

Ervaringen met de nieuwe financi

De nieuwe financiering van de huisartsenzorg en de multidisciplinaire zorg is inmiddels ingegaan. Er wordt al aardig geëxperimenteerd met de uitwerking van deze nieuwe vormen van bekostiging. Eén van de belangrijkste punten blijkt het vertrouwen tussen zorgverzekeraars en eerstelijns zorgorganisaties te zijn. Wat zijn verder zoal de ervaringen?

Op 1 januari van dit jaar is de nieuwe financiering van de huisartsenzorg en de multidisciplinaire zorg ingegaan. S1, S2 en S3 zijn inmiddels standaardvocabulaire. In hun eenvoud vormen de drie elementen een stapeling van de inrichting van de huisartspraktijk, de samenwerking met de relevante partners en de resultaten daarvan. Momenteel zien we in de uitwerking nog wat variatie op deze logische ordening. Het Jan van Es Instituut organiseert sinds de zomer van 2014 workshops rond deze nieuwe financiering (inmiddels vijf groepen met meer dan honderdtwintig deelnemers). In dit artikel delen we graag onze ervaringen, samengevat rond vier thema's.

cialisten en ziekenhuizen vragen, is een cruciale succesfactor. Of, zoals Hans Alders het formuleerde tijdens de recente JVEI-bestuurderstweedaagse: 'Indien je niet bereid bent om de uitkomst van de samenwerking te accepteren, ook als dat betekent dat jij de grootste gedragsverandering moet ondergaan, kun je er maar beter niet aan beginnen.' De combinatie van de duur van de samenwerking en de mate van gedeelde besluitvorming, zijn essentiële indicatoren van de vruchtbaarheid van de bodem om S3 *businesscases* te realiseren. Uit de workshops bleek dat in veel regio's de bodem nog niet vruchtbaar genoeg is.

geen risico loopt en de betaler het volledige risico, dan is er sprake van een *Fee for service*-systeem: vooraf wordt een prijs voor elke verrichting separaat vastgesteld. De aanbieder wordt betaald voor zijn inspanning en de verzekeraar loopt het risico van overproductie. Bij episodebekostiging neemt het risico voor de aanbieder iets toe door afspraken met onderaannemers, waarmee ook de mogelijkheid toeneemt om meer rendement te behalen door efficiëntievoordelen. Ook hier loopt de verzekeraar het risico van overproductie. Bij een *shared savings*-afspraken wordt een deel van het financiële risico verlegd naar de zorgaanbieder. De zorgaanbieder ontvangt een vergoeding voor de kosten van inspanning plus wat rendement, indien het resultaat is bereikt. De inspanning wordt vooraf niet vergoed waardoor de verzekeraar minder financieel risico loopt. De laatste vorm is de per capita-bekostiging waarin voor een populatie een totaalbedrag beschikbaar is en de zorgaanbieders met elkaar het volledige risico lopen om de noodzakelijke zorg te leveren. Hiermee wordt ook het verzekeringsrisico verlegd. S1 en S2 zijn inmiddels bekende mechanismen. Voor S3 is men momenteel zoekende naar de invulling voor *businesscases* en de *shared savings*-afspraken; deze vragen om verschuiving van het risico voor de inspanning naar de zorgaanbieder. Veel zorgaanbieders schrikken daar echter nog voor terug. Vanuit de gezondheidseconomische literatuur is echter duidelijk dat bij *shared savings* ook *shared* risico hoort!

Bij shared savings hoort ook shared risico



1 Een S3 *businesscase* kan niet zonder een geborgde S2 samenwerking

Uit de theorie van samenwerken en uit de evaluatie van de bijna zeventig "Op Eén Lijn"-projecten blijkt hoe belangrijk de duur van de samenwerking is. Hoe langer men samenwerkt (*shadow of the past*), hoe beter het resultaat. Maar ook: hoe meer gedeelde visie op de toekomst (*shadow of the future*), hoe beter het resultaat. Tevens geldt dat het resultaat verbetert, indien men overgaat tot gedeelde besluitvorming. Het ondergeschikt maken van de eigen autonomie aan de belangen van het collectief, zoals we nu massaal aan spe-



2 *Shared savings* impliceert *shared risk*

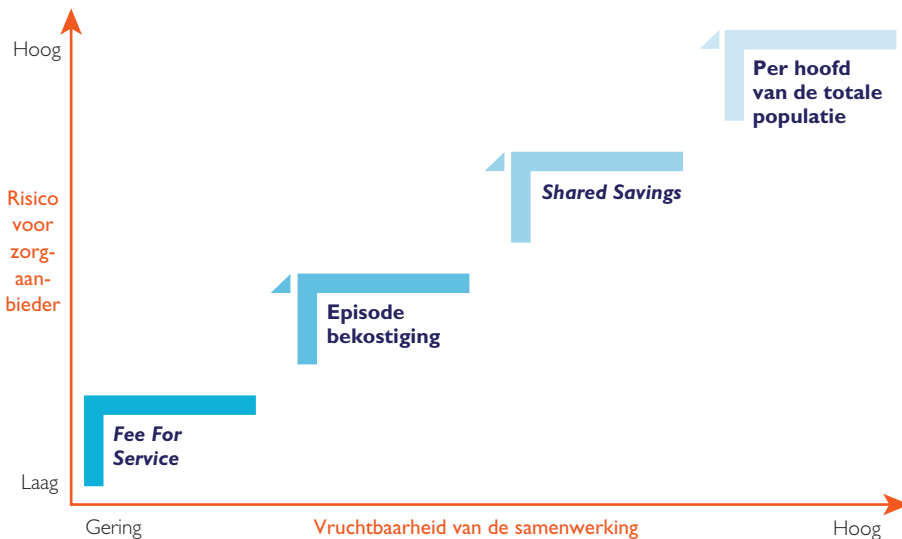
De ontwikkeling van de huidige eerstelijns bekostiging kent een fase-ring die in de literatuur wordt beschreven. Naast een gedegen samenwerking (*readiness of the organisational network*) is er de as van de mate van het financiële risico van de betaler tot de zorgaanbieder. Hiermee loopt gelijk op de mate van de financiële opbrengsten van de betaler naar de zorgaanbieder. Bij elk niveau van risicoverhouding tussen betaler en zorgaanbieder past een ander financieringsmechanisme (zie figuur 1). Indien de aanbieder

ering



JAN VAN ES INSTITUUT

Figuur 1: passend financieringsmechanisme afgezet tegen vruchtbaarheid van de samenwerking en risico voor zorgaanbieder



3 Gedeelde Return-On-Investment noodzaakt meerjarige contracten

Indien men beide bovenstaande constatering in ogenschouw neemt, is het aan de zorgaanbieders om ondernemerskeuzen te maken. En wat doet een ondernemer veelal: die kijkt waar de kansen in de markt liggen én waar de klant bereid is voor te betalen. In dit geval: wat is het belang van de verzekeraar? Want dat is de klant! Hiervoor dien je als eerstelijns onderneming goed zicht te hebben op de verdeling van gezondheid, ziekte en kosten in jouw populatie. Waar zitten de grootste “winstpakkers” in termen van gezondheid en kosten. Hiermee kun je de *Return-On-Investment* uitrekenen. Neem in de berekening de implementatiesnelheid mee. Geef een realistische weergave van de mate waarin de zorgvernieuwing wordt gerealiseerd; ervaring leert dat zorgvernieuwing een incubatietijd heeft van enkele maanden en dat vervolgens de verspreiding verloopt via de diffusiecurve van Rogers van 16 pro-

cent *innovators/early adopters* naar 33 procent *early majority* en 33 procent *late majority* (de “volgers”) met een restgroep: de achterblijvers. Een dergelijke implementatiesnelheid vraagt om meerjarenafspraken met realistische resultaatmomenten. Verschuiving van het investeringsrisico naar zorgaanbieders betekent dus zekerheid in de vorm van meerjarige afspraken.



4 Goede voorbeelden tonen “keep it simple”

Helaas blijkt het in Nederland nog niet goed mogelijk om te schuiven met financiering tussen de verschillende uitvoeringsregelingen. Binnen de Zvw lijkt verschuiving tussen eerste en tweede lijn mogelijk, maar verschuivingen tussen Zvw, WLZ en Wmo zijn nog een *no-go area*. En dat terwijl er veel winst te behalen is door een betere benutting van de Wmo in combinatie met risicopopulaties geïdentificeerd in de Zvw. *Businesscases* voor de eerstelijns organisaties zijn voorlopig gebonden aan in-

vesteringen en opbrengsten binnen de Zvw. Verzekeraars werken met een relatief korte tijdschors. Kortom, zoek naar *quickwins* binnen de Zvw en begin daarmee. Reeds beproefde voorbeelden in Nederland zijn te vinden voor de chronische aandoeningen, verbeterde diagnostiek of verschillende medicatiegerelateerde interventies. Een *businesscase* voor ouderenzorg over de keten heen, dus inclusief effecten op de intramurale zorg, lijkt vooralsnog niet te realiseren. Vertil je daar als eerstelijns organisatie niet aan, hoe belangrijk het ook is. Een belangrijk besproken knelpunt is de beschikbaarheid van de juiste data. Ons advies is om te starten met data die aanwezig zijn: bijvoorbeeld Open DISdata, verzoeken bij Vektis, in de eigen regio, het CBS, etc. Vervolgens kunnen de mogelijkheden in een vroegtijdig stadium met de verzekeraar afgetast worden.

Gelukkig blijkt, ondanks bovenstaande bedenkingen, dat er wel degelijk in Nederland wordt geëxperimenteerd met deze nieuwe vormen van bekostiging. De eerste voorbeelden en contracten zijn er. De verzekeraars lijken bereid mee te denken met die eerstelijns organisaties die de organisatie en de samenwerking op orde hebben. Dat is vrijwel overal het resultaat van een langdurig proces van vertrouwen bouwen. <<

Marc Bruijnzeels

Voor meer info, zie www.jvei.nl onder “Scholing” voor de cursusdata van de workshop Nieuwe Financiering Eerstelijnszorg

Beelden: Freeimages