliseren. Hieraan zijn echter ook belangrijke nadelen verbonden. De populatie staat niet centraal en de complexiteit en de daarmee gemoeide administratieve lasten en onderhoudskosten kunnen behoorlijk oplopen en worden door aanbieders als een (toenemende) belasting ervaren. De volumedruk en mogelijkheden tot *upcoding* maken dat dit ook niet altijd in het belang van de patiënt is.

Bij een meer grofmazig stelsel van bekostiging geldt min of meer het tegenovergestelde. Een zorginkoper kan dan in theorie minder goed sturen. De financiële paragraaf daarvan wordt dan immers gedomineerd door grote brede geldstromen die via een beperkt aantal prestatiebeschrijvingen lopen. Aan de andere kant scheelt dit transactiekosten en ontstaat ruimte voor (vertrouwen op) professionele autonomie en het verlenen van zorg buiten de formele lijntjes van de prestatieomschrijvingen als men dat noodzakelijk acht. Daarnaast zou hiervan ook een kostenbesparend effect kunnen uitgaan.

Contractering en bekostiging liggen in elkaars verlengde en de vormgeving van het een heeft invloed op het ander. Populatiebekostiging mag zich verheugen in toenemende belangstelling. Dit komt omdat deze aansluit bij: 1) de behoefte aan prikkels voor preventie - gevolg van de opkomst van chronische aandoeningen; 2) de behoefte om de fragmentering van het zorgaanbod te doorbreken - gevolg van steeds meer specialisatie en multimorbiditeit; en 3) de komst van steeds meer indicatoren die de vraag naar en de kwaliteit van zorg representeren, nodig om te voorkomen dat er te weinig zorg wordt geleverd of dat er risicoselectie plaatsvindt.

Wij hanteren in dit rapport de volgende definitie voor populatiebekostiging: *‘Het betalen voor het leveren van zorg voor persoon of populatie voor een bepaalde periode, losgekoppeld van feitelijke zorgconsumptie’.*

Daarmee lijkt bij populatiebekostiging de zorgvraag centraal te staan en niet zozeer de zorgverrichting of het zorgaanbod. Dat klinkt mooi, maar je hebt uiteraard wel zorg en zorgaanbod nodig om aan een zorgvraag te kunnen voldoen. Om die redenen wordt in de literatuur gesproken over alternatieve systemen voor bekostiging. Het woord alternatief staat daarbij voor alternatief voor een *fee-for-service* model en de verantwoording die daaraan gekoppeld is namelijk of een verrichting wel of niet gedaan is. Hiermee wordt de toegang tot goede zorg en de kwaliteit daarvan niet, misschien zelfs steeds minder, gegarandeerd. We lichten dit in het vervolg nader toe.

2.1 Bekostiging van zorgaanbod

Bekostigen van zorg verloopt sinds jaar en dag via het aanbod. Verschillende instellingen, beroepsbeoefenaren, apotheken etc. worden bekostigd op basis van de benodigde infrastructuur en hun activiteiten. Bedrijfseconomen maken daarbij onderscheid tussen het bekostigen van *inputs* en *throughputs*. Deze dekken ruwweg de vaste en de variabele kosten. Denk bij vaste kosten aan investeringen zoals apparatuur, gebouwen en andere fysieke infrastructuur; bij variabele kosten gaat het om kosten die variëren met het volume van patiëntenzorg, bijvoorbeeld de geneesmiddelen. Omdat *input* en *throughput* niet stimuleren dat de zorg ook doelmatig is, stelt men dat er ook aandacht moet zijn voor *outputs* en *outcomes*. In een populatiegerichte aanpak is het aandeel vaste financiering relatief groot.

In de curatieve zorg krijgt bekostiging gestalte via een complex stelsel van verschillende mixen van vooral *throughput* en *output* indicatoren. Deze zogenaamde prestatiebeschrijvingen worden door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bepaald, maar de prijs is veelal onderwerp van onderhandeling tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het productie-gedreven karakter van deze prestaties is de reden dat er veelal wordt gesteld dat hierdoor onnodige zorg wordt aangejaagd. In de praktijk worden echter allerlei productiebeperkende constructies afgesproken. De prestatiebeschrijvingen worden binnen de medisch-specialistische zorg hoofdzakelijk omschreven in zogenaamde diagnose-behandelcombinaties (DBC's). Een DBC bestaat uit een aan een diagnose gekoppelde set van verrichtingen en behandelingen die binnen een bepaald tijdsbestek worden uitgevoerd. De bekostiging van de huisartsenzorg bestaat, naast het al genoemde inschrijftarief, uit tarieven voor consulten en allerlei andere diensten. Een ander voorbeeld van vaste financiering is de beschikbaarheidsbijdrage voor de spoedeisende hulp, waarbij een minimale capaciteit om 24/7 beschikbaar te zijn voor patiëntenzorg gegarandeerd wordt. Deze bekostiging vormt echter maar een klein gedeelte van de totale bekostiging van de spoedeisende zorg.

2.2 Bekostiging van de zorgvraag

Vanuit de gedachte dat de zorgvraag het aanbod zou moeten bepalen, en niet omgekeerd, is er in de afgelopen decennia in toenemende mate geëxperimenteerd met het bekostigen van de zorgvraag. In de langdurige zorg kunnen we dan denken aan de komst van vormen van cliëntvolgende bekostiging; in de curatieve zorg vormt de risicoverevening de facto een financiële voorspelling voor de zorgvraag. De risicoverevening is geleidelijk aan steeds beter in staat om de zorgvraag goed te voorspellen, waardoor in 2017 alle resterende vangnetten waren afgeschaft en het systeem nu volledig prospectief functioneert. Desalniettemin kunnen we bij de risicoverevening niet spreken van populatiebekostiging. Op de eerste plaats omdat financiering niet hetzelfde is als bekostigen. Bij financiering gaat het om het ophalen van een hoeveelheid middelen, bij bekostigen om het alloceren daarvan (de verdeling van en sturing op de beschikbare gelden). Bij bekostigen is in de regel sprake van prikkels in een bepaalde

richting, terwijl bij verevening juist het objectiveren van verzekerde risico's voorop staat. Daarnaast wordt bij risicoverevening geen relatie gelegd met kwaliteit van zorg.

2.3 Alternatieve vormen van bekostiging

De afgelopen twintig jaar zijn er nieuwe vormen van bekostiging opgekomen met als gemene deler dat daarin meer aandacht is voor de rol van kwaliteit, de benodigde zorgvraag en het belonen van aanbieders voor het presteren daarop; deze staan bekend als *alternative payment models*.

Het meest radicaal is *pay-for-performance*. Instellingen krijgen extra geld als ze betere zorg leveren, bepaald door scores op kwaliteitsindicatoren, zoals bloedsuikerspiegels, vermijdbare complicaties of vaccinatieratio's. De resultaten voor deze bekostiging zijn tot op heden teleurstellend (Vlaanderen et al. 2019). Er is ook vaak sprake van substantiële transactiekosten en administratieve lasten (Boyd et al. 2005; Tinetti, Bogardus, and Agostini 2004). Een tweede nieuwe vorm van bekostiging betreft het aanbieder overstijgend bekostigen in zogenaamde bundels. Dit zou voor verbetering van kwaliteit moeten zorgen doordat aanbieders doelmatig samenwerken. In een derde vernieuwing is er ook aandacht voor meer preventief werken en het betaalbaar houden van de zorg. De betaalbaarheid wordt dan gegarandeerd door het feit dat een deel van de vergoeding vast staat en dat men afspraken maakt over de verdeling van eventuele besparingen (*shared savings*). De vergoeding betreft niet zozeer één zorginstelling, maar een bedrag voor een populatie. Het kan gaan om populaties in een bepaald gebied of voor (een) bepaalde ziekte(n). De gedachte is dat instellingen en professionals dan meer inzetten op preventie omdat dit onnodige zorg en daarmee kosten voorkomt.

Populatiemanagement is nodig om dit alles te bereiken. In de praktijk hebben we het over 1) op preventie gerichte zorg en 2) over de afstemming en organisatie van het aanbod daarvoor. Vanwege de vele belangen en gevoeligheden wordt er vaak een zogenaamde integrator gekozen om hieraan invulling te geven. Dat kan een aparte aanbiedersorganisatie zijn, zoals de zorggroepen en integrale geboorteorganisaties. Populatiemanagement kan een logische consequentie van populatiebekostiging zijn, maar vaak start populatiemanagement (projectmatige activiteiten binnen een regio) eerst en wordt er vervolgens populatiebekostiging bepleit.

Voorbeelden

In het buitenland zijn er inmiddels de nodige voorbeelden van populatiebekostiging. Voorbeelden die in Nederland vaak worden genoemd zijn: *Gesundes Kinzigtal* in Duitsland (Pimperl et al. 2017); en het *Alternative Quality Contract* (AQC) in de VS (Song et al. 2012b). In *Gesundes Kinzigtal*, een kleine landelijke regio in Baden, is door integrator Optimedis ingezet op een scala van preventieve interventies. Het betreft een vorm van populatiemanagement. De besparingen die men daar heeft behaald versus de Duitse risicoverevening zijn verdeeld tussen het ziekenfonds, de aanbieders en Optimedis zelf. Er was geen sprake van een kwaliteitsbenchmark. Die was er wel bij het AQC. Dit ACQ keert aanbieders een voor het risico van hun populatie gecorrigeerde aanneemsom uit. Naarmate de kwaliteit vervolgens hoger is, mogen aanbieders een groter deel van de behaalde besparingen houden. Beide initiatieven laten voordelen zien op het gebied van besparingen, kwaliteitsverbetering en een lager sterftecijfer (Song et al. 2014b; Busse and Stahl 2014).

Het introduceren van populatiebekostiging staat in Nederland nog in de kinderschoenen, maar er zijn wel een aantal experimenten die bij dit gedachtegoed aansluiten. Zo heeft VWS in 2013 negen regio's

benoemd tot proeftuinen (binnen de eerste lijn) die als doel hadden om regionaal de samenwerking aan te gaan om de zorg te verbeteren. Hierbij zou ook de bekostiging van zorg kunnen veranderen (Drewes et al. 2014). In 2018 kwam een evaluatie beschikbaar. Populatiemanagement stond op de voorgrond en slechts in een enkel geval is de contractering aangepast. De evaluatie liet wel zien dat er eerste positieve resultaten op interventieniveau aanwezig waren (Drewes et al. 2018).

Een stap verder ging het experiment integrale geboortezorg: zorgverzekeraars en aanbieders sluiten een contract over de bekostiging van het geheel aan zorg rondom de geboorte (de verloskunde, de kraamzorg en de medisch specialistische zorg). Er zijn acht integrale organisaties voor geboortezorg. De eerste resultaten zijn voorzichtig positief: er wordt meer samengewerkt, de kosten per bevalling lijken iets minder snel te stijgen, maar het aantal ongeplande keizersneden ligt ook iets hoger terwijl ook sprake is van hogere administratieve lasten (RIVM 2020).

Financiële prikkels alleen niet voldoende

Prikkels werken het meest effectief in onderlinge combinatie, bijvoorbeeld financiële prikkels, en communicatie door toezichthouders en richtlijnen voor kwaliteit en transparantie (Gastone et al. 2004). Hierbij valt ook te denken aan de combinatie van populatiebekostiging en het anders organiseren van het zorgaanbod. Daarnaast is de effectiviteit van financiële prikkels gerelateerd aan de (morele) legitimatie daarvan (Bowles 2017). Zo vinden artsen het moreel problematisch om dezelfde populaties toch verschillende zorg te bieden, bijvoorbeeld omdat men daarover verschillende contracten met verzekeraars heeft. Het alleen aanpassen van een bekostigingsmodel is waarschijnlijk niet voldoende om de zorg merkbaar te verbeteren en betaalbaar te houden.

3. Internationaal bewijs effecten populatiebekostiging

3.1 Methode

Voor het verkrijgen van een overzicht van wetenschappelijke literatuur zijn de wetenschappelijke databases van Medline (PubMed) en EMBASE systematisch doorzocht op 27 oktober 2020. De zoekstrategie bevatte termen gerelateerd aan: (1) populatiebekostigingsmodellen en (2): uitkomsten gerelateerd aan de kwaliteit van zorg en/of zorggebruik/zorgkosten. Artikelen gepubliceerd voor 01/01/2000 zijn niet meegenomen omdat we denken dat bekostigingsmodellen geïmplementeerd voor deze datum niet langer relevant zijn voor de huidige praktijk. Een gedetailleerd overzicht van de zoekstrategie voor beide databases is te vinden in bijlage 1.

Artikelen kwamen in aanmerking voor inclusie en nadere bestudering als ze enige vorm van uitkomsten gerelateerd aan kwaliteit van zorg en/of zorggebruik beschreven. Daarnaast moet er sprake zijn van de implementatie van een nieuw populatiebekostigingsmodel. In andere woorden, de artikelen die we zochten rapporteerden over de situatie vóór de introductie van populatiebekostiging en de situatie erna op een aantal uitkomsten (cross-sectionele studies zijn dus buiten beschouwing gelaten). Tot slot moeten de bekostigingsmodellen geïmplementeerd zijn in OECD-landen en voldoen aan de in dit rapport gehanteerde definitie van populatiebekostiging: “het voor een bepaalde periode betalen voor het leveren van zorg voor persoon of populatie, losgekoppeld van de feitelijke zorgconsumptie”.

In een later stadium is besloten om studies die zijn gepubliceerd voor 01/01/2010 en/of zonder controlegroep te excluseren. Deze keuze hebben we gemaakt om een sterkere focus aan te brengen op beleidsrelevante artikelen. Zonder een controlegroep kan niet goed worden vastgesteld of de gevonden resultaten daadwerkelijk veroorzaakt zijn door populatiebekostiging of door een algemene trend of gebeurtenis onafhankelijk van de interventie. Tabel 1 toont een schematisch overzicht van de inclusie- en exclusiecriteria.

Tabel 1: Inclusie- en exclusiecriteria

Inclusie	Exclusie
<ul style="list-style-type: none">• Implementatie in OECD-land• Full text beschikbaar• Engels/Nederlands• Experimentele studie• Populatiebekostiging volgens definitie	<ul style="list-style-type: none">• Implementatie in niet-OECD land• Geen full text• Andere talen dan Engels/Nederlands• Policy briefs, perspectives, Markov-modellen• Geen populatiebekostiging (bijv. fee for service, Pay for Performance)
<ul style="list-style-type: none">• Longitudinale case-studie• Gepubliceerd vanaf 01/01/2010• Resultaten worden afgezet tegen controlegroep	<ul style="list-style-type: none">• Cross-sectionele studie• Gepubliceerd voor 01/01/2010• Geen controlegroep

Titel en abstract van de gevonden artikelen zijn onafhankelijk gescreend door twee onderzoekers (TR en EW). Bij verschil van inzicht is vervolgens overlegd. Na deze screening is de full text van de studies onafhankelijk van elkaar bekeken door dezelfde onderzoekers. Deze resultaten zijn wederom vergeleken en besproken; eventueel werd een derde onderzoeker geconsulteerd bij verschil van inzicht. Figuur 1 in bijlage 2 presenteert het PRISMA flow diagram.

De geïdentificeerde modellen zijn getypeerd aan de hand van de definities van verschillende typen populatiebestedingsmodellen. Daarbij houden we de terminologie aan die in veel Amerikaanse literatuur gebruikelijk is. We spreken over of per capita betalingen of *global budgets*, in het laatste geval is er geen sprake van een budget zoals wij daar in Nederland over spreken, maar van een voor vraag/kwaliteit gecorrigeerde *lumpsum* – een *alternative payment method* dus (zie ook hoofdstuk 2).

De uitkomsten rondom kwaliteit en/of zorggebruik zijn vervolgens geclusterd in subcategorieën. Uitkomsten binnen deze subcategorieën zijn omgezet naar drie mogelijke ordinale uitkomstmaten: Toename, afname of geen effecten gevonden voor de specifieke uitkomstmaat. “Toename” of “afname” geeft aan dat een studie een significante toename of afname gevonden heeft voor alle uitkomsten binnen één subcategorie, terwijl “geen effect” aangeeft dat dit effect niet gevonden is, niet statistisch significant is of dat er geen uitspraak gedaan is over significantie van het effect.

3.2 Resultaten

We vonden 23 artikelen die voldoen aan alle criteria. Deze artikelen beschrijven 10 casussen verdeeld over 4 landen: Verenigde Staten, Zwitserland, Nederland en Canada. De meerderheid van de casussen heeft een *global budget* geïmplementeerd (16x); in de overige casussen wordt gesproken van *capitated of population-based payments* (7x). De modellen zijn veelal gericht op regio's, zoals alle verzekerden van in een bepaalde regio (Blue Cross Blue Shield Massachusetts) (Afendulis et al. 2014; Chien et al. 2014; Sharp et al. 2013; Song et al. 2014a; Song et al. 2012a) of ziekenhuizen in een regio (Maryland) (Delanois et al. 2019; Delanois et al. 2020; Done, Herring, and Xu 2019; Malmlose, Mortensen, and Holm 2018; Oakes, Sen, and Segal 2020; Pines et al. 2019; Ren et al. 2019; Roberts, Hatfield, et al. 2018; Roberts, McWilliams, et al. 2018). Bij een aantal interventies wordt specifiek ingezet op bepaalde subpopulaties, zoals ouderen (Wieland et al. 2013) of kinderen tot 21 jaar (Peele et al. 2018). Sommige bestedingsmodellen zijn geïmplementeerd om effecten te realiseren in de eerste lijn (Kantarevic and Kralj 2014; Navathe et al. 2019; Sarma et al. 2018), maar het merendeel richt zich op besparingen in ziekenhuiszorg. De effecten van populatiebesteding worden in de meeste studies afgezet tegen een *fee-for-service* model. Vaak worden relatief korte perioden geanalyseerd, waardoor het in de meeste gevallen gaat om korte termijneffecten. Dit vormt een belangrijke kanttekening bij de gevonden resultaten. Tabel 2 biedt een overzicht van de tien casussen en enkele karakteristieken. De werkingsmechanismen die ten grondslag liggen aan de gevonden resultaten in deze studies worden verder beschreven in hoofdstuk 5 (randvoorwaarden).

Tabel 2: Overzicht van casussen met populatiebeposting uit de wetenschappelijke literatuur

Nr.	Land	Regio	Doelgroep	Bepostingingsmodel	Auteur(s)
1	Verenigde Staten	Massachusetts (Blue Cross Blue Shield)	Inwoners Massachusetts	Global budget	Sharp 2013; Chien 2014; Song 2014; Song 2012; Afendulis 2014
2	Verenigde Staten	Portland, Oregon	Ouderen (>65 jaar)	Per capita betalingen	Mandal 2017
3	Verenigde Staten	Maryland	Ziekenhuiszorg in Maryland	Global budget	Ren 2017; Roberts 2018a; Pines 2019; Delanois 2020; Delanois 2019; Roberts 2018b; Malmose 2018; Oakes 2020; Done 2020
4	Verenigde Staten	Vermont	Commercieel verzekerden, Medicaid en Medicare	Per capita betalingen	Jones 2016
5	Verenigde Staten	South Carolina	Personen >55 jaar/ Medicaid en Medicare	Per capita betalingen	Wieland 2013
6	Verenigde Staten	Pennsylvania	Kinderen (<21 jaar)	Global budget	Peele 2018
7	Verenigde Staten	Hawaii (Blue Cross Blue Shield)	Verzekerden van Hawaii Medical Service Association	Per capita betalingen	Navathe 2019
8	Zwitserland	Meerdere ziekenhuizen	Zwitserse populatie	Global budget	Widmer 2015
9	Nederland	Meerdere ziekenhuizen	Nederlandse populatie	Global budget	Gaspar 2019
10	Canada	Ontario	Inwoners Ontario	Per capita betalingen	Sarma 2018; Kantarevic 2014

Uitkomsten

De hoofdbepinding: de uitkomsten van de gevonden studies zijn overwegend positief. De effecten van populatiebeposting op het zorggebruik worden het meest geëvalueerd (22 van de 23 gevonden studies), gevolgd door de effecten op de kwaliteit van zorg (10x). We hebben geen studies gevonden die de effecten van populatiebeposting op toegankelijkheid van zorg (bijvoorbeeld op wachttijden en reisafstanden) in kaart brengen. Hier kunnen we dus geen nadere uitspraken over doen.

Effecten op kwaliteit

In de elf studies waar kwaliteit geëvalueerd is, wordt 6x geen effect gevonden, 4x een positief effect en 1x een gemengd effect. Dit zijn allemaal studies uit de VS. In de Europese studies is dit niet in kaart gebracht. We zien hogere overlevingskansen voor ouderen (Portland), stijgende effecten op de langere termijn (Massachusetts) en betere kwaliteit van preventie (Vermont) en van de eerste lijn (Hawaii). Twee studies naar de gevolgen voor populaties met heup- en knieprothesen kijken naar het aantal complicaties als indicator voor kwaliteit (geen effecten). Een andere studie brengt het aantal heropnames in het ziekenhuis in kaart, maar ook deze studie vindt geen significante effecten. Eén

studie vindt een toename in het aantal preventieve consulten (zoals borstkankerscreening), hetgeen ook een indirect positief effect op kwaliteit kan hebben. De meeste studies maken bij hun evaluatie gebruik van een combinatie van kwaliteitsindicatoren (composietscores). De onderliggende scores kunnen behoorlijk variëren.

Effecten op zorggebruik

In totaal hebben 13 studies de effecten op zorgkosten onderzocht. Hier zijn behoorlijk wat positieve resultaten over te melden. In 7 gevallen wordt een afname van de kosten gevonden. Dit is wederom vooral in de VS het geval, waarbij Massachusetts en Maryland er uitspringen; in Europa zijn positieve resultaten in een Zwitsers experiment te vermelden. In 4 gevallen is er geen significant effect, waarbij opvalt dat dit 2x geldt voor kinderopopulaties (Massachusetts en Pennsylvania) en 1 keer is er een toename in kosten. In laatstgenoemde studie is dit effect te verklaren door een toename van het aantal verwijzingen vanuit de eerste lijn naar medisch-specialistische zorg, als gevolg van per capita betalingen die alleen in de eerste lijn gelden. Verder is opvallend dat sommige studies een verschuiving in zorggebruik lijken te rapporteren, bijvoorbeeld een afname in SEH-bezoeken en ziekenhuisopnames en een toename in polikliniekbezoeken (Portland). Ook wordt er in één studie een afname in de gemiddelde opnameduur en een toename in polikliniekbezoeken gevonden (Nederland). Een kanttekening bij de effecten op zorgkosten is het gebrek aan inzicht in investeringskosten. In hoeverre de besparingen van populatiebepaling overleefd blijven wanneer de kosten van de transitie meegenomen worden is onbekend.

De studie van Gaspar et al. (Gaspar et al. 2020) beschrijft de effecten van aanneemsommen in Nederlandse ziekenhuizen op behandelintensiteit en kans op ziekenhuisbezoeken. De hypothese: een aanneemsom leidt tot een lagere behandelintensiteit en een kleinere kans op ziekenhuisbezoek. Op basis van de data vinden zij dat de behandelintensiteit afneemt, maar dat de kans op ziekenhuisbezoek wél toeneemt. Een mogelijke verklaring hiervoor is de korte periode waarvoor de analyse uitgevoerd is, namelijk 2010-2013.

Tabel 3 biedt een gedetailleerd overzicht van uitkomsten rondom de kwaliteit van zorg en het zorggebruik voor alle studies over de tien gevonden casussen.

Tabel 3: Uitkomsten op kwaliteit en zorggebruik per casus populatiebesteding uit de wetenschappelijke literatuur (Toename: significante ($P \leq 0.05$) toename voor uitkomstmaat. **Afname:** significante ($P \leq 0.05$) afname voor uitkomstmaat. **Geen:** geen effect, een niet-significant ($P \leq 0.05$) effect of een effect waarbij significant niet word genoemd)

	Interventiegroep	Kwaliteit					Onnodige zorg	Zorggebruik en kosten						
		Algemeen	Complicaties	Heropnames	Preventieve zorg	Overlevingskans		Ziekenhuisopnames	Polikliniek bezoeken	SEH bezoeken	Kosten geneesmiddelen	Zorgkosten	Opname-duur	
Massachusetts	Eerstelijnszorg										Geen			
	Kinderzorg	Gemengd											Geen	
	Verzekerden lange termijn	Toename											Afname	
	Verzekerden Korte termijn	Geen											Afname	
	Verzekerden (geneesmid.)											Geen		
Portland, Oregon	Ouderen (>65 jaar)					Toename		Afname	Toename	Afname				
Maryland	Ziekenhuizen													Toename
	Patiënten ziekenhuizen										Geen		Geen	
	Ziekenhuizen							Afname	Afname	Afname				
	Orthopedie heup		Geen										Afname	Geen
	Orthopedie knie		Geen										Afname	Geen
	8 regio's			Geen				Geen	Geen	Geen				
	Landelijke ziekenhuizen												Afname	
	Stedelijke gebieden						Geen							
	Landelijke postcodegebieden							Geen	Afname	Geen				
Vermont	Verzorgingstehuizen				Toename			Afname	Afname				Afname	
South Carolina	Personen >55 jaar												Afname	
Pennsylvania	Kinderen <21 jaar met hoge kosten	Geen											Geen	
Hawaii	Eerstelijnszorg	Toename							Afname				Geen	
Switzerland	Zwitserse populatie												Afname	
Netherlands	Nederlandse populatie								Toename					Afname
Ontario	Eerstelijnszorg (1)								Toename				Toename	
	Eerstelijnszorg (2)									Geen				

3.3 Casussen

Box 1. Casus Blue Cross Blue Shield

Casus: *Het Blue Cross Blue Shield of Massachusetts (BCBSMA) Alternative Quality Contract (VS)*

Type populatiebeposting: *Global budget*

Doelpopulatie: *De gehele populatie van de staat Massachusetts verzekerd onder BCBSMA*

Studie: *Chien et al. 2014*

Studiepopulatie: *Kinderen 0-21 jaar met en zonder speciale zorgbehoeften door bepaalde (chronische) ziekten (bijv. astma, chronisch hartfalen, kanker)*

Het BCBSMA Alternative Quality Contract is een populatiebepostingmodel wat werkt volgens het principe van een global budget. Het contract omvat een allesomvattend jaarlijks budget wat uitgekeerd wordt aan organisaties, gecorrigeerd voor patiëntkenmerken. Er wordt gewerkt met een zogeheten risico-contract waarin overschrijdingen (winst) evenals overschrijdingen (verlies) van het budget worden gedragen door zowel de zorgverlener als de regulator/payer (BSBSMA). Daarnaast kunnen organisaties kwaliteitsbonussen ontvangen afhankelijk van hun prestatie op 64 kwaliteitsindicatoren gerelateerd aan het zorgproces, zorguitkomsten en patiënttevredenheid.

Patiënten en hun bijbehorende normbijdrage aan het global budget, werden jaarlijks toegewezen aan een organisatie op basis van hun inschrijving bij een bepaalde huisarts. Organisaties ontvingen dus jaarlijks een bedrag afhankelijk van het aantal ingeschreven patiënten bij de huisartsen en hun kenmerken en waren vervolgens verantwoordelijk voor het beheren hiervan. Blue Cross Blue Shield verzorgde periodieke rapportages over de prestaties van organisaties op het gebied van kosten en kwaliteit, inclusief vergelijkingen met andere organisaties. Aanpassingen van jaarlijkse budgetten werden uiteindelijk gelinkt aan regionale benchmarks voor (zorg)uitgaven, om zo eventuele factoren mee te nemen waar organisaties geen invloed op hadden (bijv. een regionale uitbraak van infectieziekten). De gemeten kwaliteit van zorg woog mee in het uitkeren van *shared savings* of het incasseren van verliezen voor organisaties. Kwaliteitsbonussen gelinkt aan de 64 indicatoren werden daarentegen per patiënt, per maand betaald (Song et al. 2014a).

De studie van Chien et al. laat zien dat dit brede populatiebepostingmodel deels gewerkt heeft voor kinderen met en zonder speciale zorgbehoeften (Chien et al. 2014). Er was een toename in de kwaliteit van zorg gemeten via de 64 kwaliteitsindicatoren waar organisaties voor werden betaald, maar deze toename was niet te zien voor zorg waarvan kwaliteitsindicatoren niet waren opgenomen in het programma.

Box 2. Casus Portland, Oregon

Casus: Portland, Oregon (USA)

Type populatiebekostiging: per capita betalingen

Doelpopulatie: Medicare verzekerden (ouderen >65 jaar)

Studie: Mandal et al. 2017

Studiepopulatie: Zelfstandig wonende ouderen (>65 jaar) in de regio Portland, Oregon (VS)

Het Medicare-programma waarborgt de toegang voor ouderen (>65 jaar) en gehandicapten tot gezondheidszorg. Medicare bestaat voor een deel uit traditionele *fee-for-service* bekostiging en voor een deel uit alternatieve betalingen via *managed care plans*, *Medicare Advantage*. Een gedeelte van de bekostiging door *Medicare Advantage* bestaat veelal uit per capita betalingen aan zorgaanbieders, in de regel gebaseerd op kosten uit het voorgaande jaar/jaren voor een bepaalde populatie.

In 2009 werd in Portland geëxperimenteerd met volledige populatiebekostiging voor *Medicare*-gerechtigden. Regionale *Medicare Advantage Organizations* contracteerden zorgaanbieders in de eerste lijn op basis van per capita betalingen. De doelpopulatie was gemiddeld 80 jaar en leed gemiddeld aan meer dan 3 chronische aandoeningen. Een aantal zorgaanbieders in de eerste lijn werd door middel van per capita betalingen bekostigd, terwijl de overige zorgaanbieders in de regio op basis van *fee-for-service* werden bekostigd. De hoogte van de per capita betalingen werd bepaald op basis van populatiekenmerken (*risk adjustment*). Iedere twee jaar werd het model bijgesteld naar aanleiding van veranderingen in de populatie. Om te voorkomen dat aanbieders de populatie in een hoger risico inschalen (en op die manier een jaar later een hoger budget krijgen), werd de bekostiging gecombineerd met *gainsharing*: (alleen) de besparingen van een relatief gezonde populatie werden verdeeld tussen zorgaanbieder en de *medicare advantage organization*.

De evaluatie van het programma toont aan dat ondanks het per capita systeem het zorggebruik in de eerste lijn toenam door populatiebekostiging (over de hele keten), vergeleken met zorgaanbieders in het traditionele betaalmiddel. Eveneens leidde populatiebekostiging tot minder SEH-bezoeken en ziekenhuisopnames. Netto bespaarde dit ongeveer \$2 miljoen per 1.000 verzekerden. De mortaliteit was eveneens lager dan in de controlegroep.

3.4 Conclusie

In dit hoofdstuk hebben we voorbeelden uit de wetenschappelijke literatuur gezocht en beschreven waarin populatiebekostiging als interventie ingezet en wetenschappelijk geëvalueerd is. Uiteindelijk kwamen we daarbij uit op 23 studies, die 10 casussen beschreven. De meeste casussen bevinden zich in de VS en deze zijn ook het beste geëvalueerd. Mogelijk speelt publicatiebias een rol: het publiceren van positieve resultaten is aantrekkelijker dan het publiceren van negatieve resultaten. Het geringe aantal van 10 casussen hoeft niet noodzakelijkerwijs te duiden op een geringe (inter)nationale inzet van populatiebekostiging. Mogelijk wordt populatiebekostiging wel degelijk ingezet, maar blijft wetenschappelijke evaluatie en publicatie achter. Deze laatste verklaring wordt ondersteund door de complexiteit van de interventie: veelal gaat populatiebekostiging gepaard met andere interventies, zoals reorganisaties, cultuurveranderingen en trainingen van professionals. Dit maakt een gedegen evaluatie van het effect van enkel populatiebekostiging op kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg moeilijk. Het is ook waarschijnlijk dat het effect van populatiebekostiging toeneemt als deze in complementariteit met andere instrumenten en activiteiten wordt ingezet.

Hoewel de resultaten laten zien dat er niet overal uitkomsten worden gemeten, is er in het algemeen sprake van positieve uitkomsten, waarbij opvalt dat vaker positieve effecten gevonden worden voor de kosten dan voor de kwaliteit van zorg. Er zijn enkele negatieve effecten rondom een toename in zorggebruik waar te nemen, maar deze gaan veelal gepaard met afnames in andere indicatoren voor zorggebruik (poliklinische bezoeken vs opnames). Wel zijn er nog relatief weinig casussen die effecten van populatiebesteding onderzoeken en zijn resultaten van verschillende studies binnen één casus vaak wat wisselend (Massachusetts en Maryland). De focus lijkt daarnaast vooral te liggen op het in kaart brengen van effecten rondom zorggebruik en minder op kwaliteitsverbetering. Hier zijn ook de meeste significante positieve effecten (besparingen) te melden. Desalniettemin zien we in de gevonden studies dat populatiebesteding positieve effecten kan hebben en in een breed scala doelgroepen toegepast wordt, van eerstelijnszorg tot medisch-specialistische en langdurige zorg.

4. De situatie in Nederland

4.1 Methode

Naast de wetenschappelijke literatuur is in de grijze literatuur gezocht naar initiatieven omtrent populatiebepoortiging in Nederland. Grijze literatuur bestaat uit *'tekst geproduceerd door de overheid, academici, bedrijven en industrie, zowel geprint als digitaal, waarbij het publiceren van literatuur niet de primaire bezigheid is van de institutie'* (Godin et al. 2015). Voorbeelden van grijze literatuur zijn rapporten, nieuwsartikelen, websites, beleidsdocumenten en scripties.

Hiertoe is gezocht met zoektermen (en synoniemen van) populatiebepoortiging via google, specifieke websites en Lexis Nexis. Daarnaast is specifiek gezocht naar informatie over proeftuinen. Eigen websites van de proeftuinen zijn opgezocht (indien beschikbaar) en daarnaast is aanvullende informatie opgezocht en doorgenomen van o.a. artikelen, nieuwsberichten en websites van andere organisaties met informatie over proeftuinen. Zie bijlage 3 voor de websites die zijn bezocht. Bij deze zoektocht in de grijze literatuur hebben we ons in ieder geval gefocust, maar niet beperkt tot de negen regio's die in 2013 door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) benoemd zijn tot 'proeftuinen: betere zorg met minder kosten', (Drewes et al. 2014) aangezien deze in Nederland vaak genoemd worden als voorbeeld voor populatiebepoortiging.

Daarnaast hebben we in december 2020 twee focusgroepen georganiseerd met experts om voorbeelden van initiatieven in Nederland en ervaringen met populatiebepoortiging op te halen. In november zijn 10 experts per mail benaderd voor deze focusgroepen. Daarnaast zijn er bij elke focusgroep twee ambtenaren van VWS als toehoorder betrokken geweest. Negen deelnemers hebben schriftelijk toestemming gegeven voor deelname aan de focusgroepen en deze (online) bijeenkomsten zijn met instemming van de deelnemers opgenomen en getranscribeerd. In Bijlage 4 staan de experts genoemd die hebben deelgenomen aan deze focusgroepen. Relatief veel deelnemers zijn werkzaam binnen de eerste lijn (in ruime zin).

De centrale vragen voor de focusgroepen waren:

1. Is populatiebepoortiging wenselijk in Nederland? En waarom?
2. Onder welke voorwaarden kan populatiebepoortiging verder worden ingezet in Nederland?
3. Wat zijn aanbevelingen voor beleid?

De analyse van deze kwalitatieve data heeft plaatsgevonden op basis van integraal uitgeschreven transcripten van de opgenomen interviews.

4.2 Resultaten

De zoekstrategie in de grijze literatuur leverde veel opinieartikelen en informatie over proeftuinen op. Uit de analyse hiervan bleek bovendien dat de termen populatiemanagement, populatiebepoortiging en uitkomstbepoortiging veelal door elkaar gebruikt worden. Naast de negen proeftuinen die door het RIVM zijn geëvalueerd, zijn er op diverse plaatsen in Nederland soortgelijke initiatieven gestart waarvan een deel nog steeds loopt. Hieronder beschrijven we de initiatieven die naar voren kwamen bij de verkenning van de literatuur en (gedeeltelijk) passend zijn bij de gehanteerde definitie.

Negen proeftuinen

De algemene search naar informatie over proeftuinen met populatiebesteding leverde hoofdzakelijk websites op met nieuwsberichten over één of meerdere van de negen proeftuinen c.q. regio's zoals benoemd door het Ministerie van VWS. Deze proeftuinen zijn gestart met zorgverbetering vanuit de *triple aim* gedachte, dat wil zeggen om de gezondheid van de bevolking en de kwaliteit van zorg te verbeteren en om de groei in (zorg)uitgaven te beperken. Kenmerkend is de regionale en lokale aanpak; de proeftuinen zijn ieder op eigen wijze vormgegeven met een andere focus en opzet, verschillende initiatiefnemers en samenwerkingspartners, en verschillen in thema's en beoogde populaties. In de proeftuinen die zich stapsgewijs hebben ontwikkeld stond telkens leiderschap aan de start van deze ontwikkeling. Gedurende de verdere ontwikkeling van deze proeftuinen is deze visie geborgd bij meerdere bestuurders en is gelaagd leiderschap ontstaan. Binnen deze proeftuinen zijn tal van interventies en strategieën opgezet of gecontinueerd en is er samenwerking tussen de verschillende partijen (met o.a. zorgverzekeraars, zorgaanbieders, burgervertegenwoordiging en gemeenten) tot stand gekomen dan wel geïntensiveerd. De evaluaties hiervan zijn dus overwegend positief van toon.

De interventies en projecten zijn breed variërend in onderwerp en opzet, en zijn onder meer gericht op de verbetering van zorg voor mensen in een specifieke levensfase (o.a. ouderenzorg, geboortezorg), zorgverbetering voor mensen met chronische aandoeningen (o.a. ketenzorg voor CVA en voor dementie), projecten gericht op een bepaald onderwerp (bijvoorbeeld wondzorg, respitzorg, spoedzorg) of initiatieven voor de verbetering van gezondheid van een gehele populatie in een regio (met o.a. zelfmanagement, e-health, positieve gezondheid en leefstijlinterventies) en initiatieven gericht op samenwerking en integrale zorg. De informatie die gevonden is over de proeftuinen beschrijft met name de inhoud van de projecten, de initiatieven die opgezet zijn en de strategie die gekozen is, met de samenwerkingspartners.

Alleen voor sommige proeftuinen wordt op de website vermeld dat er een alternatieve vorm van besteding plaats vindt of dat er gesprekken over zijn (o.a. lumpsum financiering, *shared savings* contracten, *accountable care* afspraken). Echter, voor deze en voor de andere proeftuinen wordt zeer gering of geen informatie beschreven over inhoud en vorm van deze afspraken, over de uitkomsten, over de kosten van zorg, de financiering en/of kostenbesparingen. Informatie over andere proeftuinen die gevonden is via internet was in het algemeen genomen tevens zeer gering, waarbij eveneens de focus lag op een beschrijving van het doel en de inhoud van de projecten en initiatieven. Daarop bestaat bij ons weten één uitzondering en dat is Blauwe Zorg in Zuid-Limburg.

Box 3. Blauwe Zorg

In 2013 is “*Blauwe Zorg*” gestart in Maastricht Heuvelland, als één van de negen proeftuinen van VWS. De hoofddoelstelling was, net als bij alle proeftuinen, om de zorg te optimaliseren volgens het zogenaamde triple aim principe. *Blauwe zorg* is erop gericht een beweging naar duurzame zorg in gang te zetten bij bestuurders, managers, professionals en burgers, met de focus op anders inrichten van de zorg en niet zo zeer op minder zorg. De initiatiefnemers zijn Zorgverzekeraar VGZ, Maastricht UMC+, Burgerkracht Limburg en Zorg In Ontwikkeling (ZIO); een samenwerking die voortborduurde op jarenlange ervaring in de regio op het gebied van samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. Verschillende partijen, zorgaanbieders en financiers hebben zich aangesloten en in 2013 hebben zij zich verenigd in de “Alliantie Santé”.

Duurzaamheid binnen de gezondheidszorg staat centraal met twee pijlers. De eerste pijler bestaat uit aanpassingen in de organisatie van zorg, met interventies gericht op het doelmatiger maken van zorg. Terreinen waar deze interventies zich op richten zijn o.a. de ouderenzorg, GGZ, ziekenhuiszorg/transmurale zorg, samenwerking met sociaal domein (in de wijk) en farmacie. De tweede pijler is gericht op gedrags- en cultuurverandering in de regio op drie niveaus: bij de bestuurder/manager, bij de professional en bij de zorgvrager.

Shared savings en lumpsumbedrag

Binnen enkele proeftuinen zijn *shared savings* afspraken gemaakt voor farmacieproject(en), waaronder binnen de proeftuin *Blauwe Zorg*. Een aantal interventies is binnen *Blauwe Zorg* geëvalueerd, waarbij o.a. een positief effect op de kosten voor farmacieproject is gemeten.

Voor de zorg in ‘*Blauwe Zorg in de Wijk*’ worden financiële middelen van de Provincie Limburg, de gemeente Maastricht en zorgverzekeraar VGZ samengebracht. In deze pilot wordt gewerkt met een lumpsum bedrag voor vier wijken, waar vanuit positieve gezondheid wordt gewerkt. Dit is het begin van de ambitie de zorg anders in te richten en duurzaam te maken. Financieringsbron is VEZN met een eenmalige bijdrage van de gemeente Maastricht voor kwartiermakerschap. Jaarlijkse programmakosten worden betaald vanuit de gemeente Maastricht, VGZ en de Provincie Limburg. Dit project wordt wetenschappelijk geëvalueerd met een subsidie vanuit ZonMw. Er wordt onderzocht wat de effecten zijn van de aanpak op de ervaren gezondheid van de inwoners van de buurten en welke verschuivingen in financiële bestedingen plaatsvinden. Met een procesevaluatie wordt onderzocht hoe de toepassing van positieve gezondheid bijdraagt aan de verbetering van de kwaliteit van leven, hoe de samenwerking op ieder organisatieniveau verloopt, hoe de dienst- en zorgverlening verandert en hoe het samenbrengen van budgetten verloopt (looptijd subsidie 2016-2021).

Inmiddels is *Blauwe Zorg* een landelijk voorbeeld geworden van samenwerking in de regio, onder het motto ‘de juiste zorg op de juiste plek’.

Andere proeftuinen die wel zijn geëvalueerd op kwaliteit en kosten

Wij konden buiten de proeftuinen een drietal vormen van (via de contractering gerealiseerde) populatiebesteding vinden die wetenschappelijk zijn geëvalueerd. Het betreft 1) het *shared savings* contract tussen Menzis en 7 artsen van Arts en Zorg, gelijkend aan voorbeelden van Blue Cross Blue Shield en Portland in de VS; 2) de meerjarige contracten tussen zorgverzekeraars VGZ/CZ en de Ziekenhuizen Bernhoven en Rivas, en 3) het experiment met integrale besteding van geboortezorg. In al deze drie experimenten zien we positieve effecten op de kosten, terwijl er geen negatieve effecten voor de kwaliteit zijn gevonden. Daarnaast spelen de zorgverzekeraars hier een kanaliserende rol.

Shared savings contract Menzis en Arts en Zorg (AEZ)

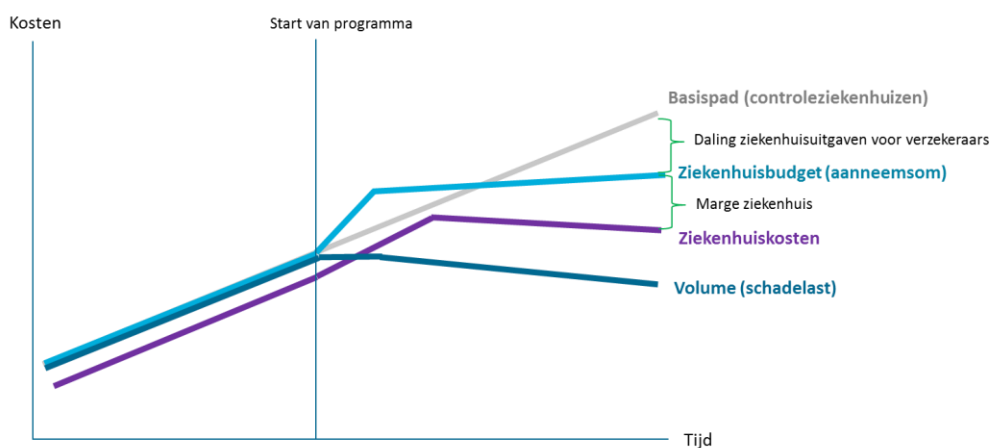
In Nederland is er voor de eerste lijn één wetenschappelijk geëvalueerd experiment naar de totale kosten en kwaliteit op populatieniveau van een zorgverzekeraar bekend (Hayen 2018). Het betreft zeven huisartsen van zorgonderneming Arts en Zorg die met Menzis een modelcontract opgesteld hebben waarin zij delen in behaalde besparingen binnen de curatieve zorg (ziekenhuiszorg, huisartsenzorg, laboratoriumaanvragen en geneesmiddelen). Het betreft besparingen op populatieniveau (95% van de ingeschreven patiënten die 60% van de kosten vertegenwoordigen) onder aftrek van de benodigde investeringen. Daarnaast moet worden voldaan aan een aantal kwaliteitscriteria rondom zorg voor patiënten met COPD en diabetes, geneesmiddelengebruik en patiënttevredenheid. Hoe beter de gemeten kwaliteit, hoe meer besparingen de huisartsen (met een afgesproken maximum) mogen houden, AEZ deelt hierin mee. De precieze financiële prikkels zijn vertrouwelijk en dus niet openbaar. De vergelijkende maatstaf bestaat uit de scores van een representatieve controlegroep huisartsen.

Het experiment liet zien dat in het eerste jaar (significant) 3.5% minder zorgvolume is geleverd. De besparingen zijn vooral gerealiseerd door het terugbrengen van volume en doordat er minder naar ziekenhuizen is verwezen. Er waren besparingen in de medisch-specialistische zorg, diagnostische zorg, en de huisartsenzorg. Er werden geen structurele veranderingen in kwaliteit gevonden en ook de patiënttevredenheid is hetzelfde gebleven. Prijseffecten zijn te verwaarlozen en dat is ook logisch omdat huisartsen hier nauwelijks invloed op hebben. Doordat hoge kosten patiënten zijn uitgesloten, bleven de bruto besparingen beperkt tot 62 euro per ingeschrevene per jaar. De gemeten besparingen zijn betrouwbaar, al zijn er ook enkele kanttekeningen: 1) de omvang van de financiële prikkel is niet bekend, maar wel van invloed op intensiteit en macrobesparingen: hoe meer Menzis zelf houdt, hoe meer zij de premie kan verlagen, maar ook hoe minder aantrekkelijk voor de aanbieder; 2) de besparingen zijn in het begin van het programma behaald, misschien is er daardoor sprake van bias (eenmalig starteffect); 3) AEZ is een onderneming (eigenaar Independer) met winst oogmerk en we weten dat deze meer gevoelig zijn voor financiële prikkels (Jeurissen 2010); 4) er is geen inzicht in de kwaliteitseffecten voor medisch-specialistische zorg, waar de meeste besparingen zitten; 5) de gemeten kwaliteitsscores zijn wat diffuus (met name voor COPD); en 6) er is sprake van een complex model met behoorlijk wat administratieve lasten. Deze laatste kanttekening doet niet af aan het feit dat in dit onderzoek is aangetoond dat verzekeraars én populatiegerichte contracten kunnen afsluiten rondom populatiebesteding én dat deze onder voorwaarden in staat lijken de uitgavengroei af te remmen. Veel voorzichtiger moet men zijn over het effect op de kwaliteit van zorg. En ook de lange-termijn effecten dienen nog inzichtelijk gemaakt te worden. Overigens zien we in een aantal internationale studies dat de effecten ook juist kunnen verbeteren na het eerste jaar.

Anneemsommen met inzet op kwaliteit: ziekenhuizen Bernhoven en Rivas

Steeds vaker wordt de financiering van zorg in Nederland op andere manieren ingericht, zoals bijvoorbeeld via een constructie van meerjarige aanneemsommen met een *shared savings* contract. Hierbij worden afspraken over een budget voor meerdere jaren overeengekomen en ontvangen ziekenhuizen een vast bedrag voor alle te leveren DOT's. In veel gevallen worden er dan doelstellingen afgesproken over samenwerking in de regio en gaan deze afspraken samen met initiatieven voor kwaliteitsverbetering binnen de ziekenhuizen. Bij deze vorm van besteding beperkt de financiering zich (tot op heden) tot het ziekenhuis.

De meest bekende voorbeelden van deze vorm van financiering binnen Nederland zijn de initiatieven bij Ziekenhuis Bernhoven en Zorggroep Rivas. Deze initiatieven zijn veelvuldig aangehaald in de grijze literatuur en onafhankelijk geëvalueerd (van Dulmen et al. 2020). Bernhoven (strategie 'Droom') en Rivas Zorggroep (strategie 'KAM') hebben beiden een veranderprogramma geïmplementeerd om de kwaliteit van zorg te verbeteren én de kosten te beheersen. Het unieke van de beide programma's is de integrale wijze waarop een groot aantal concrete initiatieven, zowel op specifieke populaties als op meer aanpassingen in de organisatie, worden gebundeld onder één overkoepelende en sturende strategie en visie. In beide ziekenhuizen werden afspraken gemaakt over meerjarige aanneemsommen. Daarnaast bestonden de veranderprogramma's uit bottom-up initiatieven, organisatieveranderingen, het wegnemen van productieprikkel (in Bernhoven door de invoering van het loondienstmodel, in Rivas door een aangepast Logex-model) en meer samenwerking tussen de huisartsen. De mechanismen van de aanneemsom staan beschreven in figuur 1. De meerjarige aanneemsommen zijn gericht op het realiseren van besparingen door het terugdringen van geleverde zorg (volume) en, vervolgens, het afbouwen van ziekenhuiskosten en het jaarlijkse budget.



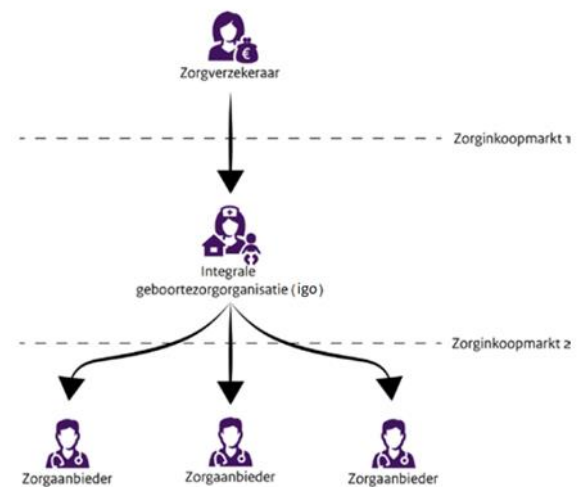
Figuur 1. Mechanismen van de meerjarige aanneemsom

De evaluaties van deze veranderprogramma's lieten zien dat beide ziekenhuizen de zorguitgaven hebben beheerst, terwijl de kwaliteit hoog bleef (van Dulmen et al. 2020). Hiermee hebben ze bijgedragen aan doelmatigere medisch-specialistische zorg en vermindering van volume en onnodige zorg. Verandering van financiële prikkels is noodzakelijk om de beweging te ondersteunen, maar de werkelijke kansen voor meer doelmatigheid zitten juist in een andere organisatie van de zorg. Deze verandering in de organisatie van de zorg is afhankelijk van de lokale context. Beide ziekenhuizen hebben hun eigen traject doorleefd binnen hun eigen context en dat is een van de succesfactoren. Het nieuwe model van bekostiging met prospectieve *shared savings* contracten heeft daarbij de adequate financieel-institutionele randvoorwaarden voor samenwerken aan kwaliteit gecreëerd. Dit gaf de tijd en de ruimte aan beide ziekenhuizen om de implementatie duurzaam vorm te geven.

Integrale bekostiging geboortezorg

Integrale bekostiging van geboortezorg (bundel) betreft een experiment van populatiebekostiging waar uitvoering door een integrator onder leiding van zorgaanbieders plaatsvindt (igo's). Om integrale bekostigingscontracten af te sluiten voor dit nieuwe model verenigen zorgaanbieders zich binnen

integrale geboortezorgorganisaties (igo's) (zie Figuur 2). De igo maakt afspraken met verzekeraars over de te leveren zorg tijdens de gehele periode van de zwangerschap, bevalling en kraamperiode en koppelt hier een bedrag aan wat uitbetaald wordt voor het leveren van deze zorg. Deze afspraken gaan onder andere over de minimale kwaliteitseisen, een vrij onderhandelbaar tarief (onderverdeeld in negen deelprestaties), overheadkosten en verantwoordingsinformatie voor de verzekeraar. In een recente evaluatie komt naar voren dat dit positieve effecten heeft op samenwerking, dat de uitgaven wat minder snel lijken te stijgen, maar ook dat het aantal niet geplande keizersneden iets stijgt en dat de uitvoering met behoorlijke administratieve lasten gepaard gaat, onder andere door schaduwboekhoudingen en het ontbreken van uniformering in het volgebeleid van verzekeraars. Daarnaast zijn ook de igo's zelf een extra laag overhead (RIVM 2020).



Figuur 2. Schematische weergave van de twee zorginkoopmarkten bij integrale bekostiging (RIVM 2020).

De totale gemeten uitgavenbesparing ligt rond de 5.8% per bevalling. Deze wordt voornamelijk veroorzaakt doordat de zorg in de productie-bekostigde controlegroep blijft stijgen terwijl de uitgaven voor de interventiegroep met de integrale bekostiging nog maar zeer beperkt toenemen. Bij de door de onderzoekers gemeten gezondheidsuitkomsten (Apgar scores, rupturen, vroeggeboorte, gewicht) zijn geen verschillen gevonden.

4.3 Focusgroepen

Op 10 en 11 december 2020 hebben twee digitale focusgroepen van een uur plaatsgevonden met in totaal 9 deelnemers. De uitgewerkte interviews zijn geanalyseerd en hierbij kwam een aantal thema's naar boven die we hieronder verder bespreken. In beide focusgroepen was er een levendige discussie over de verschillende definities die rondom het thema populatiebekostiging en populatiemanagement leven. De gestelde definitie wordt gezien als een smalle definitie die niet volledig aansluit bij initiatieven in Nederland, waar de focus veelal ligt op brede strategieën om kwaliteit en preventie te verbeteren.

Er bestond overeenstemming dat andere bekostiging in de vorm van populatiebekostiging een instrument is voor een hoger doel. Populatiebekostiging mag dus niet gezien worden als een doel op zich, maar is ondersteunend aan andere doelen, zoals kwaliteitsverbetering, inzet op preventie of verminderen van onnodige zorg. Dergelijke doelen moeten eerst helder geformuleerd zijn voordat nagedacht kan worden over allerlei aspecten van populatiebekostiging.

Er is een breed gedragen wens om andere vormen van financiering van zorg te verkennen om de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg te verbeteren. Het bekostigen van populaties zou volgens de deelnemers een goede optie kunnen zijn die nader onderzocht dient te worden. Hierbij worden een aantal voorwaarden/kenmerken benoemd:

Deelnemers geven aan dat de huidige financiering van de zorg het uitvoeren van experimenten bemoeilijkt. Domeinoverstijgende organisaties met verschillende financieringsstromen worden daarbij geacht samen te werken en afspraken te maken. In tijden van schaarste van middelen en uiteenlopende ideeën en ambities kan dit belemmerend werken. Door enkele deelnemers werden de krappe financiële middelen bij gemeenten als concreet voorbeeld hierbij benoemd. Het is van groot belang oog te hebben voor de uitdagingen in de coördinatie bij het leveren van integrale zorg die nu vanuit verschillende bekostigingssystemen wordt georganiseerd. Meerdere deelnemers wezen daarbij op de huidige wet- en regelgeving wat dergelijke integratie van zorgsystemen bemoeilijkt. Zo is het vaak niet toegestaan om budgetten die specifiek toegewezen zijn aan één domein te bundelen of zijn systemen dermate gesloten dat samenwerking wettelijk gezien niet mogelijk is (ZVW, Wmo en WLZ).

Deelnemers achten het van groot belang dat vooraf goed wordt nagedacht over de voorwaarden van het bekostigingssysteem. Hierbij worden een aantal punten benoemd, zoals wie is er nu precies risicodragend, afspraken over *shared savings*, hoe wordt verantwoording afgelegd en hoe wordt de beleidsmaatregel ingericht.

Experimenten met populatiebekostiging voor verschillende populaties zijn belangrijk. De complexiteit van domein overstijgende aanpassing van de bekostiging vraagt tijd en goede randvoorwaarden om projecten goed in te richten en te evalueren. Daarbij is het van belang om te leren van experimenten en dit goed te evalueren. Gedegen wetenschappelijk evaluaties naar de effecten op kwaliteit en doelmatigheid van populatiebekostiging zijn beperkt, zowel in de nationale als internationale literatuur. Volgens veel deelnemers van de focusgroep dient dit een vast onderdeel te zijn van lopende en toekomstige experimenten in Nederland. Onderdeel van de evaluatie is om te verkennen hoe succesvolle experimenten duurzaam kunnen worden voortgezet. Hier lopen volgens de deelnemers huidige experimenten veelal op vast.

Over de rol van de overheid bij het faciliteren van populatiebekostiging zijn deelnemers verdeeld. Er was overeenstemming over het feit dat er een rol weggelegd is voor de overheid, maar de precieze invulling hiervan verschilt. Sommigen geven aan dat vooral een investering in de regio belangrijk is en dat dit centraal vooral gestimuleerd moet worden. Er worden daarbij verschillende manieren genoemd om te investeren in de regio. Allereerst is er behoefte aan financiële ondersteuning voor organisaties die nieuwe modellen ontwikkelen, omdat dit vaak niet opgenomen is in de huidige budgetten of systemen. Een ander aspect wat ook nadrukkelijk genoemd is, is een investering op het gebied van kennis. Het opzetten van dergelijke programma's vereist de aanwezigheid van (personen met) veel kennis over verschillende domeinen en systemen binnen de regio, maar vooral ook wat ervoor nodig is om tussen deze systemen te bewegen. Wanneer deze kennis niet aanwezig is, zou VWS een meer nadrukkelijke rol in kunnen nemen bij implementatie van populatiebekostiging in de regio en als kennispartner. Denk daarbij aan kennis over wet- en regelgeving van verschillende stelsels. Hiermee zou VWS de uitvoering van populatiebekostiging meer randvoorwaardelijk mogelijk moeten maken om de uitvoering duurzaam te laten plaatsvinden.

Over de rol van inzet vanuit de regio's wordt wisselend gedacht. Sommige deelnemers zien dat de regionale samenwerking de start moet zijn bij de invoering van populatiebekostiging. Anderen geven aan dat koppelen van regio's lastig is omdat dé regio niet bestaat. Wat wel belangrijk is, is dat de zorg

tussen bijvoorbeeld verzekerden bij verschillende verzekeraars niet van elkaar gaat verschillen en dat er oplossingen komen voor meer afstemming tussen de verschillende principalen (verzekeraars, gemeenten, zorgkantoren etc.).

Belangrijke belemmerende factoren voor populatiebekostiging die verder genoemd worden zijn de aansluiting bij de vigerende financiële instituties, de betrokkenheid van de verschillende groepen die traditioneel vanuit verschillende bronnen worden gefinancierd, die ook verschillen in ambitie, tempo en mate van urgentie om een alternatieve vorm van financiering te realiseren. Daarnaast worden de administratieve lasten genoemd en tijd om een goed experiment op te zetten en uit te voeren.

Deelnemers geven tenslotte aan dat vooraf het doel van de aanpassing in de bekostiging en eventuele andere doelen die hiermee samenhangen helder geformuleerd moeten worden. Veelal worden doelen impliciet verwoord en hebben verschillende stakeholders verschillende ideeën bij de doelen van de strategie gekoppeld aan populatiebekostiging. Het moet dus duidelijk zijn welk (bestuurlijk) probleem wordt opgelost en voor wie. En hieraan gekoppeld moet vooraf goed worden nagedacht over welke uitkomstmaten hierbij passen, hoe de effecten geëvalueerd worden, en wanneer een experiment met populatiebekostiging als succesvol kan worden beschouwd. Bij de uitkomstmaten moet daarbij niet alleen gekeken worden naar de financiële effecten, maar ook naar andere uitkomstindicatoren en ervaren gezondheid. Vooral dit laatste is een complex begrip om te meten.

4.4 Beschouwing

Op basis van de grijze literatuur die wij gevonden en bestudeerd hebben, zijn een beperkt aantal voorbeelden gevonden van populatiebekostiging in Nederland. Dit stemt overeen met de inbreng van de experts in de focusgroepen.

Een kanttekening bij de gebruikte methode is dat de informatie die wij gevonden hebben via de grijze literatuur, hetgeen inherent is aan deze methodiek, beperkt is tot informatie die beschikbaar en openbaar toegankelijk is op internet, zoals gepubliceerd via websites, in rapportages, artikelen en vanuit (nieuws)berichten. Interne documenten met mogelijk (meer) informatie over bekostiging ontbreken daardoor. Vanwege de bekendheid van de negen regio's, is met name informatie over deze proeftuinen gezocht.

De informatie die gevonden is over de negen "proeftuinen: beter zorg met minder kosten" beschrijft met name de zorginhoudelijke interventies en biedt vrijwel geen informatie over (populatie)bekostiging van zorg. Dit beeld is overeenkomstig de resultaten uit de Landelijke Monitor Proeftuinen (Drewes et al. 2018). Gedurende een periode van 5 jaar (2013-2018) is de ontwikkeling van de negen proeftuinen, zoals benoemd door het Ministerie van VWS, in kaart gebracht door het RIVM aan de hand van interviews, documenten en actualisaties. In de desbetreffende rapportage wordt eveneens gesteld dat er voornamelijk zorginhoudelijke interventies zijn ingezet binnen de proeftuinen (populatiemanagement), om op kleinere schaal effecten te kunnen behalen met slechts in enkele proeftuinen ook een opstart van domeinoverstijgende interventies.

Pogingen van de proeftuinen om alternatieve contracten te introduceren zijn destijds veelal al in de uitwerkingsfase gestrand. Binnen de proeftuinen is het wel gelukt om kleine dan wel iets grotere stappen te maken om samen te werken binnen projecten en initiatieven. Echter, de stap naar een

andere financiering bleek nog te complex. Meerdere redenen worden hiervoor genoemd, waaronder informatie-asymmetrie, onzekerheid, het gevoel van urgentie voor verandering vs. de ervaren risico's en een gebrek aan vertrouwen tussen zorgverzekeraar en aanbieders. Binnen enkele proeftuinen (de proeftuin Blauwe Zorg ging hierin het meest ver) werden afspraken en plannen gemaakt over andere vormen van bekostiging zoals gezamenlijke financiering (vanuit Zvw en Wmo), een *lumpsumbedrag* of werden *shared savings* afspraken gemaakt (het laatste vooral voor farmacie-projecten). Plannen om *shared savings* op proeftuinniveau te realiseren bleken te complex. Op interventieniveau zijn enkele projecten geëvalueerd op kosten. Echter, op dit niveau bleek het tevens te complex om de kosten en mogelijke besparingen in kaart te brengen voor evaluatie. De proeftuinen worden in het rapport ook wel geformuleerd als "proeftuinen populatiemanagement", wat beter past bij het brede scala aan interventies dat plaatsvindt/heeft plaatsgevonden binnen de proeftuinen.

Buiten de proeftuinen zijn bij ons weten drie vormen van populatiebekostiging wetenschappelijk geëvalueerd: het *shared savings* contract tussen Menzis en 7 artsen van Arts en Zorg; de meerjarige contracten tussen VGZ/CZ en de Ziekenhuizen Bernhoven en Rivas; en experiment integrale bekostiging geboortezorg. In al deze drie experimenten zien we positieve effecten op de kosten, terwijl er geen negatieve effecten voor de kwaliteit zijn gevonden.

5. Randvoorwaarden

Zowel in de wetenschappelijke als de grijze literatuur worden meerdere randvoorwaarden (zowel belemmerende als bevorderende factoren) voor het implementeren van populatiebekostiging beschreven. Tevens zijn er tijdens de focusgroepen diverse randvoorwaarden benoemd die specifiek voor de Nederlandse situatie van toepassing zijn. Eerst bespreken we de randvoorwaarden die in de internationale literatuur zijn benoemd. Grofweg zijn deze onder te verdelen in aspecten gerelateerd aan: (i) de rol van de overheid/regulator, (ii) het (zorg)landschap waarin het bekostigingsmodel geïmplementeerd wordt en (iii) verschillende aspecten van het bekostigingsmodel zelf. Deze zullen hieronder per categorie verder toegelicht worden. Vervolgens beschrijven we de randvoorwaarden die in de Nederlandse literatuur zijn gevonden en benoemd zijn door de experts.

5.1 Randvoorwaarden uit de internationale literatuur

De rol van de overheid

Allereerst wordt meerdere keren gewezen op het belang van steun van de overheid/regulator bij het slagen van nieuwe bekostigingsmodellen. Het is dan ook geen toeval dat, vanuit de internationale literatuur, in alle 10 casussen de overheid en/of regulator de voornaamste initiatiefnemer is geweest van de geïntroduceerde verandering in het betaalmodel in de richting van populatiebekostiging. Onder andere Jones et al. en Song et al. geven deze belangrijke rol expliciet aan. Zij wijzen specifiek op het belang van de staat die zorg draagt voor de extra kosten die de eerste jaren vaak gepaard gaan met het implementeren van populatiebekostiging (Jones et al. 2016; Song et al. 2012a). Bovenal wordt gesteld dat dergelijke veranderingen ingewikkeld zijn en dat zorgsystemen tijd nodig hebben om zich hieraan aan te passen (Jones et al. 2016; Sarma et al. 2018; Sharp et al. 2013; Song et al. 2012a). Daar wordt ook nog aan toegevoegd dat het daarbij van belang is dat de regulator niet direct gaat snijden in budgetten wanneer duidelijk wordt dat er binnen ziekenhuizen besparingen gerealiseerd zijn, omdat dit vervolgens de prikkel om deze besparingen te blijven realiseren teniet zou doen (Pines et al. 2019).

Het zorglandschap waarin het bekostigingsmodel geïmplementeerd wordt

Meerdere studies beschrijven de rol die het (zorg)landschap waarin populatiebekostiging geïmplementeerd wordt, heeft op de uiteindelijke effecten van dergelijke programma's. Zo wordt gewezen op de mogelijk al zeer hoge kwaliteit van zorg die weinig ruimte voor verbetering over kan laten (Chien et al. 2014). Ook wordt de invloed van de populatie waar het programma op focust of waar de effecten op gemeten worden vaak genoemd als belangrijke factor. Uit de studies uit de VS worden kwetsbare populaties (zoals ouderen of kinderen) daarbij genoemd als groepen die vaak een grotere zorgvraag hebben en dus ook eerder effecten zullen laten zien dan gehele populaties van staten/landen (Chien et al. 2014). Daarnaast laten de verschillende analyses binnen Maryland zien dat het ook uitmaakt in welke regio populatiebekostiging wordt ingevoerd. Zo wordt verondersteld dat ziekenhuizen in stedelijke gebieden minder goed in staat zijn om populatiemanagement-achtige aanpakken goed uit te voeren, en zou populatiebekostiging hier dus ook minder goed kunnen werken dan bij ziekenhuizen in landelijke gebieden. Dit effect wordt vooral toegeschreven aan de verschillende rollen die ziekenhuizen innemen in stedelijke en landelijke gebieden. Waar in stedelijke gebieden vaak meerdere ziekenhuizen dezelfde populatie bedienen, is een ziekenhuis in een landelijk gebied vaak de enige aanbieder van zorg en dus primair verantwoordelijk voor alle zorg voor die regio. Incentives die

populatiebekostiging introduceren, en de mogelijke besparingen die hieruit kunnen volgen, komen in landelijke gebieden dus volledig bij dit ene ziekenhuis te liggen, terwijl ze in stedelijke gebieden gedeeld worden tussen de verschillende zorgaanbieders aanwezig in deze zelfde regio. Dit zorgt uiteindelijk voor een sterkere prikkel tot besparing voor het ziekenhuis in een landelijk gebied (Roberts, Hatfield, et al. 2018). Daarnaast wordt de mate van organisatie van eerstelijnspraktijken genoemd als beïnvloedende factor voor het effect van populatiebekostiging. Men geeft daarbij aan dat er in een (vaak gefragmenteerd) netwerk van kleine, onafhankelijke praktijken vermoedelijk meer ruimte tot verbetering is in vergelijking tot grootschalige regionale of landelijke systemen die in hoge mate georganiseerd zijn (Navathe et al. 2019).

Aspecten van het bekostigingsmodel zelf

Vanzelfsprekend is werkzaamheid van populatiebekostiging ook vooral afhankelijk van hoe het bekostigingsmodel er uit ziet. Een bepalende factor die veelal genoemd wordt is de samenstelling van het contract. Niet alleen moet bij zo'n contract gedacht worden aan kosten voor infrastructuur en kwaliteitsbonussen bovenop de kosten voor de geleverde zorg (Song et al. 2012a). Ook moet er oog zijn voor de verschillende soorten zorg die meegenomen worden in het contract. Er bestaat namelijk een groot risico op spillover effecten naar zorgverleners die niet binnen het contract vallen. Dat wil zeggen: binnen het contract worden er besparingen gerealiseerd, maar in plaats van dat deze zorg niet meer geleverd wordt, wordt deze vervolgens geleverd door een zorgverlener buiten het contract. Dergelijke effecten zijn mogelijk binnen de contractregio, maar kunnen ook regio-overstijgend plaatsvinden (Done, Herring, and Xu 2019; Malmlose, Mortensen, and Holm 2018; Pines et al. 2019; Song et al. 2014a). Alle artikelen die dit fenomeen van spillover effecten expliciet beschrijven, doen dit voor programma's die zich focussen op zorg die geleverd wordt in de tweede en derde lijn. Aansluitend hierop wordt door meerdere studies gewezen op het belang van het introduceren van de juiste prikkels op de juiste niveaus. Veel contracten introduceren vooral prikkels en financiële risico's op ziekenhuisniveau, maar ziekenhuizen vertalen dit vaak niet naar directe prikkels voor artsen. Deze ontbrekende vertaalslag zorgt er vervolgens voor dat artsen in feite geen extra prikkels hebben om zorggebruik te verminderen en dat ook minder snel zullen doen (Done, Herring, and Xu 2019; Oakes, Sen, and Segal 2020; Roberts, Hatfield, et al. 2018; Roberts, McWilliams, et al. 2018). Tot slot wordt er ook nog aandacht besteed aan het belang van ziekenhuizen om daadwerkelijk een allesomvattend bedrag vooruit te betalen. In Maryland werden er jaarlijkse budgetten afgesproken, maar ziekenhuizen kregen nog steeds betaald per bezoek en werden geacht de prijs van het bezoek aan te passen op basis van het budget. Dit kost tijd en wordt ook genoemd als belemmerende factor in het realiseren van besparingen (Roberts, Hatfield, et al. 2018).

5.2 Leerpunten vanuit de Nederlandse context

Uit de Nederlandse literatuur en de focusgroepen zijn een aantal randvoorwaarden benoemd die relevant zijn voor het slagen van een implementatie van populatiebekostiging en die specifiek voor de Nederlandse situatie van toepassing lijken.

- Een belangrijke rol van de overheid wordt genoemd bij de implementatie van alternatieve bekostigingsvormen binnen de Nederlandse proeftuinen: de steun van de overheid is een goede aanmoediging geweest en heeft draagvlak gecreëerd voor initiatieven die in het veld genomen worden. Maar echte contractinnovaties zijn waarschijnlijk achter gebleven omdat er te weinig ruimte is om van zorgstandaarden af te wijken en maatwerk te leveren (KiZ 2016).

- Voor verandering zijn meerdere partijen nodig, waarbij het gemeenschappelijke belang centraal wordt gesteld. Naast de overheid, is er ook een rol voor zorgverzekeraars, om *shared savings* afspraken te maken en om over de lange termijn en financiering van preventie na te denken.
- Op basis van evaluatie van de proeftuinen heeft het RIVM acht leidende principes geformuleerd die belangrijk zijn om een regionaal samenwerkingsinitiatief zowel qua structuur als proces goed in te richten en te komen tot een beweging van een “zorgsysteem” naar een “gezondheidssysteem”. De proeftuinen die stapsgewijs hebben ingezet op deze acht leidende principes, boekten de meeste vooruitgang richting een gezondheidssysteem. Hierbij lijkt met name de inzet op drie leidende principes – te weten draagvlak voor een gezamenlijke visie, onderling begrip en vertrouwen en leiderschap – relevant. De regio’s die doorgroeiden naar een breder netwerk van actoren en domeinoverstijgende interventies ontwikkelden met bijbehorende bekostigingsvormen leken met name op deze principes te verschillen van de regio’s waarbij deze ontwikkelingen (nog) niet plaatsvonden en vooral kleinere projecten met een beperkter bereik en impact gerealiseerd werden.
- Het komen tot bekostigingshervormingen bleek te complex binnen de proeftuinen. Onzekerheid en gebrek aan urgentie worden hierbij genoemd als reden en het feit dat het gevoel van urgentie bij bestuurders nog niet opweegt tegen de financiële risico’s die zij ervaren. De beweging kan worden versneld door het verhogen van de *sense of urgency*, met ondersteuning vanuit de overheid en input van de rol en perspectieven van de burger. Daarnaast sluiten huidige vormen van bekostiging in het zorgsysteem, bijvoorbeeld bekostiging per zorgactiviteit, niet één op één aan bij de doelen en gedachten van de andere betalingsvormen zoals populatiebekostiging. Aandacht voor de risico’s, een veilige omgeving om te experimenteren met populatiebekostiging en verschillen in contractvormen is dus van groot belang voor toekomstbestendige implementatie.
- Het invoeren van populatiebekostiging vraagt een andere vorm van samenwerking tussen verschillende partijen. Hierbij dient aandacht te zijn voor culturele verschillen, historisch gegroeide hiërarchische verhoudingen en focusverschillen, maar ook succesfactoren, zoals influencers, vertrouwen en wederzijdse afhankelijkheid. Volg hierbij een stapsgewijze aanpak vanuit een gezamenlijke populatiegerichte visie. Start hierbij met investeren in draagvlak vanuit een gezamenlijke visie, creëer vertrouwen en leer elkaars rollen kennen, en zorg voor het benodigde leiderschap. Dit kan worden opgebouwd aan de hand van concrete gezamenlijke interventies, waarbij nog geen structurele/fundamentele veranderingen in financiering -en/of kennisinfrastructuur worden gevraagd. Start niet vanuit een bekostigingshervorming of een breed regionaal plan zonder deze randvoorwaarden. Het risico bestaat dat door grote onzekerheden of grote investeringen gevraagd draagvlak en energie afnemen.
- Een goede (regionale) informatie- en kennisinfrastructuur om alle stakeholders van de juiste informatie te voorzien. Vooral wanneer meerdere domeinen (zorg, welzijn, bedrijfsleven en onderwijs) gaan samenwerken dient hier vooraf goed over nagedacht te worden. Het betreft hierbij zowel de inhoudelijke data van patiënten voor communicatie tussen zorgverleners en andere betrokkenen, als ook juiste informatie voor zorgverzekeraars.
- Doelen moeten duidelijk beschreven zijn. Zo kunnen meerjarige contracten de ruimte bieden om bijvoorbeeld de productie te verlagen zonder dat dit direct gevolgen heeft voor het budget voor het volgende jaar. Maar wanneer de focus vooral ligt op kostenreductie kan een innovatie

(zoals populatiebekostiging) een averechts effect hebben, aangezien zorgverleners van nature gedreven worden door het leveren van goede kwaliteit van zorg en zij gemotiveerd zijn tot aanpassingen, wanneer deze aanpassingen worden ingezet om kwaliteit te verbeteren.

- Vertrouwen in de diverse partijen, waarbij vooral het vertrouwen tussen zorgverzekeraars en (organisaties van) zorgverleners van belang is. Eerdere ervaringen en succesvolle hervormingsinitiatieven dragen bij aan het vertrouwen bij de opzet en de uitvoering van alternatieve bekostigingsinitiatieven. Uit de proeftuinen bleek dat als zorgverzekeraars en zorgverleners het niet eens konden worden over de besteding van *shared savings* dit een negatief effect had op het vertrouwen tussen de belanghebbenden.
- Het is van belang oog te hebben voor de risico's die bij de verschillende partijen komen te liggen bij populatiebekostiging. Met name kleinere aanbieders kunnen meer risico lopen omdat ze potentieel te weinig financiële reserves hebben. Dit kan bereidheid tot participatie in de weg staan.
- Uit verschillende Nederlandse voorbeelden en de focusgroepen kwam naar voren dat leiderschap en intrinsieke motivatie van zorgprofessionals en zorgorganisaties belangrijke randvoorwaarden zijn. Risicobereidheid en intrinsieke motivatie van zorgaanbieders dienen gestimuleerd te worden, bijvoorbeeld door zorgaanbieders vrijheid te geven om de zorg te reorganiseren. Daarnaast kan intrinsieke motivatie ook voortkomen uit een goede vertrouwensband, een cultuur van veranderingsbereidheid of leiderschap binnen de organisatie.

6. Beschouwing en aanbevelingen

6.1 Conclusie

Dit rapport beschrijft een verkennend onderzoek naar toepassingsgebieden en randvoorwaarden voor populatiebeposting. Daarin staat centraal wat in de literatuur aan voorbeelden bekend is en wat we daarvan kunnen leren. Daarvoor is gebruik gemaakt van literatuuronderzoek en focusgroepen, en we hebben onze bevindingen vervolgens geanalyseerd op hun beleidsmatige relevantie.

Onze studie van de wetenschappelijke literatuur laat zien dat de internationale ervaringen met populatiebeposting bemoedigend zijn. Er lijkt sprake van enige beheersing van de groei van de kosten en de kwaliteit blijft geborgd. Het Nederlandse bewijs wijst in dezelfde richting. Twee focusgroepen hebben gereflecteerd op de bevindingen; zij bevestigen dit beeld, maar zien daarnaast (vormen van) populatiebeposting ook als wenselijk en kansrijk om de zorg meer op preventie te oriënteren. Populatiebeposting moet een middel zijn, geen doel op zichzelf. De gevonden randvoorwaarden kunnen richting geven aan beleid voor bredere toepassing van populatiebeposting. Paragraaf 6.2 presenteert een beleidsmatige analyse van de resultaten en in paragraaf 6.3 geven we aanbevelingen voor beleid en onderzoek.

6.2 Beleidsmatige analyse

Het feit dat populatiebeposting zich maar mondjesmaat verspreidt in Nederland duidt op barrières. De focus van dit onderzoek lag niet zozeer op het in kaart brengen en opheffen van deze barrières, maar een aantal zaken kwamen zeker terug in ons onderzoek. Beleidsmakers lijken een rol te hebben bij het (helpen) oplossen van enkele cruciale vraagstukken rondom populatiebeposting. Op metaniveau spelen vier vraagstukken: 1) Wat is populatiebeposting en welke problemen moet het oplossen; 2) Hoe bed je populatiebeposting in het huidige systeem in, zonder dat dit gepaard gaat met een grote administratieve last; 3) Hoe zorg je voor voldoende prikkels voor de zorginkopers; en 4) Hoe bevorder je de samenwerking tussen aanbieders (tussen en binnen de verschillende domeinen zoals zorg, welzijn, bedrijfsleven en onderwijs) wanneer hun eigen belangen in het geding komen?

AD1. Wat is populatiebeposting en welke problemen moet het oplossen?

Wat behelst populatiebeposting nu feitelijk en welke problemen kan het oplossen, of is het juist een oplossing op zoek naar een probleem? Op dit moment bestaat hierover geen eenduidig beeld. Populatiebeposting wordt onder meer gezien als een manier om (meer) preventie te organiseren vanuit het curatieve domein; om af te komen van volumeprikkels en zo kwaliteit meer centraal te stellen; om samenwerking te bevorderen (inclusief een meer regionale aanpak); of om op de kosten te besparen. De focus ligt daarbij veelal meer op de eerste lijn dan op de medisch-specialistische zorg. Beleidsmakers zouden duidelijker moeten zijn over het precieze doel van populatiebeposting en welk probleem ze daarmee beogen op te lossen. Een voorbeeld kan zijn het beter ondersteunen van specialistische zorg in de thuissituatie voor mensen met (zwaardere) en meerdere chronische aandoeningen. We kunnen bijvoorbeeld denken aan kwetsbare ouderen, waarmee in Portland goede ervaringen zijn opgedaan, en aan mensen in de palliatieve fase. Hier is momenteel sprake van hiaten en fragmentering in de financiering. In theorie kan populatiebeposting hiervoor een oplossing bieden.

AD2. Hoe introduceer je populatiebekostiging in het systeem, zonder een grote administratieve last?

Het tweede vraagstuk betreft de technische complexiteit om de populatiebekostiging in te bedden binnen de vigerende financiële instituties. Voor populatiebekostiging is nodig: 1) een afgebakende populatie; 2) een benchmark voor de daarmee gemoeide kosten (normatief, historisch of op basis van risicokarakteristieken van de populatie); en 3) systemen die de kwaliteit borgen, bijvoorbeeld door hiervoor te belonen middels *shared savings*.

Populatiebekostiging speelt momenteel binnen het totaal van prestatiebeschrijvingen een beperkte rol. Een-op-een komt populatiebekostiging niet terug in prestatieomschrijvingen, maar het huidige inschrijftarief voor de huisartsgeneeskunde en voor multidisciplinaire zorg voor chronische aandoeningen sluiten hier tot op zekere hoogte wel aan op populatiebekostiging. In theorie zou men kunnen doorschakelen naar meer volwaardige vormen van populatiebekostiging door het inschrijvingstarief een veel groter aandeel in de totale bekostiging te geven, deze beter te stratificeren naar risicokenmerken van de populatie en te laten variëren met prestaties op het terrein van populatiemanagement. In de praktijk komt dit ook neer op een beperking van de contracteerruimte voor zorgverzekeraars die zich nu immers vooral richten op de prestaties buiten het inschrijvingstarief. De huisartsgroepen blijven relevant als integrator voor de zorgverbeteringen die hiermee worden beoogd. Binnen de medisch-specialistische zorg, de geestelijke gezondheidszorg, de farmacie, de langdurige zorg en ook een groot deel van het sociaal domein (maatwerkvoorzieningen) ontbreekt op dit moment een natuurlijke institutionele aansluiting met de principes van populatiebekostiging. Er liggen bijvoorbeeld kansen bij langdurige en zware chronische zorg waarbij substantiële specialistische kennis onontbeerlijk is, denk aan de zorg voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen met FACT-teams, aan therapietrouw en medicatiemanagement en aan de zorg voor (kwetsbare) patiënten met meerdere complexe aandoeningen (poli's voor high-need, high cost groepen).

Risicoverevening is ook te zien als een vorm van populatiebekostiging, maar dan op het niveau van zorgverzekeraars en zonder de bedoeling om te sturen. Wel is de huidige risicoverevening deels afhankelijk van zorgdeclaraties (DBC's) die minder passend zijn in een model met populatiebekostiging. Om deze reden is het niet wenselijk de risicoverevening te transformeren tot populatiebekostiging. Integendeel, als de risicocorrecties binnen de populatiebekostiging op orde zijn, en daar vervolgens verbindingen met populatiemanagement en passende zorg worden gelegd, wordt het misschien juist makkelijker om de risicoverevening door te ontwikkelen en haar kerntaak – het realiseren van een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars en het voorkomen van prikkels voor risicoselectie – te borgen.

Desalniettemin betekent het feit dat het aantal 'haakjes' voor populatiebekostiging binnen de huidige prestaties beperkt is, dat de introductie van populatiebekostiging primair afhankelijk is van de uitkomsten van de zorginkoop door zorgverzekeraars. De zorgprestaties dienen in dat soort gevallen als een manier om én aan de zorgprestatie te voldoen, én tegelijkertijd aan het contract voor de populatiebekostiging te voldoen. Dit zorgt voor extra (technische) complexiteit en transactiekosten die in de alledaagse praktijk als stevige barrières kunnen gelden. Het lijkt wenselijk hier expliciet aandacht aan te besteden. Indien meer vormen van populatiebekostiging wenselijk worden geacht, dan moeten de transactiekosten naar beneden.

AD3. Hoe zorg je voor voldoende prikkels dat zorginkopers inzetten op populatiebekostiging?

Congruente inkoop vormt een randvoorwaarde voor de invoer van populatiebekostiging. Hoe steviger,

gedifferentieerder en inhoudelijker wordt gestuurd via (populatiegerichte) contracten, hoe meer problemen zorgprofessionals kunnen ondervinden in hun dagelijks werk. Zij zijn vanwege hun beroepsethiek immers veelal niet bereid om hun behandelingen te differentiëren op basis van dit soort afspraken: alle patiënten of cliënten hebben recht op dezelfde behandeling in soortgelijke omstandigheden. Verzekeraars en andere inkopers (gemeenten, zorgkantoren) hebben echter niet altijd belang bij een (volledig) congruente inkoop. Reden hiervoor is dat verzekeraars goede zorg zo goedkoop mogelijk in moeten kopen voor hun verzekerden en dus niet voor een bredere populatie. Door niet mee te doen kunnen ze bijvoorbeeld transactiekosten vermijden en indirect wel profiteren van een dalend zorgvolume als gevolg van dit type contracten; of – op een hoger abstractieniveau – populatiegericht werken sluit niet aan bij hun strategie of visie op zorg.

AD4. Hoe bevorder je de samenwerking tussen aanbieders?

Bij zorgaanbieders speelt iets soortgelijks. De meeste zorgorganisaties bedienen met hun zorg maar een deel van een (specifieke) populatie. Er moet dus samengewerkt worden en net als aan de inkoopkant spelen er dan belangen. De populatiegerichte benaderingen zijn er in de regel op gericht om intensievere zorg te voorkomen. Binnen het huidige landschap kan dat leiden tot botsingen. De meeste bronnen om nieuwe zorgmodellen te organiseren en te financieren zitten bij de organisaties die (langdurig) intensieve zorg leveren: (categorale) ziekenhuizen, verpleeghuizen en andere woonvormen. De moeizame transformatie in de geestelijke gezondheidszorg waar het aantal bedden (te) snel is afgebouwd, terwijl de opbouw van extramurale en populatiegerichte expertise achter bleef, illustreert dat zo'n transformatie een uitdaging vormt. In een andere vorm speelt hetzelfde bij de integrale geboortezorg, waar juist de verloskundigen bang lijken voor het grotere ziekenhuis.

Indien gekozen wordt voor een strategie van geleidelijke introductie van meer populatiebekostiging, schetst tabel 4 de mogelijke aanpak op de bovenstaande vraagstukken. Bij transformaties in complexe systemen is complementariteit tussen de verschillende beleidsinstrumenten van groot belang. Uiteraard is het nuttig om via lerende evaluaties introducties van populatiebekostiging goed te volgen, zodat noodzakelijke aanpassingen snel kunnen worden genomen.

Tabel 4: Op weg naar meer populatiebekostiging

	Mechanismen	Instrumentarium
Waarom populatiebekostiging?	Samenwerking Geen volume prikkel Aanpak multimorbiditeit Populatiemanagement	Onderdeel beleidsvorming
Technische complexiteit	Standaardisering Data-uitwisseling Minder betaaltitels	Geef technische assistentie Sluit aan bij bestaande prestaties waar dat kan Ontwikkel risicostatificatie/verevening Werk met beperkt aantal relevante/bestaande indicatoren om kwaliteit te volgen
Congruente inkoop	Contractering Meer lumpsum Transparantie naar verzekerden	Maak modelcontracten beschikbaar Werk met integrator / <i>trusted third-party</i> (TTP)
Zorgaanbod	Nieuwe zorgmodellen Populatiebekostiging	Vergroting reikwijdte van inschrijftarieven Aanheemsommen die variëren met prestaties Neerwaartse budgettaire risico's

6.3 Aanbevelingen en vervolgonderzoek

Veel van de door ons bestudeerde voorbeelden van populatiebekostiging zijn positief en dit biedt potentie voor toepassing in Nederland. Tegelijkertijd is populatiebekostiging ook weer niet een panacee voor alle problemen met betaalbaarheid, kwaliteit en toegang tot zorg. Het is wel een strategie die mogelijk kan bijdragen om de groei van de zorguitgaven af te remmen. In die zin is dit onderzoek te lezen als een aansporing voor meer populatiebekostiging. Dat gaat niet vanzelf. Er zijn veel factoren die de invoering en de effecten kunnen beïnvloeden. Het in kaart brengen van deze factoren is belangrijk voor de werkzaamheid van deze bekostiging, en daarmee de wenselijkheid ervan. Op basis van de analyse van de verschillende bronnen die in voorgaande hoofdstukken zijn beschreven doen wij hieronder een aantal specifieke aanbevelingen voor beleidsmakers. Dit betreft zowel algemene aanbevelingen rondom de invoering van populatiebekostiging, alsmede aanbevelingen voor de verdere inkadering van dergelijke modellen in de Nederlandse context

Aanbevelingen ten aanzien van de populatiebekostiging

- Zorg dat de prikkels richting betaalbaarheid sterk genoeg zijn. Dit betekent dat een substantieel deel van besparingen dient te worden aangewend voor lagere premies of betere zorg. Dit moet duidelijk vastgelegd worden.
- Vereenvoudig administratieve afhandelingen. Uit de voorbeelden die eerder in dit rapport zijn beschreven blijkt dat experimenten in veel gevallen leiden tot extra administratieve lasten en dat vormt een risico voor het behouden van het draagvlak. Dit betreft onder andere schaduwboekhouding en het ontbreken van congruente inkoop.
- Zorg voor borging van de kwaliteit van zorg en een objectieve vaststelling van de zorgvraag. Zonder kwaliteitsborging bestaat het risico op bijvoorbeeld onderbehandeling, afwenteling of wachttijden. De koppeling aan kwaliteit is belangrijk, maar niet als vanzelf gegarandeerd. Invoering van populatiebekostiging dient gekoppeld te worden aan (bestaande) kwaliteitsregistraties en geëvalueerd te worden.
- Betrek zorgverleners bij ontwikkeling, implementatie en evaluatie van populatiebekostiging. Populatiebekostiging is ook een financieel raamwerk om anders werken mogelijk te maken.
- Alleen populatiebekostiging is niet genoeg om de beoogde omslag naar meer preventie en samenwerking van de grond te krijgen. Veel voorbeelden van populatiebekostiging schrijven succes toe aan de combinatie van een andere vorm van bekostiging samen met bijvoorbeeld kwaliteitsinitiatieven en randvoorwaarden om dit mogelijk te maken. De verwachting is dat het effect van populatiebekostiging toeneemt als deze in complementariteit met andere instrumenten en activiteiten wordt ingezet.

Aanbevelingen voor de overheid

- Neem een proactieve houding aan als kartrekker/facilitator in het stimuleren en faciliteren van (experimenten met) populatiebekostiging. Motiveer initiatiefnemers en communiceer actief de wens voor nieuwe vormen van bekostiging en ondersteun deze openlijk.
- De overheid kan *soft constraints ontwikkelen*, die invoering van populatiebekostiging makkelijker maken. Dit kan helpen om eenduidigheid te faciliteren en adequate financieel-institutionele randvoorwaarden voor samenwerken aan kwaliteit te creëren. Een voorbeeld hiervan zijn behulpzame modelcontracten (gericht op coördinatie inkoop). Er is geen optimale vormgeving van deze contracten, aangezien de voorbeelden uit Nederland beperkt zijn en toegepast in verschillende contexten. Hiertoe dienen meer experimenten te worden

uitgevoerd waarbij de werkingsmechanismen van de contracten en de effecten op kwaliteit en doelmatigheid goed geëvalueerd dienen te worden.

- Zorg voor *technical assistance*. Faciliteer regio's die zelf niet over de middelen of over kennis beschikken die komt kijken bij domein overstijgend werken.
- Borg dat de benodigde gegevens landelijk uniform zijn en op één plaats toegankelijk voor alle partijen. De kwaliteitsuitkomsten van dit soort contracten moeten ook voor patiënten en verzekerden makkelijk toegankelijk zijn, bijvoorbeeld via de polis of een onafhankelijke centrale website.
- Voer experimenten uit met populatiebeposting bij verschillende doelgroepen en evalueer deze. In Nederland zijn beperkt experimenten uitgevoerd. Experimenten zouden zich moeten richten op de effecten op langere termijn, bij verschillende doelgroepen en op uitkomsten van zorg en patiëntervaringen. Daarnaast dient verder onderzocht te worden welke prikkels (en risico's) bijdragen aan de uitvoering (bijvoorbeeld samenwerking) en de effecten.
- Een meer pragmatische manier om de huidige bepostiging meer op populaties te oriënteren bestaat uit het vergroten van de vaste componenten daarbinnen, zoals inschrijftarieven, beschikbaarheidsbijdragen etc. Zorgverzekeraars kunnen dan flexibele afspraken over de daarmee gemoeide prestaties maken.

Bijlage 1. Zoekstrategie

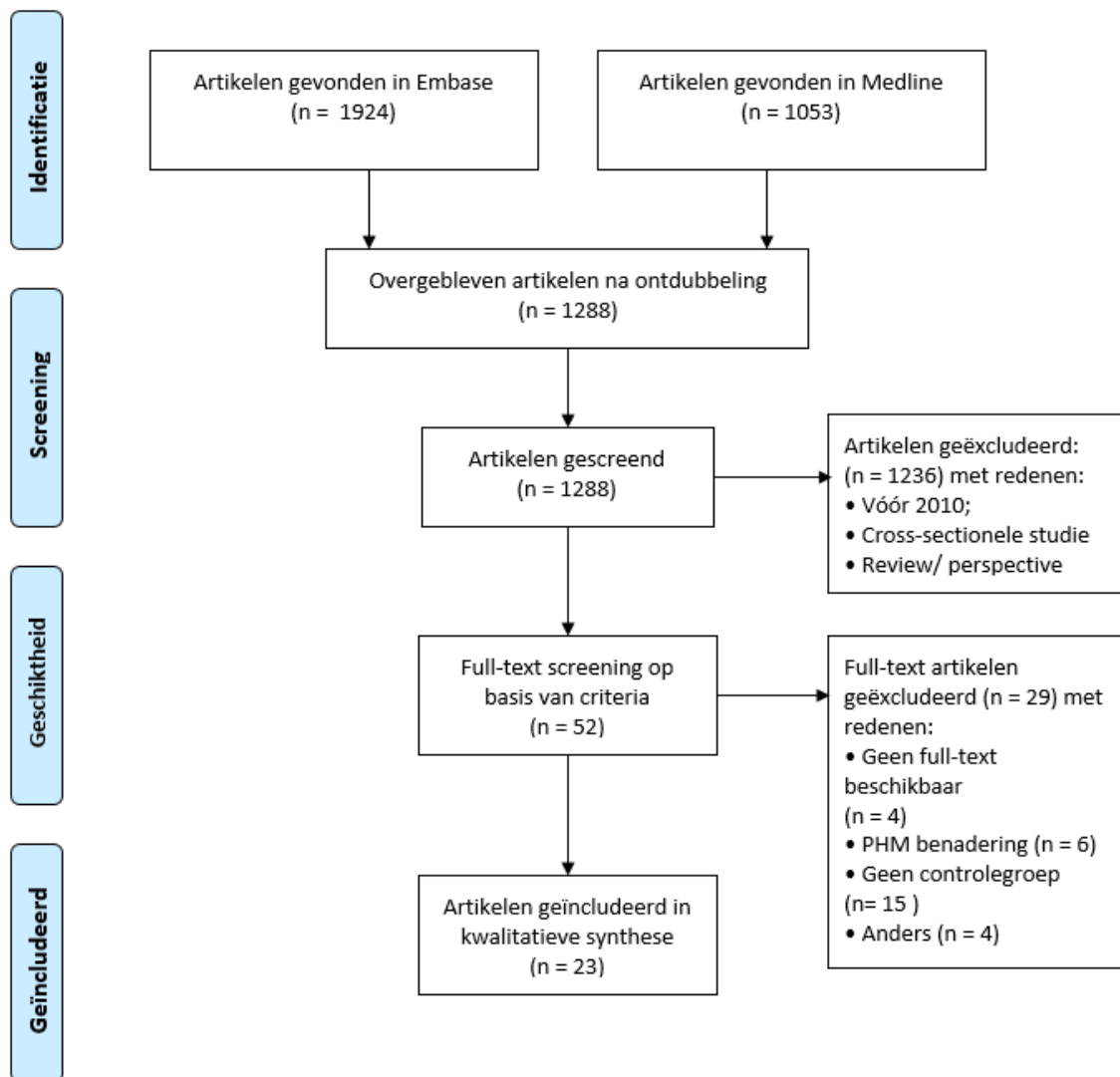
Search Medline

#	Searches
1	((Population adj4 financing) or (population adj4 funding) or capitation or global budget or population health management).ab,ti,kf.
2	#2: (Cost or Costs or Expenditure* or hospitalization* or hospitalisation or Utili#ation or spending or rehospitali#ation*).ab,ti,kf.
3	#3: exp quality improvement/ or (Quality or QoL or HRQoL).ab,ti,kf
4	#1 and (#2 OR #3) – filter toegepast: artikelen vanaf 01/01/2000

Search EMBASE

#	Searches
1	((Population adj4 financing) or (population adj4 funding) or capitation or global budget or population health management).ab,ti,kw.
2	(Cost or Costs or Expenditure* or hospitalization* or hospitalisation or Utili#ation or spending or rehospitali#ation*).ab,ti,kw.
3	exp quality improvement/ or (Quality or QoL or HRQoL).ab,ti,kw.
4	#1 and (#2 OR #3) – filter toegepast: artikelen vanaf 01/01/2000 & conference abstract status

Bijlage 2. PRISMA flow diagram



Bijlage 3. Websites grijze literatuur

- www.skipr.nl
- www.zorgvisie.nl
- www.lexusnexus.nl
- www.rivm.nl
- www.NZA.nl
- www.proscoop.nl
- www.rosrobuust.nl
- www.blauwezorg.nl
- www.medischcontact.nl
- www.rijksoverheid.nl
- www.mijnzorg-ozl.nl
- www.invoorzorg.nl
- www.lhv.nl
- www.defriesland.nl
- hguusschrijvers.nl
- www.zorgbelang-fryslan.nl
- www.zorgbelanginclusief.nl
- www.goedleven.nl
- www.proscoop.nl
- www.de-eerstelijns.nl
- www.menzis.nl
- www.onzehuisartsen.nl
- optimedis.nl
- www.mch-s.nl
- www.zorgbelang-brabant.nl
- www.sge.nl
- zorgbelang-brabant.nl
- versterkingeerstelijns.nl
- dohnet.nl
- www.vitaalvechtdal.nl
- www.saxenburgh.nl
- www.proeftuinruwaard.nl
- www.samenbeter.org
- www.platform31.nl
- www.de-eerstelijns.nl
- www.invoorzorg.nl

Bijlage 4. Deelnemers focusgroepen

	Naam	Organisatie
1	Hans Peter Jung	Huisarts Afferden
2	Jeroen Struijs	RIVM / LUMC
3	Marc Bruynzeels	LUMC / Jan van Es instituut
4	Betty Steenkamer	RIVM / Tilburg University
5	Leoni Voragen	HealthKiC
6	Susanne Smits	Robuust
7	Misja Mikkers	NZa / Tilburg University
8	Rianne Runhaar	Proscoop
9	Rene Groot Koerkamp	Menzis

Literatuur

- Afendulis, C. C., A. M. Fendrick, Z. Song, B. E. Landon, D. G. Safran, R. E. Mechanic, and M. E. Chernew. 2014. 'The impact of global budgets on pharmaceutical spending and utilization: early experience from the alternative quality contract', *Inquiry : a journal of medical care organization, provision and financing*, 51.
- Bowles, S. 2017. *The moral economy* (Yale University Press: London).
- Boyd, C. M., J. Darer, C. Boulton, L. P. Fried, L. Boulton, and A. W. Wu. 2005. 'Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance', *JAMA*, 294: 716-24.
- Busse, R., and J. Stahl. 2014. 'Integrated care experiences and outcomes in Germany, the Netherlands, and England', *Health Affairs*, 33: 1549-58.
- Chien, A. T., Z. Song, M. E. Chernew, B. E. Landon, B. J. McNeil, D. G. Safran, and M. A. Schuster. 2014. 'Two-year impact of the alternative quality contract on pediatric health care quality and spending', *Pediatrics*, 133: 96-104.
- Delanois, R. E., J. I. Etcheson, I. M. Davila Castrodad, N. S. Mohamed, A. N. Pollak, and M. A. Mont. 2019. 'Influence of the Maryland All-Payer Model on Primary Total Knee Arthroplasties', *JB & JS Open Access*, 4: e0041.
- Delanois, R. E., W. A. Wilkie, N. S. Mohamed, E. A. Remily, A. N. Pollak, and M. A. Mont. 2020. 'The Affordable Care Act and Global Budget Revenue: The Impact on Total Hip Arthroplasties', *Journal of Arthroplasty*, 35: 2791-97.
- Done, N., B. Herring, and T. Xu. 2019. 'The effects of global budget payments on hospital utilization in rural Maryland', *Health Services Research*, 54: 526-36.
- Drewes, H., R. Heijink, J. N. Struijs, and C. Baan. 2014. "Landelijke monitor populatiemanagement. Deel 1: beschrijving proeftuinen." In. Utrecht: RIVM.
- Drewes, H., N. Van Vooren, B. Steenkamer, P. Kemper, R. J. P. Hendriks, and C. Baan. 2018. "Regio's in beweging naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem. Landelijke monitor proeftuinen-reflectie op 5 jaar proeftuinen." In. Utrecht: RIVM.
- Gaspar, K., F. Portrait, E. van der Hijden, and X. Koolman. 2020. 'Global budget versus cost ceiling: a natural experiment in hospital payment reform in the Netherlands', *European Journal of Health Economics*, 21: 105-14.
- Gastone, P., C. Fabrizia, M. Homere, F. Cacciola, M. Alberto, and D. L. Nicola. 2004. 'Chronic subdural hematoma: results of a homogeneous series of 159 patients operated on by residents', *Neurol India*, 52: 475-7.
- Godin, K., J. Stapleton, S. I. Kirkpatrick, R. M. Hanning, and S. T. Leatherdale. 2015. 'Applying systematic review search methods to the grey literature: a case study examining guidelines for school-based breakfast programs in Canada', *Syst Rev*, 4: 138.
- Hayen, A. 2018. "Shared savings and patient cost-sharing in the Dutch health care system." In.: Tilburg University.
- Jeurissen, PP. 2010. "For-profit hospitals: a comparative and longitudinal study of the for-profit hospital sector." In. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Jones, C., K. Finison, K. McGraves-Lloyd, T. Tremblay, M. K. Mohlman, B. Tanzman, M. Hazard, S. Maier, and J. Samuelson. 2016. 'Vermont's Community-Oriented All-Payer Medical Home Model Reduces Expenditures and Utilization While Delivering High-Quality Care', *Population Health Management*, 19: 196-205.
- Kantarevic, J., and B. Kralj. 2014. 'Risk selection and cost shifting in a prospective physician payment system: evidence from Ontario', *Health Policy*, 115: 249-57.
- KiZ, Kwaliteit in Zorg:. 2016. "Shared savings in de transmurale ketenzorg." In.
- Malmlose, M., K. Mortensen, and C. Holm. 2018. 'Global budgets in Maryland: early evidence on revenues, expenses, and margins in regulated and unregulated services', *International Journal of Health Economics and Management*, 18: 395-408.
- Navathe, A. S., E. J. Emanuel, A. Bond, K. Linn, K. Caldarella, A. Troxel, J. Zhu, L. Yang, S. E. Matloubieh, E. Drye, S. Bernheim, E. O. Lee, M. Mugiishi, K. T. Endo, J. Yoshimoto, I. Yuen, S. Okamura, M. Stollar, J. Tom, M. Gold, and K. G. Volpp. 2019. 'Association Between the Implementation of a Population-Based Primary Care Payment System and Achievement on Quality Measures in Hawaii', *JAMA*, 322: 57-68.
- Oakes, A. H., A. P. Sen, and J. B. Segal. 2020. 'The impact of global budget payment reform on systemic overuse in Maryland', *Healthcare*, 8: 100475.

- Peele, P., D. Keyser, J. Lovelace, and D. Moss. 2018. 'Advancing Value-Based Population Health Management Through Payer-Provider Partnerships: Improving Outcomes for Children With Complex Conditions', *Journal for Healthcare Quality*, 40: e26-e32.
- Pimperl, A., T. Schulte, A. Muhlbacher, M. Rosenmoller, R. Busse, O. Groene, H. P. Rodriguez, and H. Hildebrandt. 2017. 'Evaluating the Impact of an Accountable Care Organization on Population Health: The Quasi-Experimental Design of the German Gesundes Kinzigtal', *Population Health Management*, 20: 239-48.
- Pines, J. M., S. Vats, M. S. Zocchi, and B. Black. 2019. 'Maryland's Experiment With Capitated Payments For Rural Hospitals: Large Reductions In Hospital-Based Care', *Health Affairs*, 38: 594-603.
- Ren, A., B. Golden, F. Alt, E. Wasil, M. Bjarnadottir, J. M. Hirshon, and L. Pimentel. 2019. 'Impact of Global Budget Revenue Policy on Emergency Department Efficiency in the State of Maryland', *The Western Journal of Emergency Medicine*, 20: 885-92.
- RIVM. 2020. "Integrale bekostiging van de geboortezorg: ervaringen na drie jaar en de eerste zichtbare effecten." In. Utrecht: RIVM.
- Roberts, E. T., L. A. Hatfield, J. M. McWilliams, M. E. Chernew, N. Done, S. Gerovich, L. Gilstrap, and A. Mehrotra. 2018. 'Changes In Hospital Utilization Three Years Into Maryland's Global Budget Program For Rural Hospitals', *Health Affairs*, 37: 644-53.
- Roberts, E. T., J. M. McWilliams, L. A. Hatfield, S. Gerovich, M. E. Chernew, L. G. Gilstrap, and A. Mehrotra. 2018. 'Changes in Health Care Use Associated With the Introduction of Hospital Global Budgets in Maryland', *JAMA Internal Medicine*, 178: 260-68.
- Sarma, S., N. Mehta, R. A. Devlin, K. A. Kpelitse, and L. Li. 2018. 'Family physician remuneration schemes and specialist referrals: Quasi-experimental evidence from Ontario, Canada', *Health Economics*, 27: 1533-49.
- Sharp, A. L., Z. Song, D. G. Safran, M. E. Chernew, and A. Mark Fendrick. 2013. 'The effect of bundled payment on emergency department use: alternative quality contract effects after year one', *Academic Emergency Medicine*, 20: 961-4.
- Song, Z., S. Rose, D. G. Safran, B. E. Landon, M. P. Day, and M. E. Chernew. 2014a. 'Changes in health care spending and quality 4 years into global payment', *New England Journal of Medicine*, 371: 1704-14.
- . 2014b. 'Changes in health care spending and quality 4 years into global payment', *New England Journal of Medicine*, 371: 1704-14.
- Song, Z., D. G. Safran, B. E. Landon, M. B. Landrum, Y. He, R. E. Mechanic, M. P. Day, and M. E. Chernew. 2012a. 'The 'Alternative Quality Contract,' based on a global budget, lowered medical spending and improved quality', *Health Affairs*, 31: 1885-94.
- . 2012b. 'The 'Alternative Quality Contract,' based on a global budget, lowered medical spending and improved quality', *Health Affairs*, 31: 1885-94.
- Tinetti, M. E., S. T. Bogardus, Jr., and J. V. Agostini. 2004. 'Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions', *New England Journal of Medicine*, 351: 2870-4.
- van Dulmen, S., N. Standhouders, G. Westert, E. Wackers, and P. P. T. Jeurissen. 2020. "Op weg naar meer doelmatigheid in de medisch specialistische zorg. Rapport evaluatie veranderprogramma's Rivas Zorggroep en Bernhoven." In. Nijmegen: IQhealthcare.
- Vlaanderen, F. P., M. A. Tanke, B. R. Bloem, M. J. Faber, F. Eijkenaar, F. T. Schut, and P. P. T. Jeurissen. 2019. 'Design and effects of outcome-based payment models in healthcare: a systematic review', *European Journal of Health Economics*, 20: 217-32.
- Wieland, D., B. Kinosian, E. Stallard, and R. Boland. 2013. 'Does Medicaid pay more to a program of all-inclusive care for the elderly (PACE) than for fee-for-service long-term care?', *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences*, 68: 47-55.