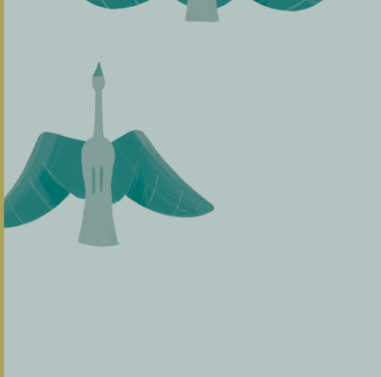
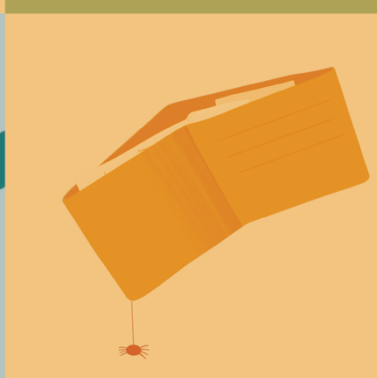
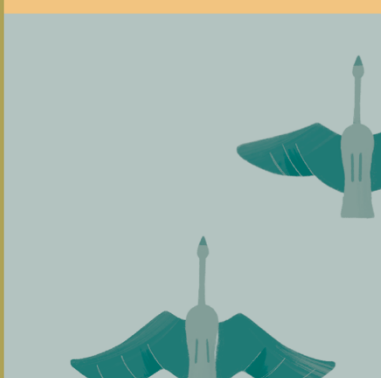
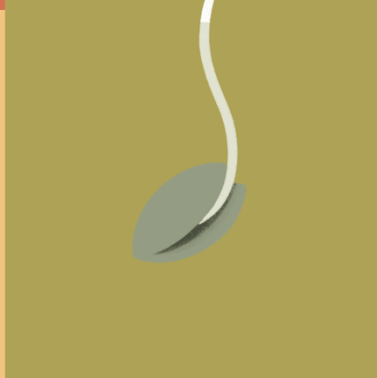
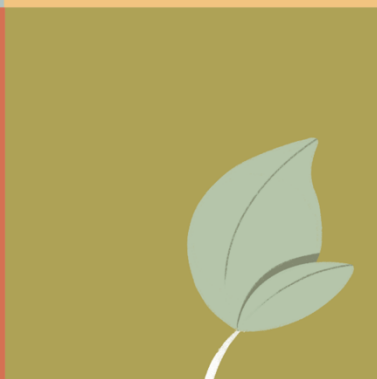
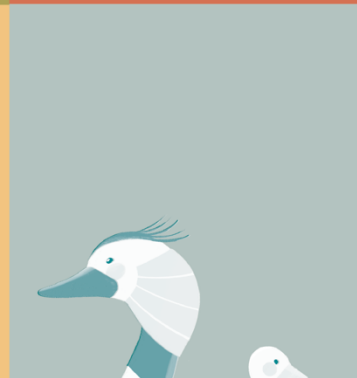
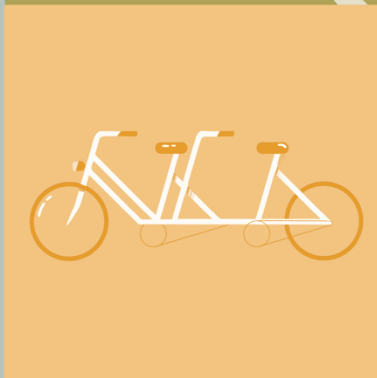
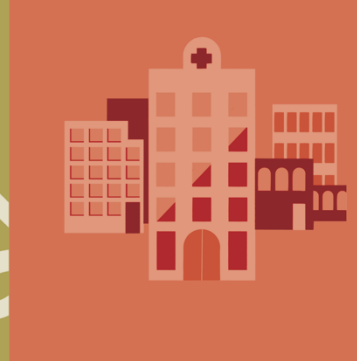


Ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging in de zorg: doen, leren en evalueren

Expertisecentrum BUNDLE



Ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging in de zorg: doen, leren en evalueren

Expertisecentrum BUNDLE

Auteurs

Daniëlle Cattel
Celine Hendriks
Frank Eijkenaar
Sander Steenhuis
Miel Vugts
Chandeni Gajadien
Jeroen Struijs

Erasmus School of
Health Policy
& Management



Health
Campus

Den
Haag

Colofon

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van ZonMw binnen het onderzoeksprogramma 'Uitkomstgericht organiseren en betalen' met projectnummer 516008005 en titel 'Betalen voor Uitkomsten in de Nederlandse medisch-specialistische zorg: Doen, Leren, Evalueren (BUNDLE)'.

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Cattel et al. (2023). Ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging in de zorg: doen, leren en evalueren. Rotterdam/Den Haag: ESHPM, Health Campus Den Haag en Expertisecentrum BUNDLE.

Auteurs

Daniëlle Cattel, Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM)

Celine Hendriks, Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM)

Frank Eijkenaar, Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM)

Sander Steenhuis, Health Campus Den Haag

Miel Vugts, RIVM

Chandeni Gajadien, Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM), Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Jeroen Struijs, Health Campus Den Haag, RIVM

Contact

Dr. Daniëlle Cattel (cattel@eshpm.eur.nl) of dr. Jeroen Struijs (j.n.struijs@lumc.nl)

Illustraties

Sophie Siemerink

Vormgeving

Niels van der Deijl

Publicatiedatum

1 december 2023

Met dank aan

De betrokkenen bij de geëvalueerde initiatieven voor hun lef om te durven experimenteren met alternatieve bekostiging; de respondenten, experts en projectleiders van de overige onderzoeksprojecten binnen het programma 'Uitkomstgericht organiseren en betalen' voor het delen van hun inzichten; de tegenlezers voor hun commentaar op eerdere versies van dit rapport; en de overige leden van Expertisecentrum BUNDLE voor hun bijdragen aan het onderzoek.

Samenvatting

De vraag naar zorg is momenteel al hoog en zal de komende jaren verder stijgen. Het is daarom van groot belang om de beperkte middelen in de zorg zo doelmatig mogelijk te benutten om zo de gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk en betaalbaar te houden, zonder concessies te doen aan de kwaliteit van zorg. Er bestaat brede consensus in zowel de politiek, het beleid als de praktijk dat de huidige bekostiging van zorgaanbieders hierbij vaak belemmerend werkt. In zowel binnen- als buitenland wordt geëxperimenteerd met alternatieve vormen van bekostiging met als doel om de financiële prikkels voor zorgaanbieders meer in lijn te brengen met de betreffende systeemdoelen.

Dit onderzoek had als doel om diepgaand inzicht te verkrijgen in het complexe proces van de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging in de zorg. De centrale onderzoeksvraag luidde: ‘wat werkt (niet), onder welke omstandigheden en waarom?’ Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden is een onderzoek uitgevoerd naar zeven Nederlandse initiatieven met alternatieve bekostiging in met name de medisch-specialistische zorg. De initiatieven betroffen bekostigingshervormingen voor totale heup-/knievervanging vanwege ernstige artrose, operatieve behandeling van staar, operatieve behandeling van borstkanker, dure geneesmiddelen voor reumatoïde artritis, diagnose en behandeling van hartfalen, diagnose en behandeling van acuut herseninfarct, en integrale geboortezorg.

Dit onderzoek heeft geresulteerd in veertien thema's, ook wel configuraties genoemd. Deze configuraties geven diepgaand inzicht in hoe en waarom verschillende contextfactoren de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging bemoeilijken of vergemakkelijken. De configuraties zijn: 1) externe omgeving, 2) wederzijds vertrouwen, 3) beheer van samenwerkingsrelaties, 4) hulpbronnen, 5) leiderschap, 6) actieve betrokkenheid, 7) experimenteren op beperkte schaal, 8) psychologische veiligheid, 9) verbeterpotentieel, 10) financieel onzekere positie zorgaanbieder, 11) alternatieve bekostigingsafspraken met meerdere zorgverzekeraars, 12) ontkoppeling bij de zorgaanbieder, 13) ontkoppeling bij de zorgverzekeraar en 14) andere zorgverzekeraars die meeliften.

Dit onderzoek heeft veel kennis opgeleverd over welke factoren en mechanismen van belang zijn bij het ontwikkelen en implementeren van alternatieve bekostiging. Partijen die overwegen om met alternatieve bekostiging aan de slag te gaan (of daar al bij betrokken zijn) kunnen de configuraties in ogenschouw nemen om zo in de toekomst de kans op een succesvolle ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging, en daarmee de benodigde zorgtransformatie, te vergroten.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1: Inleiding	1
1.1 Achtergrond	1
1.2 Ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging in de zorg: doen, leren en evalueren	2
1.3 Leeswijzer	6
Hoofdstuk 2. Resultaten	7
2.1 Introductie	7
2.2 Externe omgeving	10
2.3 Wederzijds vertrouwen	13
2.4 Beheer van samenwerkingsrelaties	15
2.5 Hulpbronnen	18
2.6 Leiderschap	20
2.7 Actieve betrokkenheid	23
2.8 Experimenteren op beperkte schaal	26
2.9 Psychologische veiligheid	28
2.10 Verbeterpotentieel	30
2.11 Financieel onzekere positie zorgaanbieder	33
2.12 Alternatieve bekostigingsafspraken met meerdere zorgverzekeraars	36
2.13 Ontkoppeling bij de zorgaanbieder	38
2.14 Ontkoppeling bij de zorgverzekeraar	40
2.15 Andere zorgverzekeraars die meeliften	42
Hoofdstuk 3: Betrekken van patiënten bij alternatieve bekostiging	43
Hoofdstuk 4: Beschouwing	46
4.1 Resultaten samengevat	46
4.2 Reflectie op de gevonden resultaten	47
4.3 Reflectie op de gebruikte onderzoeksmethoden	48
4.4 Aanbevelingen	49
4.5 Tot slot	51
Referenties	52
Bijlage A. Kwantitatieve effecten	54
A.1 Inleiding	54
A.2 Methode	54
A.3 Resultaten en discussie	56
Bijlage B. Expertisecentrum BUNDLE	58

Hoofdstuk 1: Inleiding

1.1 Achtergrond

Nederlandse zorgsysteem staat voor grote uitdaging

Nederland staat voor de uitdaging om de gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk en betaalbaar te houden, zonder concessies te doen aan de kwaliteit van zorg. De vraag naar zorg is momenteel al hoog en zal de komende jaren verder stijgen door de vergrijzing, complexere zorgbehoeften en geavanceerdere (medische) technologische mogelijkheden. Tegelijkertijd is er een groeiend tekort aan arbeidskrachten in de zorgsector (WRR 2021). Het is daarom van groot belang om de beperkte middelen in de zorg zo doelmatig mogelijk te benutten. Via landelijke programma's en akkoorden zoals het Integraal Zorgakkoord en het Gezond en Actief Leven Akkoord wordt ingezet op verandering vanuit de ambitie om de zorg voor iedereen toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar te houden. Dit uit zich onder andere in de inzet op preventie en gezondheid, het voorkomen dat problemen op een medische manier worden benaderd (demedicalisering), een optimale inzet van capaciteit en een verlaging van de administratieve lasten. Een belangrijke pijler hierbij is het laten aansluiten van de financiële prikkels voor zorgaanbieders op de systeemdoelen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Er bestaat brede consensus in zowel de politiek, het beleid als de praktijk dat die prikkels op dit moment nog onvoldoende in lijn zijn met deze doelen.

Huidige bekostiging van zorgaanbieders werkt vaak belemmerend

De manier waarop zorgaanbieders worden betaald voor de zorg die zij verlenen (ofwel: bekostiging) is momenteel sterk geënt op de hoeveelheid zorg die zij leveren. Met andere woorden: hoe meer zorg er wordt verleend, hoe meer omzet en inkomen er wordt gegenereerd. Hoewel dit in sommige gevallen wenselijk kan zijn (bijvoorbeeld om wachtlijsten te voorkomen), is deze manier van bekostigen meestal niet in lijn met bovengenoemde ambities. Zo is er vaak een beperkte focus op de kwaliteit van de zorg en uitkomsten die ertoe doen voor patiënten. Ook worden preventie en goede samenwerking met andere zorgaanbieders niet aangemoedigd. De tekortkomingen in de huidige bekostiging stimuleren niet alleen onnodige of onnodig dure zorg, maar bemoeilijken ook de inspanningen van zorgaanbieders die willen investeren in passende zorg.

Experimenteren met alternatieve vormen van bekostiging

In zowel binnen- als buitenland wordt daarom geëxperimenteerd met alternatieve vormen van bekostiging (Cattel & Eijkenaar 2020; Eijkenaar et al. 2013; Steenhuis et al. 2020; Struijs et al. 2020; De Vries et al. 2021), met als doel om de financiële prikkels voor zorgaanbieders meer in lijn te brengen met de betreffende systeemdoelen. Een gemeenschappelijk kenmerk van deze alternatieve bekostigingsmodellen is dat (een deel van) de financiële verantwoordelijkheid voor zorguitgaven wordt verschoven van betaler – zoals een zorgverzekeraar – naar (een groep van) zorgaanbieder(s). Hierdoor ontstaat voor zorgaanbieders een stimulans om de zorg naar eigen inzicht zo efficiënt mogelijk in te richten, verspilling tegen te gaan en te werken aan innovatie (zie tekstbox 1 en 2). Hoewel er een grote overeenstemming bestaat over de noodzaak om de bekostiging te hervormen en hiervoor theoretische grondslagen bestaan, komt de transitie in de praktijk echter maar moeizaam op gang. Er zijn wel enkele alternatieve bekostigingsinitiatieven geïmplementeerd, maar de meeste hiervan zijn kleinschalig en reiken niet verder dan lokale of hoogstens regionale toepassing. Ook beperken deze initiatieven zich vaak tot één zorgaanbieder, sector of domein. Daarnaast stranden veel van deze initiatieven tijdens de ontwikkelfase, zonder duidelijke analyse van de oorzaken daarvan.

Bestaande kennislacunes

Het bestaande empirische bewijs met betrekking tot de kwantitatieve impact van alternatieve bekostiging, dat grotendeels (maar niet alleen) afkomstig is uit de Verenigde Staten, suggereert dat afhankelijk van het type model, alternatieve bekostiging een positieve bijdrage zouden kunnen leveren aan passende zorg. De empirische basis voor de effectiviteit blijft echter dun, vooral buiten de Verenigde Staten. Daarnaast is vaak onduidelijk in hoeverre gevonden effecten afhankelijk zijn van de context waarbinnen de modellen zijn geïmplementeerd. Naast inzicht in de kwantitatieve effecten is veel kennis vergaard over welke succes- en faalfactoren een rol spelen bij de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging. Helaas blijft in deze onderzoeken echter vaak onduidelijk hoe en waarom de geïdentificeerde succes- en faalfactoren een doorslaggevende rol spelen. Aanvullend onderzoek is nodig om een dieper inzicht te verkrijgen in de rol van factoren in de context en de onderliggende mechanismen met betrekking tot het proces van ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging. Dat is nodig omdat dergelijke kennis waardevolle handvatten zal bieden bij het formuleren van een passende ontwikkel- en implementatiestrategie van alternatieve bekostiging.

1.2 Ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging in de zorg: doen, leren en evalueren

Doel van het onderzoek

Dit onderzoek heeft als doel om diepgaand inzicht te verkrijgen in het complexe proces van de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging in de zorg. De centrale onderzoeksvraag is: ‘wat werkt (niet), onder welke omstandigheden en waarom?’ Door beter te begrijpen wat wel en niet werkt, onder welke omstandigheden en waarom, starten veldpartijen beter voorbereid aan het complexe proces om te komen tot alternatieve bekostiging en kunnen zij ook in de toekomst beter geïnformeerde beslissingen nemen.

Om een antwoord te geven op de centrale vraag is een onderzoek uitgevoerd op basis van de principes van ‘realistische evaluatie’ (zie [paragraaf 2.1](#)) naar zeven Nederlandse initiatieven met alternatieve bekostiging in met name de medisch-specialistische zorg. [Tabel 1](#) bevat een beschrijving van deze initiatieven. De initiatieven betreffen shared savings/losses modellen en gebundelde betalingen (zie [tekstbox 1](#)) voor totale heup-/knievervanging vanwege ernstige artrose, operatieve behandeling van staar, operatieve behandeling van borstkanker, dure geneesmiddelen voor reumatoïde artritis, diagnose en behandeling van hartfalen, diagnose en behandeling van acuut herseninfarct, en geboortezorg. Voor de vijf eerstgenoemde initiatieven is primair onderzoek uitgevoerd door de auteurs van dit rapport; voor de twee laatstgenoemde initiatieven is aangesloten bij lopende evaluaties ([Salet et al. 2023](#); [RIVM 2023](#)). De zeven initiatieven zijn geselecteerd op pragmatische gronden en voornamelijk gebaseerd op de betrokkenheid van de auteurs bij deze initiatieven als onafhankelijk onderzoekers.

In het onderzoek zijn kwantitatieve methoden gecombineerd met kwalitatieve methoden. Voor het kwantitatieve deel is nagegaan of er een causaal verband bestaat tussen de implementatie van het initiatief en eventuele veranderingen in zorguitgaven, zorggebruik en kwaliteit van zorg. Daarnaast is onderzocht welke factoren de ontwikkeling en implementatie bevorderen of juist bemoeilijken en waarom. In dit rapport leggen wij de nadruk op de resultaten van dit laatste, kwalitatieve onderdeel van het onderzoek (zie verder [paragraaf 2.1](#)). Een vaak onderbelicht thema bij de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging – zo ook binnen de in dit onderzoek bestudeerde initiatieven – betreft de (mogelijke) rol van de patiënt. Op basis van inzichten uit dit onderzoek wordt in dit rapport daarom in een afzonderlijk hoofdstuk ook aandacht besteed aan het waarom, wanneer en hoe van patiëntbetrokkenheid (zie [Hoofdstuk 3](#)).

Het ZonMw-programma ‘Uitkomstgericht organiseren en betalen’

Dit onderzoek is onderdeel van het ZonMw-programma Uitkomstgericht organiseren en betalen. Dit programma heeft als doel om kansrijke initiatieven met alternatieve bekostiging bij elkaar te brengen en verschillende organisatie- en contractvormen naast elkaar te leggen om inzicht te krijgen in de effecten: wat werkt wel, wat niet en waarom. Daarnaast wordt gezocht naar manieren om samenwerkingsvormen via netwerken te bevorderen, en naar de meest effectieve manieren om continu te leren en verbetering te stimuleren. Naast voorliggend onderzoek zijn vijf andere projecten gehonoreerd: UNITE (regionaal georganiseerde zorg voor mensen met een herseninfarct), BUZZ-2 (bekostigen van uitkomsten van de zorg (van de) zwangere), value-based health care financiering (zorgpad prostaatcarcinoom), ZIZ (zinnige infectiezorg) en het Nederlands Hartnetwerk. Meer informatie over het ZonMw-programma is [hier](#) te vinden. Het ZonMw-programma valt binnen ontwikkellijn 3 van het bredere VWS-programma ‘Uitkomstgerichte Zorg 2018-2022’. Voor meer informatie over het VWS-programma, zie [hier](#).

Tekstbox 1: Alternatieve bekostigingsmodellen toegelicht

Alternatieve bekostiging wordt in de literatuur gedefinieerd als bekostigingsmodellen anders dan de traditionele bekostigingsmodellen (met name betaling per verrichting; HCP-LAN), en die als doel hebben om de financiële prikkels meer in lijn te brengen met de overkoepelende doelen van het zorgsysteem (in Nederland: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid). Een gemeenschappelijk kenmerk van alternatieve bekostigingsmodellen is dat de financiële verantwoordelijkheid voor de zorguitgaven (deels) wordt verschoven van betaler – zoals een zorgverzekeraar – naar zorgaanbieder (of groep van zorgaanbieders). Op basis van de mate waarin en voor welke zorg financiële verantwoordelijkheid wordt verschoven naar de aanbieder(s), is een onderscheid te maken in vier vormen van alternatieve bekostiging. In onderstaand overzicht zijn deze vier vormen geordend van beperkte financiële verantwoordelijkheid (prestatiebeloning) naar een hoge mate van financiële verantwoordelijkheid (populatiebekostiging) voor de deelnemende zorgaanbieder(s).

Tabel: Vier typen alternatieve bekostigingsmodellen (de Vries et al. 2021, Eijkenaar en Struijs 2022, HCP-LAN)

	Omschrijving
Prestatiebeloning (pay-for-performance)	Expliciete betalingen voor het behalen van doelen met betrekking tot een set vooraf gedefinieerde prestatie-indicatoren. De indicatoren gaan in de praktijk meestal over kwaliteit, maar steeds vaker wordt ook gewerkt met indicatoren die betrekking hebben op bijvoorbeeld toegankelijkheid en ICT-toepassingen zoals eHealth.
Gedeelde besparingen/verliezen (shared savings/losses)	Aanbieders worden betaald volgens de huidige bekostiging, maar delen achteraf in gerealiseerde besparingen of verliezen ten opzichte van een vooraf gedefinieerde uitgavendoelstelling. Die doelstelling kan betrekking hebben op een bepaald type zorg, een bepaalde aandoening of een bepaalde populatie binnen een regio. Bij modellen waarbij de aanbieder alleen deelt in besparingen wordt gesproken van ‘upside risk’; wanneer de aanbieder ook verantwoordelijkheid draagt voor verliezen (downside risk) is het risico tweezijdig.
Gebundelde betaling (bundled payment)	Eén vast bedrag voor het leveren van een samenhangend pakket aan zorg rondom een bepaalde aandoening. Zorgaanbieders houden meer over wanneer (onnodige) zorg wordt voorkomen, maar lopen in beginsel ook financieel risico over de kosten van complicaties. Het verschil met shared savings/losses is dat de betaler niet deelt in gerealiseerde besparingen/verliezen. De betaling van de bundel kan zowel vooraf (prospectief) als achteraf (retrospectief) plaatsvinden.
Populatiebekostiging (global payment)	Eén vast bedrag voor het leveren van een samenhangend, ziekte-overstijgend pakket van zorgactiviteiten voor een afgebakende populatie. Het verschil met gebundelde betaling is dat populatiebekostiging niet slechts betrekking heeft op zorg rondom een bepaalde aandoening, maar in beginsel de totale zorgvraag van een populatie omvat.

Tabel 1: Beschrijving van de onderzochte initiatieven

Aandoening (jaar van invoering contract)	Geïnccludeerde zorgactiviteiten	Type alternatief bekostigingsmodel	Belangrijke contractspecificaties	Aantal participerende zorgverzekeraars	Aantal/type participerende zorgaanbieders	Huidige status van het initiatief
Totale heup-/knievervangings naar aanleiding van ernstige artrose (2018)	Alle zorgactiviteiten met betrekking tot de diagnose, operatie en behandeling van gerelateerde complicaties tot één jaar na de initiële operatie	Shared savings/losses	- Jaarlijkse nacalculatie (retrospectief) - Geen beperking van het volume heup/knie-operaties indien voldaan aan bepaalde kwaliteitscriteria - Geen risico zorgaanbieders voor zorguitgaven voor de behandeling van complicaties boven een bepaalde drempel - Meerjarig contract	1	20 ziekenhuizen/zelfstandige behandelcentra	Gestopt
Operatieve behandeling staar (2018)	Alle zorgactiviteiten met betrekking tot de diagnose, operatie en behandeling van gerelateerde complicaties tot twee jaar na de initiële operatie	Shared savings/losses	- Jaarlijkse nacalculatie (retrospectief) - Geen beperking van het volume staaroperaties indien voldaan aan bepaalde kwaliteitscriteria - Meerjarig contract	1	8 ziekenhuizen/zelfstandige behandelcentra	Gestopt
Operatieve behandeling borstkanker (2019)	Alle zorgactiviteiten met betrekking tot de diagnose, operatie (lumpectomie of mastectomie) en behandeling van gerelateerde complicaties tot twee jaar na de initiële operatie. Zorgactiviteiten met betrekking tot chemotherapie, radiotherapie en/of hormoontherapie vallen niet onder het contract	Shared savings/losses	- Jaarlijkse nacalculatie (retrospectief) - Een minimumgrens aan savings of losses moet zijn bereikt voordat er savings worden uitbetaald of losses worden teruggevorderd - Geen beperking van het volume borstkankeroperaties indien voldaan aan bepaalde kwaliteitscriteria - Meerjarig contract	1	9 ziekenhuizen	Gestopt
Dure geneesmiddelen reumatoïde artritis (2019)	Alle dure geneesmiddelen die worden gebruikt voor de behandeling van reumatoïde artritis voor een periode van één jaar	Shared savings	- Jaarlijkse nacalculatie (retrospectief) - Zorgaanbieders delen in gerealiseerde savings als zij voldoen aan bepaalde kwaliteitscriteria - Meerjarig contract	1	7 ziekenhuizen	Gestopt
Hartfalen (2021)	Alle zorgactiviteiten met betrekking tot de diagnose en behandeling van complicaties voor een periode van één jaar	Shared savings ***	- Jaarlijkse nacalculatie (retrospectief) voor bepalen van gerealiseerde besparingen - Eventuele savings worden uitbetaald aan het ziekenhuis en niet aan deelnemende vakgroep cardiologie en de bestemming van de savings wordt in samenspraak met zorgverzekeraar	1	1 ziekenhuis	Contract loopt tot en met 2025

			bepaald - Meerjarig contract			
Acuut herseninfarct (2019) *	Alle zorgactiviteiten met betrekking tot de diagnose en behandeling van een ischemische beroerte voor een periode van één jaar	Shared savings (eerste jaar) en shared savings/losses (vanaf het tweede jaar)	- Jaarlijkse nacalculatie (retrospectief) - Geleidelijke invoering van de shared losses component vanaf het tweede jaar - Shared savings/losses afhankelijk van het voldoen aan kwaliteitscriteria - Verdeling van savings/losses aan de hand van vooraf bepaalde verdeling tussen zorgaanbieders - Meerjarig contract	1	1 ziekenhuis en 3 revalidatiecentra	Lopend
Geboortezorg (2017) **	Alle zorgactiviteiten gedurende de prenatale, natale en postnatale fase en kraamzorg tot zes weken na de bevalling	Gebundelde betaling (bundled payment)	- Prospectieve deelprestaties per fase (dus in totaal vier gebundelde betalingen) - Een nieuwe juridische entiteit (integrale geboortezorg organisatie) tekent het contract - Geen link tussen tarieven van de deelprestaties en de kwaliteit van de geleverde zorg - Verantwoording over kwaliteit van de geleverde zorg opgenomen in het contract - Sommige contracten hebben de duur van één jaar, terwijl andere contracten meerjarig zijn	Meerdere	Integrale geboortezorg organisaties (igo's) bestaan uit eerstelijns-verloskundigen, ziekenhuizen, gynaecologen en/of kraamzorgorganisaties. Momenteel bestaan er 8 igo's	Integrale bekostiging van de geboortezorg is per 1-1-2023 reguliere bekostiging en bestaat naast de monodisciplinaire bekostiging (het zogenoemde tweesporenbeleid)

* Voor een eerder gepubliceerde evaluatie van het totstandkomingsproces van dit initiatief, zie [hier](#).

** Als onderdeel van de RIVM-monitor Passende Bekostiging van de geboortezorg. Meer informatie is [hier](#) te vinden.

*** Het bekostigingsmodel bij dit initiatief betreft een aanneemsom voor alle mensen met een dbc voor hartfalen in een kalenderjaar. Als op basis van nacalculatie besparingen blijken te zijn gerealiseerd, dan worden deze gedeeltelijk uitbetaald aan het ziekenhuis.

Tekstbox 2: Begrippenkader

Dit rapport maakt, naast specifieke termen op het gebied van alternatieve bekostiging (tekstbox 1), ook gebruik van andere terminologie die belangrijk is voor een goed begrip van de inhoud van het rapport. Hieronder wordt een aantal belangrijke begrippen kort toegelicht.

Bekostiging betreft de manier waarop zorgaanbieders worden betaald voor de zorg die zij leveren (de vormgeving van de financiële prikkels) door zorgverzekeraars, zorgkantoren en/of gemeentes.

Financiering betreft (het proces van) het verkrijgen van financiële middelen om de kosten te dekken die gepaard gaan met het verlenen van de zorg. De financiering kan uit diverse bronnen afkomstig zijn, waaronder de vijf stelselwetten (Zorgverzekeringswet, Wet langdurige zorg, Wet maatschappelijke ondersteuning, Wet publieke gezondheid en de Jeugdwet), evenals eigen bijdragen van patiënten en directe betalingen vanuit de overheid.

Contractering betreft het proces van het sluiten van een contract tussen een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar, zorgkantoor of gemeente. De bekostiging is onderdeel van het contract. Het contract bevat daarnaast ook andere aspecten zoals verantwoordingsinformatie, bepalingen over bijvoorbeeld heronderhandeling, en inclusie- en exclusiecriteria van de populatie waar het contract betrekking op heeft.

Zorginkoop betreft de gehele cyclus tussen zorgaanbieder en zorginkopers (zorgverzekeraars, zorgkantoren en/of gemeentes) om zorgdiensten in te kopen. Zorginkoop omvat onder meer het in kaart brengen van zorgbehoeften, het verzamelen van informatie over de zorgaanbieder, het selecteren van de zorgaanbieder, de onderhandelingen en contractering, monitoring, en relatiebeheer.

Zorgaanbieder betreft de organisatie die een contract sluit met een zorgverzekeraar, zorgkantoor of gemeente. Een zorgaanbieder betreft een juridische entiteit. Voorbeelden zijn een ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum, verloskundige praktijk en revalidatiecentrum. In dit rapport wordt de term 'zorgaanbieder' gebruikt als wordt bedoeld op de organisatie als geheel, inclusief alle groepen daarbinnen (zoals zorgverleners, bestuurders, managers, data-analisten en controllers).

Zorgverlener betreft een individu die de daadwerkelijke zorg verleent aan een patiënt of cliënt. Voorbeelden zijn een verpleegkundige, verloskundige en medisch specialist. Een zorgverlener sluit geen contract met een zorgverzekeraar, zorgkantoor of gemeente, tenzij deze persoon ook een zorgaanbieder is (zoals een praktijkhoudende verloskundige).

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 presenteren wij de resultaten van ons onderzoek. Hierbij ligt de nadruk op het kwalitatieve deel van het onderzoek, dat de kern van deze rapportage vormt (zie verder paragraaf 2.1). De resultaten van de kwantitatieve analyses zijn in beknopte vorm te vinden in bijlage A. Op basis van het kwalitatieve onderdeel van het onderzoek wordt antwoord gegeven op de centrale onderzoeksvraag. Hoofdstuk 3 staat specifiek stil bij het belang van het betrekken van patiënten bij de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging. Hoofdstuk 4 bevat ten slotte een beschouwing en aanbevelingen op basis van de bevindingen.

Hoofdstuk 2. Resultaten

2.1 Introductie

Dit hoofdstuk presenteert de resultaten van een wetenschappelijk onderzoek op basis van de principes van een realistische evaluatie (zie [tekstbox 3](#)) naar zeven initiatieven met alternatieve bekostiging in met name de medisch-specialistische zorg. Zoals toegelicht in [hoofdstuk 1](#) waren de vragen die daarbij centraal stonden: wat werkt (niet), onder welke omstandigheden en waarom? Binnen deze evaluatie is kwantitatief onderzoek gecombineerd met kwalitatief onderzoek.

Van de zeven onderzochte initiatieven zijn er vijf kwantitatief geëvalueerd. Naast de al uitgevoerde evaluatie van het initiatief integrale bekostiging in de geboortezorg ([RIVM 2020](#)) waar wij in voorliggend onderzoek bij aansluiten, betrof dit de initiatieven voor heup/knievervanging, staar, borstkanker en reumatoïde artritis. Voor de vier laatstgenoemde initiatieven is in dit onderzoek nagegaan of er een causaal verband bestaat tussen de implementatie van het initiatief en eventuele veranderingen in zorguitgaven, zorggebruik en kwaliteit van zorg. Deze vier initiatieven hebben vooralsnog niet geleid tot veranderingen in de maten voor zorguitgaven, zorggebruik en kwaliteit van zorg die wij met behulp van de beschikbare administratieve data van de betrokken zorgverzekeraar kwantitatief konden analyseren. Uitzondering betreft het heup/knie-initiatief waarvoor wij een beperkte afname van de uitgavengroei vinden. Bijlage A bevat een beknopt overzicht van de kwantitatieve resultaten van deze initiatieven inclusief een toelichting op de gebruikte onderzoeksmethode. Daarnaast zijn in deze bijlage enkele belangrijke tekortkomingen opgenomen, waaronder het feit dat slechts de korte-termijn effecten in beeld konden worden gebracht en dat de analyse van de impact op kwaliteit van zorg incompleet is. De overige twee initiatieven zijn in dit onderzoek niet kwantitatief geëvalueerd omdat het initiatief óf nog te kort geleden was ingevoerd (hartfaleninitiatief) óf er geen goede controlegroep beschikbaar was om resultaten tegen af te zetten (acuut herseninfarct initiatief).

De focus van dit hoofdstuk ligt op de resultaten van ons kwalitatieve onderzoek naar de ontwikkeling en implementatie van alle zeven initiatieven met alternatieve bekostiging. In lijn met de principes van een realistische evaluatie (zie [tekstbox 3](#)) zijn in dit onderzoek CMO-configuraties opgesteld. Deze configuraties beschrijven hoe een bepaalde vooraf bestaande factor (C) de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging bemoeilijkt of bevordert (O) omdat een specifiek mechanisme in gang wordt gezet bij betrokkenen (M). Mechanismen zijn de psychologische of sociale verklaringen voor het gedrag van (groepen) mensen. De CMO-configuraties zijn opgesteld, getest en verfijnd tijdens een iteratief onderzoeksproces. Hieronder volgt een beknopte beschrijving van dat proces. Voor een uitgebreidere methodologische verantwoording wordt verwezen naar het onderzoeksprotocol.

In een eerste stap zijn initiële CMO-configuraties opgesteld op basis van wetenschappelijke en grijze literatuur. Dit wordt de zogenaamde initiële programmatheorie genoemd. In een tweede stap zijn deze initiële CMO-configuraties getoetst aan de zeven geëvalueerde initiatieven. Hiertoe zijn twee rondes van semigestructureerde interviews georganiseerd waarin ongeveer 80 betrokkenen bij vijf van de initiatieven alsmede experts op het gebied van alternatieve bekostiging zijn geïnterviewd. Respondenten waren onder andere artsen, bestuurders, managers, controllers, zorginkopers en zorgverkopers bij de initiatieven voor heup/knievervanging, staar, borstkanker, reumatoïde artritis en hartfalen. De twee resterende initiatieven (acuut herseninfarct en geboortezorg) waren al kwalitatief geëvalueerd en wij

sluiten in dit onderzoek aan bij die evaluaties (Salet et al. 2023; RIVM 2023); relevante lessen uit die evaluaties zijn dus meegenomen in voorliggend onderzoek. Aanvullend op de interviews zijn diverse documenten bestudeerd, waaronder de betreffende zorginkoopdocumenten en notulen van vergaderingen over de ontwikkeling en implementatie van het betreffende alternatieve bekostigingsmodel. Analyse van de interviewtranscripten en documenten is gedaan in Atlas.ti, gebruikmakend van memo's om het gedachteproces te documenteren. In een derde en laatste stap zijn de CMO-configuraties verfijnd. Dit gebeurde voornamelijk tijdens meer dan 30 teamsessies waarin vier onderzoekers met verschillende achtergronden de CMO-configuraties hebben aangepast naar aanleiding van nieuwe inzichten verkregen tijdens de interviews en documentenanalyse, maar ook op basis van additionele relevante literatuur. Ook zijn de hoofdbevindingen in deze stap ter validatie voorgelegd aan de projectleiders van de andere ZonMw-projecten in het kader van lijn 3 van het programma Uitkomstgerichte zorg. De validatiesessies gaven geen aanleiding tot aanpassing en/of uitbreiding van de CMO-configuraties.

Tekstbox 3: Realistische evaluatie

Een realistische evaluatie is een theorie-gestuurde manier om complexe interventies in sociale contexten te evalueren. Om te begrijpen waarom interventies verschillende resultaten hebben in verschillende situaties, richten onderzoekers zich bij een realistische evaluatie op het vaststellen van een zogenaamde programmatheorie die beschrijft hoe verandering plaatsvindt en resultaten tot stand komen. Deze programmatheorie kan in realistische evaluaties de vorm krijgen van 'context-mechanisme-outcome' (CMO) configuraties. Dit zijn proposities die inzicht geven in hoe een bepaalde contextuele factor (C) een specifiek mechanisme (M) activeert of blokkeert, wat leidt tot een bepaald resultaat (O). De CMO-configuraties kunnen worden gezien als 'causale paden'. Een fictief voorbeeld van een CMO-configuratie is als volgt:

Als bij de implementatie van een nieuw ICT-systeem in een zorginstelling de eindgebruikers onvoldoende worden betrokken (C), dan leidt dit tot een boycot van het nieuwe ICT-systeem (O), omdat eindgebruikers zich niet serieus genomen voelen en weerstand ontwikkelen tegen de verandering (M).

De CMO-configuraties vormen de kern van de analyse in een realistische evaluatie en worden opgesteld, getest en verfijnd in een iteratief onderzoeksproces. Realistische evaluatie is een methode-neutrale benadering, wat inhoudt dat onderzoekers veel vrijheid hebben in het toepassen van verschillende methoden voor dataverzameling en analyse.

Dit onderzoeksproces is uiteindelijk uitgemond in veertien CMO-configuraties die van essentieel belang zijn bij de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging. Alle veertien CMO-configuraties zijn empirisch onderbouwd op basis van de interviews en gestoeld op literatuur. Sommige zijn relevant voor meerdere partijen (zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars), terwijl anderen vooral relevant zijn voor één bepaalde partij. Zo is de CMO 'Wederzijds vertrouwen' relevant voor meerdere partijen, terwijl de CMO 'Alternatieve bekostigingsafspraken met meerdere zorgverzekeraars' alleen van toepassing is op zorgaanbieders. De CMO-configuraties spelen daarnaast op verschillende niveaus; sommigen spelen in de omgeving (bijvoorbeeld 'Externe omgeving'), anderen op het niveau van organisaties (bijvoorbeeld 'Ontkoppeling bij de zorgverzekeraar'), en weer anderen op het niveau van individuen die functioneren in groepen (bijvoorbeeld 'Psychologische veiligheid').

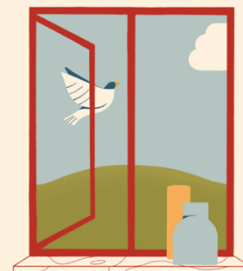
De CMO-configuraties worden hieronder in veertien paragrafen beschreven. De titel verwijst naar het centrale thema binnen de CMO-configuratie. Elke paragraaf start met een korte samenvatting, waarna een uitgebreide beschrijving volgt van de relevante factoren (i.e. context) die de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging bevorderen of bemoeilijken (i.e. de uitkomst) en de redenen die hieraan ten grondslag liggen (het 'waarom', i.e. de mechanismen). Daarbij wordt de tekst geïllustreerd met voorbeelden uit de initiatieven en citaten uit interviews. Om de betrouwbaarheid te waarborgen zijn alle citaten en sommige voorbeelden geanonimiseerd. Merk op dat sommige CMO-configuraties positief geframed zijn (i.e. hoe en waarom werkt een bepaalde contextfactor bevorderend?), terwijl andere negatief

geframed zijn (i.e. hoe en waarom werkt een bepaalde factor belemmerend?). De keuze hiervoor is gebaseerd op hoe de CMO-configuratie in de interviews naar voren is gekomen.

Belangrijk om te benadrukken is dat dit onderzoek als doel had inzicht te geven in de belangrijkste van toepassing zijnde CMO-configuraties. Het formuleren van strategieën om daadwerkelijk te komen tot succesvolle ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging is een belangrijke vervolgvraag. Hiertoe wordt in hoofdstuk 4 een aanzet gedaan.

2.2 Externe omgeving

Verschillende factoren in de externe omgeving van zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging bevorderen. Dit komt omdat die factoren maken dat doorgaan op de huidige voet als risicovol en minder vanzelfsprekend wordt ervaren.



Een eerste belangrijke factor in de omgeving: passende zorg

Verschillende externe factoren kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars stimuleren om werk te maken van alternatieve bekostiging. In de interviews zijn er drie naar voren gekomen. Een eerste factor is de landelijke beweging in opvattingen en regelingen op het gebied van passende zorg. In deze beweging heeft hervorming van de huidige bekostiging een prominente plek. Er bestaat brede overeenstemming dat, om de houdbaarheid van het zorgstelsel te kunnen (blijven) garanderen, een ommezwaai nodig is in hoe we de zorg organiseren en hoe we ervoor betalen (zie [hoofdstuk 1](#) en [citaat 1](#)). Daarbij wordt beseft dat de huidige manier waarop zorgaanbieders worden betaald het organiseren en verlenen van passende zorg vaak niet goed ondersteunt. De beweging richting passende zorg en alternatieve bekostiging uit zich bijvoorbeeld in afspraken die het ministerie van VWS in [het Integraal Zorgakkoord](#) heeft gemaakt met onder andere ziekenhuizen en zorgverzekeraars, in landelijke programma's waarin partijen zich inzetten om samen de zorg te verbeteren (zoals de [Juiste Zorg op de Juiste Plek](#) en het [Programma Uitkomstgerichte zorg](#)) en in documenten van bijvoorbeeld de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Zorginstituut Nederland (ZIN) waarin ambities voor de toekomst zijn geformuleerd (bijvoorbeeld het [actieplan Passende Zorg](#)). Ook in de opleiding van zorgverleners en binnen beroepsgroepen en -verenigingen wordt passende zorg inclusief alternatieve bekostiging steeds vaker als leidend principe gezien (zie bijvoorbeeld de [Handreiking Implementatie Passende Zorg van de Federatie Medisch Specialist](#)).

Citaat 1: “De huidige manier van werken heeft kenmerken van een rituele dans. Het gaat maar weinig over de inhoud van zorg en dat is geen vruchtbare manier van afspraken maken, zeker niet gegeven de omstandigheden waar we mee te maken hebben. De kant die het opgaat met hoeveel mensen we in de zorg nodig hebben en hoeveel geld erin omgaat, dat kan zo niet doorgaan. Dit wordt keer op keer bevestigd, recent nog door de WRR. Hoe kunnen we dat nu doorbreken? Dat was voor ons de aanleiding om te starten.” (Zorginkoper)

Een tweede belangrijke factor in de omgeving: voorbeeldgedrag

Een tweede belangrijke omgevingsfactor die aan kan zetten tot verandering – zoals ingebracht door respondenten uit de interviews – is voorbeeldgedrag op het gebied van passende zorg en alternatieve bekostiging. Een aantal vooruitstrevende organisaties loopt voorop in deze beweging en experimenteert met het anders organiseren van en betalen voor zorg. De meerderheid van de organisaties experimenteert (nog) niet, maar houdt de koplopers vaak wel nauwgezet in de gaten. Een voorbeeld van zorgaanbieders met zo'n voorbeeldfunctie in relatie tot passende zorg, zijn de [Santeon ziekenhuizen](#) die sterk inzetten op vernieuwing en verbetering van zorg door onder andere intensieve samenwerking en het open delen van informatie. Een ander voorbeeld maar dan in relatie tot alternatieve bekostiging zijn bepaalde zorgverzekeraars – zoals Menzis – waarbij waardegericht zorg inkopen een belangrijke pijler is

van het beleid. Als meer en meer zorgaanbieders en zorgverzekeraars de zorg anders inrichten en hier anders voor betalen, dan kan dit overige partijen ook aanzetten tot verandering.

Een derde belangrijke factor in de omgeving: plotselinge veranderingen

Tot slot kunnen plotselinge veranderingen in de omgeving van zorgaanbieders en zorgverzekeraars de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging bevorderen. Zo blijkt uit het onderzoek dat de coronapandemie de noodzaak voor het efficiënt inrichten van de zorg heeft blootgelegd, onder meer vanwege personeelstekorten. Tijdens de pandemie werd noodgedwongen sterk ingezet op samenwerking en digitalisering, waarbij snel duidelijk werd dat de bekostiging hiermee onvoldoende in lijn is. Ook de toegenomen kosten voor vastgoed en energie voeden discussies over het belang van meer doelmatigheid in de zorg.

Waarom bevorderen deze factoren de ontwikkeling en implementatie?

Er zijn verschillende onderliggende en met elkaar samenhangende redenen waarom deze drie externe factoren de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging positief kunnen beïnvloeden. De factoren zorgen in de eerste plaats voor een groter urgentiebesef ('burning platform') bij de zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De huidige manier van bekostigen wordt niet langer als vanzelfsprekend gezien maar juist als belemmering, organisaties ervaren de noodzaak en ruimte om de bestaande gang van zaken te doorbreken, en alternatieve bekostiging wordt meer en meer gezien als voor de hand liggend alternatief. Het werkt bovendien inspirerend en motiverend als koplopers laten zien dat het daadwerkelijk mogelijk is om de veranderingen door te voeren die nodig zijn om alternatieve bekostiging tot een succes te brengen. Ten tweede voelen zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich genoodzaakt om zich aan te passen aan wat als belangrijk en maatgevend wordt gezien binnen de samenleving en door 'peers' zoals de beroepsgroep. De ervaren sociale druk om te veranderen neemt toe en gedrag van 'peers' wordt overgenomen. Niet veranderen kan zelfs slecht voor de reputatie worden. Om in de woorden van een respondent te spreken: "Als jij het niet doet en de rest doet het wel, dan ben jij het slechtste jongetje van de klas en dat voelt natuurlijk niet goed." Ten slotte kunnen de externe factoren bijdragen aan de angst om 'de boot te missen' als een organisatie te lang wacht met het invoeren van alternatieve bekostiging. Wat als de overheid besluit tot het invoeren van wet- en regelgeving rondom alternatieve bekostiging? Zijn we dan niet te laat met instappen? Een groter ervaren urgentiebesef, meer ervaren sociale druk en zorgen over het missen van de boot kunnen aanzetten tot actie.

Werkt de externe omgeving alleen maar bevorderend?

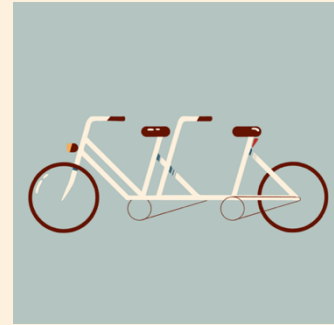
Hoewel in de interviews vooral externe factoren zijn benoemd die de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging kunnen bevorderen, werd in de interviews ook erkend dat factoren in de omgeving het van de grond komen van alternatieve bekostiging nog juist onvoldoende stimuleren of soms zelfs belemmeren. Zo gaf een respondent aan dat sommige bestuurders de druk vanuit de externe omgeving om substantieel te veranderen nog onvoldoende voelen waardoor de status quo in stand wordt gehouden (zie [citaat 2](#)). Andere factoren die door sommige respondenten als belemmerend worden ervaren in de transitie richting alternatieve bekostiging en die bovendien veelvuldig in het maatschappelijk debat rondom alternatieve bekostiging worden genoemd, zijn wettelijke en financiële schotten tussen sectoren en tussen domeinen, de afwezigheid van betaaltitels, de risicoverevening en mededingingswetgeving.

Citaat 2: "Ik heb af en toe echt het idee, dat bestuurders helemaal de urgentie nog niet voelen. Dat ze zeggen, nou dat oude stelsel dat is er nog voorlopig wel. Dus we doen wat schattige, leuke experimentjes om te laten zien dat we ook op dat terrein vernieuwen maar dat gaan we zeker niet in de breedte doen voorlopig en dat hoeft ook niet helemaal niet want de regels veranderen

toch niet. De urgentie die het WRR-rapport en het IZA eigenlijk moest laten zien, het aha moment van jongens zo kan het echt niet verder is uitgebleven. Als ik bijvoorbeeld vraag aan de bestuurders van ja, wat is nou je visie op de toekomst hè? Hebben we een plan? Hebben we stippen op de horizon? En zelfs een manier om daar te komen? Dat hebben ze niet. Het is alsof ze geloven dat het altijd hetzelfde zal blijven. De tent draaiende houden en die volumeknop die vinden we nog wel. Dus daar draaien we dan aan, ja". (Expert)

2.3 Wederzijds vertrouwen

Vertrouwen tussen personen en vertrouwen in organisaties bevordert de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging. Dit komt omdat betrokkenen dan meer leren van en met elkaar, samenwerking als minder risicovol beschouwen en zich flexibeler opstellen. Ook is de kans op conflicten kleiner en zijn er minder dichtgetimmerde contracten en controlemechanismen nodig.



Wat is vertrouwen en welke vormen zijn er?

Vertrouwen is de bereidheid van een persoon zich kwetsbaar op te stellen omdat deze persoon gelooft dat anderen eerlijk, betrouwbaar en goedbedoelend zijn, en dat zij de juiste expertise hebben om hun taken goed uit te voeren. De mate van wederzijds vertrouwen hangt onder andere af van de reputatie van de betrokkenen, hun ervaringen in eerdere samenwerkingen en hun vermogen om elkaars gevoelens, belangen en ideeën te begrijpen.

Bij de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging zijn twee vormen van vertrouwen belangrijk: vertrouwen tussen personen en vertrouwen in partijen. Vertrouwen tussen personen gaat over het vertrouwen dat individuen in elkaar hebben als ze samenwerken. Het kan gaan om individuen binnen dezelfde organisatie (bijvoorbeeld een zorgverlener en een ziekenhuisbestuurder) of om individuen die bij verschillende organisaties werken (bijvoorbeeld een zorgverkoper en een zorginkoper). Vertrouwen in partijen gaat over het vertrouwen dat individuen van één partij hebben in de andere partij. Een partij kan verwijzen naar een organisatie als geheel (bijvoorbeeld een zorgverzekeraar of zorgaanbieder), maar ook naar specifieke groepen binnen een organisatie (bijvoorbeeld een vakgroep cardiologie binnen een ziekenhuis).

De twee vormen van vertrouwen – vertrouwen tussen personen en vertrouwen in partijen – hangen met elkaar samen. Een concreet voorbeeld hiervan binnen het hartfaleninitiatief was de sterke relatie tussen de bestuurders van het ziekenhuis en de zorgverzekeraar. Het vertrouwen dat de ziekenhuisbestuurder had in de bestuurder van de zorgverzekeraar leidde binnen het ziekenhuis tot meer vertrouwen in de zorgverzekeraar als geheel, en verspreidde zich als een olievlek naar het management en uitvoerend niveau. Dit is van groot belang aangezien het betekent dat vertrouwensbanden blijven bestaan, zelfs wanneer de bestuurders zelf minder direct betrokken raken bij de ontwikkeling en implementatie van de alternatieve bekostiging. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn wanneer de betrokkenheid op bestuursniveau niet langer nodig is gezien de fase waarin het initiatief zich bevindt, of wanneer bestuurders elders andere functies gaan bekleden.

Waarom draagt vertrouwen bij aan de ontwikkeling en implementatie?

Uit ons onderzoek komen vijf redenen naar voren waarom vertrouwen bij kan dragen aan de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging. Allereerst kan vertrouwen bijdragen aan een proces van voortdurend leren van en met elkaar. Dit komt doordat informatie en kennis openlijk worden uitgewisseld tussen personen en partijen. In de onderzochte initiatieven hielp dit zorgverleners bijvoorbeeld bij het vaststellen van het zorginhoudelijke verbeterpotentieel (zie 'Verbeterpotentieel'). Ten tweede kan wederzijds vertrouwen de

bereidheid van partijen vergroten om samenwerkingen met onzekere uitkomsten aan te gaan. Een voorbeeld hiervan zijn de initiatieven voor hartfalen en acuut herseninfarct, waarbij partijen al een sterke vertrouwensband hadden vanuit eerdere samenwerkingen. Deze solide basis heeft deelname aan de initiatieven aangemoedigd, ondanks de onzekere uitkomsten; partijen hadden het geloof dat zelfs als de uitkomsten zouden tegenvallen, er samen tot een oplossing zou worden gekomen. Een derde reden is dat vertrouwen de kans op conflicten verkleint. Betrokkenen geven elkaar meer ruimte en eerder het voordeel van de twijfel, bijvoorbeeld als er een fout wordt gemaakt. Ten vierde zorgt vertrouwen ervoor dat personen en partijen zich flexibeler opstellen doordat zij meer bereid zijn concessies te doen. Tot slot zijn er minder dichtgetimmerde contracten en onderlinge controlemechanismen nodig omdat betrokkenen ervan uit durven te gaan dat anderen hun verplichtingen nakomen en te goeder trouw handelen.

Vertrouwen komt te voet en gaat te paard

In meerdere onderzochte initiatieven bleek sprake van een zekere mate van wantrouwen tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en zorgverleners (zie [citaat 3](#)).

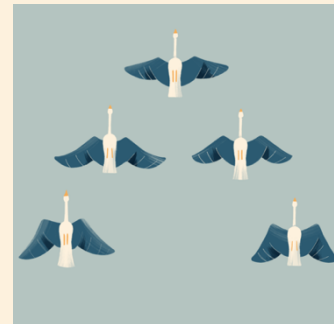
Citaat 3: "Er zit toch altijd een stukje angst en weerstand bij. Dat je dus de zorg hebt van ga ik mezelf ermee in de vingers snijden? Wat gaat het project dan opleveren en wat ga ik hier zelf van terugzien? Wat gaat de zorgverzekeraar dan doen als wij onze informatie delen? Dat is denk ik puur de onzekerheid en ook een bepaalde risicomijdendheid bij dokters. Ik kan nu geen voorbeelden noemen van toen werden we ook zo genaaid door die zorgverzekeraar, maar dat zit in de collectieve angstverhalen die er zijn." (Medisch specialist)

Zorgaanbieders gaven aan soms te twijfelen aan de intenties van zorgverzekeraars. Zij vroegen zich af of de wens vanuit zorgverzekeraars om alternatieve bekostiging te ontwikkelen en implementeren niet vooral is ingegeven vanuit het doel van kostenverlaging en – in de woorden van diverse respondenten – bezuiniging. Tijdens de interviews spraken zorgaanbieders tevens regelmatig hun twijfels uit of zorgverzekeraars wel in staat zijn om kwaliteit goed te beoordelen en gaven zij aan met argwaan naar de data van de zorgverzekeraar te kijken. Een respondent gaf bijvoorbeeld aan: “Je hebt ook iedere keer het gevoel dat de zorgverzekeraar dingen presenteert op een manier die hen zelf goed uitkomt.” Aan de andere kant wekten zorgverzekeraars tijdens de interviews soms de indruk dat zij denken dat zorgverleners sterk worden gedreven door financiële prikkels in plaats van vooral intrinsieke motivatie.

De bestudeerde initiatieven laten zien dat het mogelijk is wantrouwen om te buigen in vertrouwen, maar dat dit over het algemeen tijd, moeite, eerlijkheid en consistent gedrag vraagt. Vertrouwen komt dus ook hier te voet. De interviews lieten daarnaast duidelijk zien dat vertrouwen weer te paard kan gaan. Meerdere afgevaardigden van zorgaanbieders gaven bijvoorbeeld aan dat er sprake was van een vertrouwensbreuk toen een zorgverzekeraar in hun beleving “als een donderslag bij heldere hemel” besloot een initiatief stop te zetten met de mededeling dat het initiatief onvoldoende opleverde. Sommige zorgverleners concludeerden daarop dat het de zorgverzekeraar dus toch vooral om het geld ging.

2.4 Beheer van samenwerkingsrelaties

Wanneer samenwerkende zorgaanbieders en zorgverzekeraars de onderlinge relaties niet beheren op een manier die past bij de situatie, dan bemoeilijkt dit de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging. Dit komt omdat de samenwerking dan minder effectief is.



Wat houdt het beheren van samenwerkingsrelaties in?

Bij de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging werken verschillende partijen met elkaar samen. Dit kan gaan om verschillende afdelingen binnen een specifieke organisatie, zoals een zorgaanbieder of een zorgverzekeraar. Het kan ook gaan om twee verschillende organisaties die samen alternatieve bekostiging ontwikkelen en implementeren. Een praktijkvoorbeeld van dit laatste betreft de samenwerking tussen een ziekenhuis en een zorgverzekeraar binnen het hartfaleninitiatief. Ten slotte kan de samenwerking ook bestaan tussen meer dan twee organisaties, bijvoorbeeld in netwerkverband. Zo zijn bij de integrale bekostiging van de geboortezorg aanbieders van eerstelijns-verloskunde, tweedelijns-verloskunde en kraamzorg betrokken, naast diverse zorgverzekeraars.

Het is belangrijk dat de relaties tussen partijen die samenwerken om alternatieve bekostiging te ontwikkelen en te implementeren worden beheerd op een manier die past bij de situatie. Met andere woorden: relaties moeten worden ingericht en onderhouden op een manier waarbij actief rekening wordt gehouden met de specifieke omstandigheden. Relevante vragen die betrekking hebben op dit 'beheer' zijn bijvoorbeeld: Hoe communiceren betrokkenen bijvoorbeeld met elkaar? Hoe worden besluiten genomen en wie heeft beslissingsbevoegdheid? Hoe worden conflicten beslecht? En welke juridische en contractuele gevolgen worden aan de samenwerking gegeven?

Waarom is passend beheer van samenwerkingsrelaties belangrijk?

Als samenwerkende partijen de onderlinge relaties niet beheren op een manier die past bij de situatie, dan bemoeilijkt dit de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging. Dit komt omdat de samenwerking dan minder effectief is. Als de samenwerking niet passend wordt beheerd, dan kan dit bijvoorbeeld leiden tot teleurstellingen bij de betrokken partijen en kan vertrouwen worden geschaad. Zo werd door een zorgverzekeraar besloten een van de initiatieven te beëindigen en dit besluit werd gedeeld met de betreffende zorgaanbieders. Betrokkenen van de zorgaanbieder gaven aan dat dit besluit onverwachts kwam. Daar waar de zorgverzekeraar deze beslissing eenzijdig dacht te kunnen nemen, hadden de betrokkenen vanuit de zorgaanbieder hier op meer gelijkwaardigheid gehoopt (zie [citaat 4](#)). Hier liepen de ideeën en de verwachtingen over de samenwerking dus uiteen tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Meer aandacht voor het beheer van de relatie had deze voor alle partijen vervelende situatie wellicht kunnen voorkomen.

Citaat 4: "Hoe kan het dat in een samenwerking één partij zomaar kan besluiten: ik stop ermee? Dat zou je toch op z'n minst voor moeten leggen en bespreekbaar moeten maken?" (Manager zorgverkoop)

Hoe kunnen samenwerkingsrelaties passend worden beheerd?

Helaas bestaat er geen blauwdruk voor het passend beheren van samenwerkingsrelaties. Integendeel, het beheermodel moet continu worden aangepast aan de situatie én aan de

betrokkenen. Zo wordt passend beheer van samenwerkingsrelaties een wezenlijke andere uitdaging wanneer meer dan twee organisaties werken aan een gedeelde ambitie. Elke manier om samenwerkingsrelaties te beheren kent daarbij voor- en nadelen waardoor de keuze voor een bepaald beheermodel altijd gepaard gaat met complexe afwegingen. Zo kan er in een situatie relatief veel belang gehecht worden aan behoud van autonomie binnen de samenwerkingsrelatie. Dan is het logisch meer in te zetten op gezamenlijke besluitvorming en actieve betrokkenheid van alle betrokken partijen. Een belangrijk nadeel van een dergelijk beheermodel is dat deze aanpak tijdsintensief is en dat het bereiken van consensus lastig kan zijn. In een andere situatie kan meer centrale coördinatie van de inspanningen van alle betrokken partijen gewenst zijn. Hier kan invulling aan worden gegeven door besluiten en activiteiten te laten coördineren door één van de samenwerkende partijen die 'in charge' is. Deze aanpak heeft als voordeel dat snelle besluitvorming mogelijk is. Echter, het risico bestaat dat de leidende partij te veel focus legt op de eigen agenda, wat ten koste kan gaan van anderen in de samenwerkingsrelatie. Een andere invulling is om het beheer van de samenwerkingsrelaties uit te besteden en te beleggen bij een afzonderlijke partij die geen onderdeel is van het initiële samenwerkingsverband. Dit kan een persoon zijn of een formele – soms nog op te richten – organisatie, zoals binnen de context van de geboortezorg de regionale integrale geboortezorg organisaties (igo's) zijn opgericht. Binnen deze igo's zijn verloskundigenpraktijken, kraamzorgorganisaties en ziekenhuizen vertegenwoordigd en worden onder andere taken en betaling geregeld.

Welke omstandigheden hebben invloed op samenwerking en het beheermodel?

Verschillende omstandigheden beïnvloeden het verloop van de samenwerking tussen partijen, wat vervolgens een weerslag heeft op welk beheermodel passend is. Op basis van ons onderzoek geven we drie voorbeelden. Ten eerste is het aantal betrokken zorgaanbieders en zorgverzekeraars van belang. In principe geldt: hoe meer partijen betrokken zijn, hoe complexer het beheer van de samenwerkingsrelaties. Een tweede factor is de mate van wederzijds vertrouwen tussen de betrokken partijen (zie 'Wederzijds vertrouwen'). Als veel verschillende partijen met elkaar samenwerken, bestaat er dan alleen vertrouwen tussen bepaalde partijen of is vertrouwen gelijkelijk verdeeld? In principe geldt dat de complexiteit van het beheer van de samenwerkingsrelaties toeneemt naarmate er meer wantrouwen is tussen partijen. Ten slotte zijn verschillen tussen partijen van grote invloed op de samenwerkingsrelatie en daarmee op welk beheermodel het meest passend is. Zo kunnen grote verschillen in de organisatiecultuur, die het unieke karakter van elke partij weerspiegelen, de samenwerkingsrelatie aanzienlijk compliceren en meer eisen stellen aan het relatiebeheer. Wanneer bijvoorbeeld de normen, waarden, doelen, missie en visie van de verschillende partijen sterk uiteenlopen, liggen bepaalde risico's op de loer, zoals het ontstaan van misverstanden en conflicten die de samenwerking ondermijnen. Dat geldt ook voor verschillen in taalgebruik (zie ook 'Leiderschap'). Gedurende de interviews viel bijvoorbeeld op dat betrokkenen van verschillende partijen soms andere woorden gebruikten voor dezelfde concepten in de gesprekken over alternatieve bekostiging. Zo werden de termen bekostiging, financiering en kosten regelmatig door elkaar heen gebruikt. Dit vormt een bron van miscommunicatie met nadelige gevolgen voor de relaties tussen samenwerkende partijen en het beheer van deze relaties. Een andere bron van verschillen tussen partijen die (het beheer van) de samenwerkingsrelatie beïnvloedt, betreft uiteenlopende belangen. Uit ons onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat partijen sector- of domeinoverstijgende samenwerking en bekostiging ingewikkeld vinden, onder meer vanwege de verschillende belangen die soms lijken te botsen (zie citaat 5 en 6). Het begrijpen en overbruggen van belangentegenstellingen om duurzame samenwerkingsrelaties te realiseren en te borgen, vereist een zorgvuldige benadering.

Citaat 5: “De verschillende belangen van verschillende partijen maken het best wel lastig om alternatieve bekostiging ook voor de keten vorm te geven, zeker omdat ieder natuurlijk zijn eigen toke als belangrijkste element in dit hele traject ziet.” (Manager zorgverkoop)

Citaat 6: “In ons vak, de geboortezorg, speelt herschikken van taken een grote rol. In plaats van dat zwangeren met zwangerschapsdiabetes alle zorg in het ziekenhuis krijgen, namelijk bij de gynaecoloog en internist, zeggen we dat deze zorg voor een groot kan worden gedaan door verloskundigen. Maar dan ontstaat er onmiddellijk discussie want dan zegt het ziekenhuis, ja maar dan verlies ik omzet. En de verloskundige zegt, ja maar dan krijg ik extra werk dus daar moet wel iets tegenover staan. En dan is het eigenlijk meteen einde oefening.” (Medisch specialist)

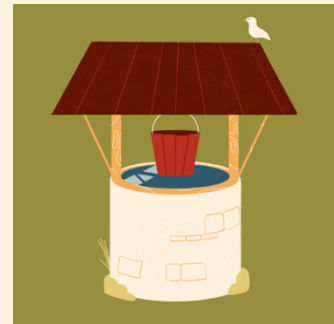
Een laatste voorbeeld uit de praktijk waaruit blijkt dat verschillen tussen partijen - dit keer in termen van macht - de samenwerking kan compliceren, is dat kleinere partijen een verlies aan zeggenschap kunnen ervaren als zij samenwerken met grotere en daardoor machtige partijen. Dit speelde onder andere binnen de geboortezorg. De verloskundigen vreesden dat ziekenhuizen vanwege hun omvang een dominante machtspositie zouden krijgen ten opzichte van de verloskundigen. De verloskundigen waren bang voor verlies aan autonomie en voelden zich overgeleverd aan de grootste partij. Een verloskundige geeft in een artikel van de NOS (2022) het volgende fictieve voorbeeld over de keuze voor een thuisbevalling die deze angst illustreert: “Dan zou er een richtlijn kunnen komen dat alleen iemand die al eens is bevallen en heeft bewezen dit veilig te kunnen doen thuis mag bevallen. Dan beperk je toch de keuzevrijheid. En zo kom je op een glijdende schaal, waarbij de grote partij kan stellen: wij vinden dat niet verantwoord.” Zonder passend relatiebeheer is een samenwerking tussen partijen die sterk van elkaar verschillen, gedoemd te mislukken.

Relatiebeheer en ontwikkeling en implementatie alternatieve bekostiging: hand in hand?

De ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging gaat idealiter dus hand in hand met passend relatiebeheer. Dit betekent echter niet dat hervorming van de bekostiging altijd het startschot is om relaties tussen samenwerkende partijen te gaan beheren. Integendeel: alternatieve bekostiging zal vaak eerder een sluitstuk zijn van een traject waarin het opbouwen van relaties, samenwerken en gezamenlijke verantwoordelijkheid nemen voor gemeenschappelijke doelen centraal stond. Dit was bijvoorbeeld het geval in de initiatieven voor integrale geboortezorg en acuut herseninfarct. Alternatieve bekostiging kwam daar met name op het toneel om gemeenschappelijke doelen en nieuwe manieren van werken kracht bij te zetten.

2.5 Hulpbronnen

Voldoende hulpbronnen in termen van geld, personeel en data bevorderen de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging. Dit komt doordat betrokkenen meer in staat worden gesteld en zich meer in staat voelen om veranderingen door te voeren.



Waarom zijn geld, personeel en data nodig bij de ontwikkeling en implementatie?

Voor het ontwikkelen en implementeren van alternatieve bekostiging zijn voldoende hulpbronnen nodig. Ten eerste vraagt alternatieve bekostiging vaak om inzet van extra financiële middelen. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen er bijvoorbeeld voor kiezen te investeren in gemeenschappelijke ICT (bijvoorbeeld voor het registreren van kwaliteitsindicatoren) of het in de lucht houden van een schaduwboekhouding op basis van de bestaande bekostiging (bijvoorbeeld voor monitoring). Vaak wordt ook een extern bureau ingehuurd om het ontwikkelings- en implementatieproces te begeleiden (bijvoorbeeld inplannen en voorzitten van vergaderingen, bewaken van de voortgang, uitvoeren van analyses en opstellen van rapportages).

Ten tweede is voldoende personeel nodig om alternatieve bekostiging van de grond te krijgen aangezien dit vraagt om extra inspanningen. Hierbij gaat het allereerst over voldoende mensen die zich actief inzetten voor de ontwikkeling en implementatie, bijvoorbeeld door zitting te nemen in de projectgroep, het analyseren van (de kosten van) het zorgpad en in een latere fase van het traject het opstellen van eindafrekeningen. Daarnaast is het belangrijk om een multidisciplinair team samen te stellen met vertegenwoordigers van zorgaanbieders en zorgverzekeraars die goed met elkaar kunnen samenwerken (zie 'Wederzijds vertrouwen') en vanuit hun eigen kennis, vaardigheden, rol en verantwoordelijkheden input kunnen leveren (zie 'Actieve betrokkenheid'). Zo is het belangrijk dat zorgverleners onderdeel zijn van het team vanwege hun expertise op het zorginhoudelijke vlak. Zij kunnen bijvoorbeeld van waarde zijn bij het bepalen van het zorginhoudelijke verbeterpotentieel (zie 'Verbeterpotentieel') en bij de duiding van mogelijke effecten op volume en kwaliteit van zorg. Data-analisten van de zorgverzekeraar kunnen juist weer van waarde zijn bij het inzichtelijk maken van administratieve data die de basis kunnen vormen voor een open gesprek over zorguitgaven.

Een derde categorie van hulpbronnen is data, bijvoorbeeld over kwaliteit van zorg, zorguitgaven en zorggebruik. Door data op een slimme manier te verzamelen en te verwerken ontstaat informatie op basis waarvan betere beslissingen kunnen worden genomen. Tijdens de ontwikkeling van alternatieve bekostiging zijn data onder meer belangrijk om het verbeterpotentieel vast te kunnen stellen (zie 'Verbeterpotentieel'). Ook maken goede data het mogelijk eigen prestaties inzichtelijk te maken en te vergelijken met de prestaties van andere zorgaanbieders of met vastgestelde standaarden of doelen en waardevolle gesprekken aan te gaan over de oorzaken van eventuele verschillen. Ten slotte zijn data belangrijk om inzicht te krijgen in of, en zo ja waar, tussentijds bijsturen nodig is. Data worden idealiter 'real time' toegankelijk gemaakt voor alle relevante betrokkenen via bestaande of nieuwe systemen die onderling goed met elkaar communiceren.

Waarom werkt beschikbaarheid van voldoende hulpbronnen bevorderend?

De reden waarom de aanwezigheid van voldoende hulpbronnen de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging makkelijker maakt, is dat betrokkenen hierdoor daadwerkelijk in staat worden gesteld om veranderingen door te voeren. Immers, het ontwikkelen en implementeren van alternatieve bekostiging wordt bijvoorbeeld erg moeilijk als er geen personeel vrijgespeeld kan worden om zitting te nemen in de projectgroep. Meer indirect hebben hulpbronnen ook een positief effect op de ontwikkeling en implementatie doordat de ervaren controle onder betrokkenen toeneemt. Wanneer mensen denken dat het binnen hun vermogen ligt om alternatieve bekostiging van de grond te krijgen en ze er dus controle over ervaren, zijn ze meer geneigd in actie te komen. Binnen één van de onderzochte initiatieven kregen zorgverleners tijdens zogenaamde spiegelbijeenkomsten bijvoorbeeld toegang tot gegevens waaruit bleek dat de tijd die patiënten doorbrachten in hun ziekenhuis na een operatie één tot twee dagen langer was dan in vergelijkbare ziekenhuizen. Dit verschil vormde de basis voor een inhoudelijk gesprek tussen de aanwezige zorgverleners. Op basis hiervan ontdekten zij dat de langere ligduur waarschijnlijk samenhangt met verschillen in behandelprotocollen, waarop de zorgverleners van het ziekenhuis met de relatief lange ligduur uiteindelijk hebben besloten de behandelprotocollen aan te passen.

Voldoende hulpbronnen realiseren niet vanzelfsprekend

In de praktijk is het realiseren van voldoende hulpbronnen niet altijd makkelijk. Zo is het vaak ingewikkeld om genoeg financiële middelen te verzamelen. Hoewel onder andere subsidies, coalitiegelden en transformatiegelden kunnen worden aangevraagd om de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging (deels) te financieren, wordt het aanvraagproces vaak als bureaucratisch ervaren. Bovendien betreft dit tijdelijke financiële middelen, waardoor het risico bestaat dat als het geld op is, het alternatieve bekostigingsmodel *“als een pudding in elkaar stort en iedereen weer gewoon verder gaat zoals men altijd heeft gedaan”*.

In de huidige krappe arbeidsmarkt is het daarnaast vaak moeilijk om voldoende gekwalificeerd en toegewijd personeel te vinden dat gedurende een aanzienlijke periode genoeg tijd kan vrijmaken om alternatieve bekostiging van de grond te krijgen. Dit geldt in het bijzonder voor artsen. Zij hebben vaak geen ruimte om überhaupt actief bij te dragen aan dit soort initiatieven of doen het in hun vrije tijd, met het risico op frustratie en overbelasting tot gevolg.

Ten slotte werd het op orde krijgen van de data-infrastructuur binnen elk van de onderzochte initiatieven als een taai en tijdrovend obstakel ervaren. In de praktijk is het bijvoorbeeld al uitdagend om data tussen de verschillende afdelingen van een ziekenhuis te delen en aan elkaar te koppelen, laat staan tussen verschillende organisaties zoals een ziekenhuis en verloskundigenpraktijken of een revalidatiecentrum. Een respondent beschreef bijvoorbeeld dat de ICT-systemen die de verschillende zorgaanbieders binnen de geboortezorg hanteren niet *“met elkaar konden praten”*. Informatie die in principe met een druk op de knop uitgewisseld zou moeten kunnen worden, moest handmatig worden ingevoerd in verschillende systemen. De frustratie die dit opleverde, belemmerde de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging.

2.6 Leiderschap

Wanneer effectieve leiders de toegevoegde waarde van alternatieve bekostiging erkennen, kan dit de ontwikkeling en implementatie ervan bevorderen. Dit komt omdat anderen hierdoor positiever aan gaan kijken tegen alternatieve bekostiging en hun ideeën over wat wenselijk gedrag is veranderen.



Wat maakt een leider een effectieve leider?

Effectief leiderschap speelt een belangrijke rol bij het ontwikkelen en implementeren van alternatieve bekostiging. Dat leiderschap moet ‘meerlaags’ zijn, waarbij zowel op strategisch niveau (zoals binnen het bestuur van een ziekenhuis of zorgverzekeraar) als op uitvoerend niveau (zoals binnen een vakgroep van zorgverleners of binnen een zorginkoopteam) effectief leiderschap wordt getoond. In de transitie richting alternatieve bekostiging kunnen verschillende personen een leiderschapsrol vervullen. Effectieve leiders hoeven geen formele managers zoals bestuurders of afdelingshoofden te zijn. Wat effectief leiderschap inhoudt, hangt af van de specifieke situatie en de behoeften van de groep mensen waaraan leiding wordt gegeven. Zo kan in de onzekere opstartfase van alternatieve bekostiging meer behoefte zijn aan een visionair die in staat is om anderen te overtuigen (zie [citaat 7](#)), dan in de fase van opschaling.

Citaat 7: “Leiderschap is een belangrijke factor in elke organisatie. Of je nou in een ziekenhuis werkt of als de directeur van Shell bedenkt: we gaan de raffinaderijen in Pernis ondersteboven bouwen. Dat lukt alleen maar, als daar een aantal mensen is die zegt: goh, dat is een geweldig idee, daar gaan we voor! Als die meteen zeggen: dat is hem niet helemaal, dan wordt het lastig natuurlijk.” (Financieel manager zorgaanbieder)

In de interviews zijn leiderschapskenmerken benoemd die volgens de respondenten van belang zijn bij de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging. Ten eerste is het belangrijk dat de leider door ‘peers’ wordt beschouwd als iemand die bekwaam is en kennis van zaken heeft in diens vakgebied. Ten tweede heeft een effectief leider sterke communicatieve en sociale vaardigheden. Dit betekent dat de leider in staat is het nieuwe gedachtegoed effectief te verspreiden en de juiste toon en woorden weet te kiezen in de communicatie over alternatieve bekostiging. Het belang van passende communicatie waarbij de leider gevoelig is voor welke taal aansluit bij de verschillende betrokkenen, moet niet worden onderschat. Daar waar woorden als ‘schadelast’ en ‘productie’ voor medewerkers van de zorgverzekeraar bijvoorbeeld als neutraal worden beschouwd, gaven meerdere zorgverleners in de interviews juist aan dat de nekharen omhooggaan als gesproken wordt over schadelast (“alleen het wóórd al!”) en productie (zie [citaat 8](#)).

Citaat 8: “Het ziekenhuis wordt steeds meer de koekjesfabriek. Productie is natuurlijk een verschrikkelijk woord. Een product is een koekje dat je bakt en dan heb je een marketingafdeling en die maakt de hele wereld wijs dat dat het beste koekje is. Het ziekenhuis hoort dienstverlening te zijn. Dat is zinvolle interactie tussen dienstverlener en dienstgebruiker en dan gezamenlijk besluiten. En die interactie wordt gewoon helemaal niet beloond maar het koekjesfabriek-denken wel.” (Medisch specialist)

Daarnaast gaat de leider respectvol om met anderen, biedt deze persoon ruimte voor verschillende inzichten en kan de leider verbinden en omgaan met weerstand. Ten derde is een effectief leider strategisch sterk en in staat het grote plaatje voor ogen te houden door verder te kijken dan de huidige (korte termijn) situatie. Daarbij is het van belang dat de leider besluitvaardig is en bereid is om bij te sturen indien nodig. Ten vierde is een effectief leider authentiek, oprecht, transparant en betrouwbaar. Ten slotte loopt een effectieve leider zichtbaar en bevlogen voorop.

De zorginhoudelijke leider

In meerdere van de onderzochte initiatieven speelt de zorginhoudelijke leider een belangrijke rol. Deze persoon – vaak een zorgverlener zoals een arts of verloskundige – brengt de zorgpraktijk en de beleidsmatige en organisatorische aspecten van de zorg samen. Dit is bijvoorbeeld nuttig bij het vaststellen van het verbeterpotentieel (zie ‘Verbeterpotentieel’), waarbij enerzijds zorginhoudelijke kennis nodig is om te bepalen waar in het zorgtraject verbetering mogelijk is en anderzijds kennis over de bekostiging nodig is om na te gaan of – en zo ja, hoe – alternatieve bekostiging deze verbeteringen zou kunnen faciliteren. Doordat de zorginhoudelijke leider de taal spreekt van zowel zorgverleners als van bijvoorbeeld bestuurders, zorgverkopers en medewerkers van de zorgverzekeraar, functioneert deze leider als bruggenbouwer tussen de partijen die elkaar moeten vinden om te komen tot alternatieve bekostiging (zie ‘Actieve betrokkenheid’).

Kenmerkend voor een effectief zorginhoudelijke leider is dat deze persoon een goed begrip heeft van wat er speelt binnen de eigen beroepsgroep en bij andere zorgverleners, wat het mogelijk maakt om hierop in te spelen en eventuele zorgen weg te nemen (zie citaten 9 en 10). Ten slotte dragen vakinhoudelijke uitmuntendheid, toewijding aan patiëntenzorg en steeds vaker ook excellente managementvaardigheden bij aan het verdienen van respect en waardering als zorginhoudelijke leider.

Citaat 9: "Ik heb heel erg geprobeerd vanuit mijn rol en positie de mensen vertrouwen te geven. Ik zit al een tijdje op deze stoel en ik heb, ik mag wel zeggen, een hele goeie verstandhouding met de medische staf en ook met heel veel individuele dokters die ik in al die jaren tegen ben gekomen. Vanuit die positie heb ik geprobeerd om mensen mee te krijgen en vertrouwen te geven, gerust te stellen. Dat zie ik als mijn belangrijkste rol in het begin van het proces." (Financieel manager zorgaanbieder)

Citaat 10: "De medisch specialisten hebben wel tien keer aan mij gevraagd: het wordt toch wel geregeld dat de alternatieve bekostiging geen invloed heeft op mijn honorarium? Zolang ze het aan mij vragen vind ik dat helemaal niet erg. Maar zodra dat in het project gaat zeuren en chagrijn op gaat leveren naar een verzekeraar of projectleider, dan is dat niet oké. Dus je moet echt gewoon zorgen dat je aan het begin die zorgen wegneemt. Dat iedereen zegt van oké, dat is geregeld en daar kan ik ook gewoon op vertrouwen." (Medisch specialist)

Hoe draagt effectief leiderschap bij aan de ontwikkeling en implementatie?

Uit ons onderzoek blijkt dat effectief leiderschap de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging om verschillende redenen kan bevorderen. Een eerste reden is dat betrokkenen een positieve houding kunnen ontwikkelen ten opzichte van alternatieve bekostiging. Leaders kunnen helder en op een inspirerende manier aan hun achterban (zoals een vakgroep binnen een ziekenhuis) uitleggen waarom de bekostiging moet veranderen en hoe het alternatieve bekostigingsmodel de organisatie ten goede komt. De houding van de betrokkenen ten opzichte van alternatieve bekostiging verandert hierdoor in positieve zin. Ten tweede spelen leaders een belangrijke rol bij het veranderen van bestaande normen. Als een

leider zich inspant voor alternatieve bekostiging, dan zijn betrokkenen eerder geneigd dit voorbeeld te volgen. Het gedrag van de leider kan er namelijk voor zorgen dat de ideeën van betrokkenen over wat wenselijk gedrag is verschuiven, waardoor een nieuwe norm ontstaat. Zowel positievere houdingen (reden 1) als aangepaste normen (reden 2) leiden ertoe dat betrokkenen meer geneigd en gemotiveerd zijn om te veranderen in lijn met de doelen van de alternatieve bekostiging. Een laatste reden is dat effectief leiderschap bijdraagt aan wederzijds vertrouwen, voldoende hulpbronnen en psychologische veiligheid.

2.7 Actieve betrokkenheid

Het actief betrekken van alle relevante partijen bevordert de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging. Dit komt omdat er dan betere beslissingen worden genomen en het leidt tot gedeelde verantwoordelijkheid voor het realiseren van doelen, meer ervaren voordeel, samen leren en meer vertrouwen.



Wat houdt actieve betrokkenheid in?

Bij de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging is het belangrijk dat alle relevante partijen actief worden betrokken. Dit geldt zowel op organisatieniveau (zorgaanbieders en zorgverzekeraars) als op het niveau van de mensen binnen die organisaties (zoals zorgverleners, bestuurders, managers, beleidsmakers, controllers, zorginkopers, zorgverkopers, data-analisten en patiënten). Actieve betrokkenheid betekent concreet dat partijen betrokken zijn bij het nemen van beslissingen die hen aangaan én dat zij de kans krijgen om die beslissingen te beïnvloeden. Juist bij alternatieve bekostiging is dit van belang, omdat het gaat om ingewikkelde veranderingen met onzekere resultaten die direct ingrijpen op het werk van veel verschillende mensen. Een voorbeeld uit de praktijk waar actieve betrokkenheid van verschillende betrokkenen – waaronder zorgverleners, data-analisten en controllers – belangrijk wordt gevonden, is bij de vaststelling van prijs voor de bundel of de benchmark in een shared savings model.

Welke typen van actieve betrokkenheid zijn er te onderscheiden?

De wetenschappelijke literatuur onderscheidt vier typen van betrokkenheid die in de onderzochte initiatieven verschillend worden toegepast (zie [tekstbox 4](#)). Actieve betrokkenheid past het beste bij typen 2 en 4, die van elkaar verschillen in of de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging hoofdzakelijk ‘van bovenaf’ of ‘van onderaf’ plaatsvindt.

Tekstbox 4: Vier typen van betrokkenheid (gebaseerd op Reed et al. 2018)

1. Top-down eenrichtingsverkeer. Partijen worden van bovenaf geconsulteerd of simpelweg geïnformeerd over een beslissing door de partij met beslissingsmacht.
2. Top-down tweerichtingsverkeer. Betrokkenheid wordt van bovenaf geïnitieerd door een partij met beslissingsmacht, waarbij ruimte is voor discussie en gezamenlijke ontwikkeling en eigenaarschap van een beslissing. Het daadwerkelijk doorvoeren van de beslissing blijft de verantwoordelijkheid van de initiërende partij.
3. Bottom-up eenrichtingsverkeer. Betrokkenheid wordt van onderaf geïnitieerd door belanghebbende partijen (zoals een patiëntenorganisatie) die door middel van consultatie van achterbannen en/of communicatie via bijvoorbeeld de media proberen partijen met beslissingsmacht te beïnvloeden bij het nemen van beslissingen.
4. Bottom-up tweerichtingsverkeer. Betrokkenheid wordt van onderaf geïnitieerd door belanghebbende partijen die samen met beslissingsbevoegden proberen te komen tot een beslissing. De beslissing kan uiteindelijk worden doorgevoerd door een enkele belanghebbende partij, maar ook gezamenlijk door meerdere betrokken partijen met gedeeld eigenaarschap.

Bij de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging is het belangrijk dat het type betrokkenheid past bij het doel en bij de omstandigheden. In de onderzochte initiatieven was dit niet altijd het geval. Soms werd bijvoorbeeld gekozen voor top-down eenrichtingsverkeer terwijl achteraf gezien top-down tweerichtingsverkeer mogelijk passender was geweest en wellicht tot meer draagvlak onder betrokkenen had kunnen leiden. In het hartfaleninitiatief was sprake van bottom-up tweerichtingsverkeer. Hoewel dit een proces als tijdrovend kan worden gezien, gaven respondenten gedurende de interviews veelvuldig aan positief te zijn over de manier waarop de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging een “co-creatie” was.

Waarom bevordert actieve betrokkenheid de ontwikkeling en implementatie?

Uit ons onderzoek komen vijf redenen naar voren waarom actieve betrokkenheid bevorderend kan werken. In de eerste plaats worden beter doordachte beslissingen genomen doordat er meer kennis en informatie wordt uitgewisseld. Hierdoor sluiten de beslissingen normaliter beter aan bij de weerbarstige praktijk en bij de behoeften van degenen die te maken krijgen met de gevolgen van de beslissingen. Hierdoor worden de beslissingen sneller geaccepteerd en veranderingen doorgevoerd. Een tweede reden is dat actieve betrokkenheid bijdraagt aan gedeelde verantwoordelijkheid. Betrokkenen voelen zich samen eigenaar van problemen en oplossingen, waardoor de kans groter wordt dat doelen worden behaald. Ten derde is het mogelijk dat betrokkenen meer voordeel ervaren van de alternatieve bekostiging omdat hun belangen en wensen worden meegenomen bij de ontwikkeling en implementatie ervan. Dit zorgt voor draagvlak. Ten vierde kan actieve betrokkenheid aanzetten tot samen leren (zie [citaat 11](#)).

Citaat 11: “Ik vond het interessant dat de managers, klinici en mamacare zusters samen waren gevraagd om deel te nemen. Dat vond ik heel positief. Omdat managers en klinici heel veel van elkaar kunnen leren, als je die los van elkaar in een ruimte zet dan wordt er heel erg langs elkaar heen gepraat.” (Medisch specialist)

Samen leren kan bijvoorbeeld resulteren in een beter begrip van waar de zorg kan worden verbeterd en hoe alternatieve bekostiging daaraan kan bijdragen, maar ook tot het heroverwegen van onderliggende aannames en waarden van betrokkenen die daardoor anders gaan denken en handelen. Een sterk gerelateerde laatste reden waarom actieve betrokkenheid de ontwikkeling en implementatie bevordert, is dat er meer vertrouwen in elkaar ontstaat (zie [‘Wederzijds vertrouwen’](#)). Betrokkenen krijgen de gelegenheid elkaar beter te leren kennen en begrip te ontwikkelen voor elkaars belangen, wensen en zorgen.

Wat bepaalt de effectiviteit van actieve betrokkenheid?

Het is belangrijk om op te merken dat los van het type betrokkenheid dat wordt toegepast, de effectiviteit van de betrokkenheid afhangt van verschillende factoren. Een voorbeeld van zo’n factor zijn de precieze omstandigheden waar de betrokkenen mee te maken hebben. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om de vraag of genoeg hulpbronnen beschikbaar zijn voor het organiseren en begeleiden van werksessies waarin kennis en ervaringen kunnen worden uitgewisseld (zie [‘Hulpbronnen’](#)). Maar ook om de mate waarin sprake is van verschillen in cultuur en achtergrond tussen betrokkenen (zie [citaat 12](#)).

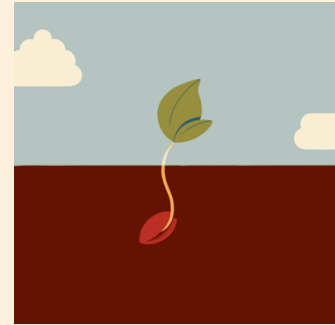
Citaat 12: “Bij een verzekeraar heeft 95% van de mensen een wiskundige achtergrond, of economie, bedrijfskunde, rechten, econometrie gestudeerd. Bij ons heeft 95% van de mensen een medische achtergrond. Op het moment dat je die partijen aan één tafel zet, dan zet je een econoom die op basis van een Excel exercitie een bepaalde conclusie denkt te kunnen trekken, tegenover een arts die kijkt naar zijn patiëntendossier. Dat bij elkaar brengen, die verschillende talen, dat vergt een extra investering, als ik het voorzichtig zeg.” (Medisch specialist)

Een ander voorbeeld van een factor die de effectiviteit van de betrokkenheid beïnvloedt, is hoe betrokkenheid concreet wordt vormgegeven. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om welke partijen precies worden betrokken en om de duur en intensiteit van de betrokkenheid. Om een mismatch tussen beleid en praktijk te voorkomen (zie [‘Ontkoppeling bij de zorgaanbieder’](#), [‘Ontkoppeling bij de zorgverzekeraar’](#) en [citaat 13](#)), is het belangrijk om in ieder geval de leiders, beslissingsbevoegden en degenen die direct te maken krijgen met de gevolgen van beslissingen te betrekken.

Citaat 13: “En dat is wat we natuurlijk vaak ook zien, dat iemand bij de verzekeraar vanachter het bureau iets bedenkt, wat helemaal niet overeenkomt met de praktijk. En dat levert heel veel frustratie op en dan denk ik van goh, kom eens meekijken en dan kun je samen kijken hoe je het beter kan maken.” (Medisch specialist)

2.8 Experimenteren op beperkte schaal

Op beperkte schaal experimenteren kan de ontwikkeling en implementatie van - alternatieve bekostiging bevorderen. Dit komt omdat waardevolle kennis wordt vergaard en gecreëerd terwijl de ervaren risico's beheersbaar blijven.



Wat houdt 'beperkte schaal' in?

Door met elkaar op beperkte schaal te experimenteren met alternatieve bekostiging kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars op een verkennende manier nieuwe dingen uitproberen terwijl het door de betrokkenen ervaren risico relatief beperkt kan blijven. Het begrip 'beperkte schaal' kan daarbij verschillende betekenissen hebben. Zo kan het gaan om een alternatief bekostigingsmodel voor slechts een deel van het totale zorgtraject rondom de behandeling of aandoening (zoals bij de initiatieven voor heup/knievervanging en acuut herseninfarct) of om afspraken tussen maar één aanbieder en één zorgverzekeraar (zoals bij het initiatief voor hartfalen). Bij de meeste bestudeerde initiatieven is er bewust voor gekozen alternatieve bekostiging binnen de tweede lijn te ontwikkelen en implementeren en eerstelijnszorg in eerste instantie buiten het contract te houden.

Waarom kan experimenteren op beperkte schaal helpen?

De reden waarom op beperkte schaal experimenteren de ontwikkeling en implementatie kan bevorderen is tweeledig. Ten eerste biedt het de mogelijkheid gedoseerd ervaring op doen: 'learning by doing'. Hierbij wordt niet alleen bestaande kennis verzameld en uitgewisseld, maar nieuwe kennis gecreëerd (zie [citaat 14](#)). De inzichten die hieruit volgen zijn waardevol bij zowel het realiseren van de doelen van de alternatieve bekostiging als bij het nemen van beslissingen over wel of niet doorgaan en in welke vorm.

Citaat 14: "Wij doen meer complexe orthopedie. Dat maakt ook dat als we het over totale heup hebben, wij het ook wel belangrijk vonden dat de ene heup de andere niet is. Dat is natuurlijk toch wel een beetje het ingewikkelde in bundled payment. Je krijgt dan de indruk: alles is ongeveer hetzelfde, er is een zorgpad, maar het maakt nogal uit of iemands bot helemaal weg is of dat er gewoon een perfect bot is en een kleine prothese geplaatst wordt. Dus wij vonden het belangrijk ook aan het wetenschappelijke stuk bij te dragen." (Medisch specialist)

Ten tweede blijkt uit ons onderzoek dat betrokkenen de risico's als beter behapbaar beschouwen als relatief klein wordt begonnen. Het komen tot een alternatieve bekostiging vraagt om investeringen en inzet van hulpbronnen (zie [Hulpbronnen](#)) die niet voor andere zaken kunnen worden gebruikt en deels als verloren kunnen worden beschouwd wanneer het initiatief wordt stopgezet. Voorbeelden hiervan zijn het in de lucht houden van een schaduwboekhouding op basis van de bestaande bekostiging, investeringen in ICT en het vrijspelen van mensen om aan projectgroepen deel te nemen. Dergelijke investeringen en inzet van hulpbronnen zijn in zekere mate risicovol omdat ze gericht zijn op een verandering die erg complex is en daardoor onzekere opbrengsten heeft. Bovendien kunnen bij de ontwikkeling en implementatie altijd onverwachte uitdagingen opdoemen die betrokkenen vooraf niet hadden kunnen voorzien. Door de schaal van het experiment (in eerste instantie) beperkt te houden, kunnen de investeringen en inzet van hulpbronnen relatief beperkt blijven. Tijdens de interviews gaven respondenten aan de risico's hierdoor als beter beheersbaar te ervaren (zie [citaat 15](#)).

*Citaat 15: “We hebben uitgesproken met de zorgverzekeraar dat we elkaar niet heel hard gaan afrekenen. We kunnen gewoon wat gaan spelen en de kop gaat er niet af hier als het mislukt.”
(Adviseur)*

Klein genoeg maar ook weer niet té klein: een lastige balans

Een belangrijke kanttekening bij het bovenstaande is dat juist vanwege de beperkte schaal gewenste uitkomsten kunnen uitblijven en het initiatief wordt gestopt. Betrokkenen kunnen onvoldoende belang ervaren bij actieve deelname, bijvoorbeeld omdat de effecten van veranderingen die binnen het initiatief worden gevraagd te klein zijn om de investeringen en inzet van hulpbronnen te rechtvaardigen. Binnen het initiatief voor acuut herseninfarct waren de patiëntaantallen bijvoorbeeld zodanig klein dat sommige betrokkenen aangaven “daar de tent niet voor te gaan verbouwen” waardoor wezenlijke veranderingen uitbleven en de kans op substantiële verbeteringen van bijvoorbeeld de kwaliteit van zorg of lagere zorguitgaven klein is. Hier moeten partijen dus een balans zien te vinden tussen klein genoeg om de ervaren risico's te kunnen beheersen, en tegelijkertijd groot genoeg om voldoende belang en bereidheid om te veranderen te realiseren.

2.9 Psychologische veiligheid

Een werkomgeving waarin mensen zich psychologisch veilig voelen bevordert de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging. Dit komt omdat samen leren en productieve samenwerking worden gestimuleerd.



Wat houdt psychologische veiligheid in?

Psychologische veiligheid gaat over hoe comfortabel mensen zich voelen om zich kwetsbaar op te stellen in een groep. Daarbij kan het zowel gaan om groepen binnen organisaties (zoals een projectgroep binnen een zorgaanbieder of een inkoopteam binnen een zorgverzekeraar) als om groepen die tussen organisaties worden gevormd (zoals een stuurgroep met vertegenwoordigers van alle betrokken organisaties). Mensen maken inschattingen van wat er kan gebeuren als ze bepaalde dingen doen of zeggen in een groep. Wat zijn bijvoorbeeld de verwachte gevolgen van het vragen om hulp om vooruit te komen of het bespreekbaar maken van fouten? Als de groep naar verwachting ondersteunend en begripvol zal reageren en er open gesprekken zullen ontstaan, dan is de psychologische veiligheid relatief groot. Als de inschatting is dat je openlijk kan worden bekritiseerd of er zelfs op kan worden afgerekend (zie [citaat 16](#)), dan is de psychologische veiligheid in een groep juist relatief klein. Een hoge mate van psychologische veiligheid heeft een positieve invloed op de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging.

Citaat 16: “Er zit gewoon een afspraak aan vast met de verzekeraar en daarom houd je je kaarten het liefst nog een klein beetje voor jezelf. En ik denk dat ik misschien iets minder wantrouwend moet zijn, gewoon met elkaar werken aan de situatie waarop open zijn niet gelijk betekent dat je wordt afgerekend. Het is in principe zo dat elke willekeurige arts heel open zal zijn over zijn eigen prestaties of zijn eigen kunnen zolang het maar niet gelijk betekent dat je vanaf nu dit niet meer mag doen of die mensen niet meer mag opereren. Ik denk dat die onzekerheid meespeelt bij dat mensen wat terughoudender zijn.” (Medisch specialist)

Wat draagt bij aan psychologische veiligheid?

Drie factoren vergoten de kans op een psychologisch veilige werkomgeving. Een eerste factor zijn goede relaties gebaseerd op vertrouwen, respect en overtuiging van elkaars kennis en kunde (zie [citaat 17](#) en [‘Wederzijds vertrouwen’](#)). Een tweede factor is een passende leiderschapsstijl (zie [‘Leiderschap’](#)). Volgens de respondenten houdt dit in dat de leider aanwezig en benaderbaar is, om input en feedback vraagt, en een sfeer creëert waarin fouten maken mag. Ook begrijpt de leider hoe eigen gedrag van invloed kan zijn op het gedrag van anderen. Ten slotte kan experimenteren bijdragen aan een psychologisch veilig gevoel. Al doende leert men, en in dit proces worden soms ook fouten gemaakt (zie [‘Experimenteren op beperkte schaal’](#)).

Citaat 17: “De tone of voice kan al bepalend zijn. Wij hebben nu een leuk gesprek met elkaar, maar als jullie na tien minuten al het idee krijgen, die vent heeft er helemaal geen zin in, dan gaat het gewoon niet werken. Karakters moeten bij elkaar passen en dat is natuurlijk wel lastig, maar als het gaat etteren dan is dat niet fijn.” (Financieel manager zorgaanbieder)

Waarom werkt psychologische veiligheid bevorderend?

De reden waarom een gevoel van psychologische veiligheid de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging bevordert, is dat het samen leren en productieve samenwerking stimuleert. Betrokkenen vragen eerder om feedback en hulp, en delen eerder hun ideeën, zorgen of fouten. Hierdoor worden slimmere oplossingen verkend en (mogelijke) problemen tijdig gesignaleerd en waar mogelijk voorkomen. Ook zijn betrokkenen minder geneigd tot defensief gedrag en maken zich minder zorgen om te worden gestraft of bekritiseerd (zie [tekstbox 5](#)). Ten slotte zijn zij beter in staat om hun gedrag te veranderen, bijvoorbeeld omdat informatie open wordt gedeeld.

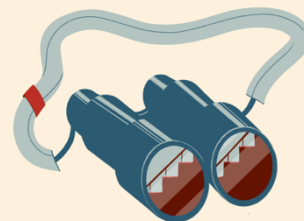
Tekstbox 5: Psychologische veiligheid tijdens spiegelbijeenkomsten

In initiatieven met alternatieve bekostiging worden vaak spiegelbijeenkomsten met zorgaanbieders georganiseerd. Het doel van deze bijeenkomsten is om van elkaar te leren en geïnspireerd te raken door prestaties te vergelijken en best practices te delen. Om dit goed te kunnen doen, is het nodig dat zorgaanbieders (concurrentie)gevoelige informatie delen met de andere zorgaanbieders, bijvoorbeeld over patiëntuitkomsten, zorguitgaven en zorggebruik.

Uit ons onderzoek blijkt dat deelnemers aan spiegelbijeenkomsten zoals artsen soms terughoudend zijn in het delen van informatie, wat duidt op een gebrek aan psychologische veiligheid. Dit kwam doordat zij naar eigen zeggen de gevolgen van het delen van informatie niet altijd goed konden overzien. Zal de zorgverzekeraar mij als zorgverlener bijvoorbeeld gaan opleggen welke patiënten ik wel en niet meer mag behandelen? Bovendien maakten deelnemers zich zorgen dat de informatie door de anderen mogelijk niet serieus zou worden genomen of misschien zelfs wel zou worden misbruikt. Dit leidde soms tot een argwanende en afwachtende houding die haaks stond op het doel van de bijeenkomsten, en die de ontwikkeling en implementatie van de alternatieve bekostiging heeft belemmerd.

2.10 Verbeterpotentieel

Een helder omschreven en breed gedragen verbeterpotentieel in zowel de zorginhoud als in de bekostiging bevordert de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging. Dit komt omdat betrokkenen positiever naar de alternatieve bekostiging gaan kijken en meer geneigd zijn om veranderingen door te voeren.



Wat houdt ‘verbeterpotentieel’ in en welke aspecten zijn belangrijk bij het vaststellen ervan?

Het verbeterpotentieel verwijst naar de onderbouwde verwachtingen van betrokkenen over welke zorgprocessen en/of zorguitkomsten kunnen verbeteren door de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging, en hoe. Uit ons onderzoek blijkt dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars bij het vaststellen van het verbeterpotentieel rekening moeten houden met drie aspecten.

Ten eerste is het cruciaal dat er verbetering mogelijk is op zowel zorginhoudelijk vlak als qua bekostiging. Dit betekent dus dat de huidige manier van zorg verlenen als suboptimaal wordt beschouwd door direct betrokkenen. Tegelijkertijd moet de bestaande bekostiging ergens ‘knellen’. Idealiter zou de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging dan een oplossing zijn voor het ervaren probleem in de praktijk. In de geboortezorg werd bijvoorbeeld de beperkte samenwerking tussen eerstelijns-zorgverleners en het ziekenhuis gezien als een van de oorzaken van de suboptimale zorg en uitkomstmaten voor moeder en kind (i.e. het zorginhoudelijke verbeterpotentieel). De verschillende bekostigingsmodellen in de eerste en tweede lijn staan deze samenwerking in de weg (i.e. verbeterpotentieel in de bekostiging) en alternatieve bekostiging zou de ervaren obstakels kunnen verminderen. In de onderzochte initiatieven bleek het verbeterpotentieel in de zorginhoud en in de bekostiging niet altijd aanwezig of duidelijk voor alle betrokkenen en was de benodigde ‘klik’ tussen deze twee elementen niet altijd aanwezig.

Ten tweede moet het verbeterpotentieel helder omschreven zijn en te vertalen zijn naar concrete en meetbare doelen. Hierbij kan het gebruik van data zinvol zijn, bijvoorbeeld om knelpunten objectief in kaart te brengen en te onderbouwen met cijfers (zie ‘[Hulpbronnen](#)’). Ten slotte is het belangrijk dat overeenstemming wordt bereikt tussen betrokkenen van de zorgaanbieder en zorgverzekeraar over het verbeterpotentieel en moet het realiseren van de verbetering ook uitvoerbaar zijn. Dit laatste vereist dat zorgaanbieders concrete ideeën en plannen ontwikkelen, en dat zij voldoende hulpbronnen hebben om de verbeteringen te kunnen doorvoeren (zie ‘[Hulpbronnen](#)’). In [tekstbox 6](#) wordt dieper ingegaan op het verbeterpotentieel binnen het hartfalen initiatief.

Voor het zorginhoudelijk verbeterpotentieel geldt dat deze in ieder geval relevant moet zijn volgens zorgverleners en patiënten/cliënten. Een voorbeeld van waar de definitie van het zorginhoudelijke verbeterpotentieel beter had gekund, is het initiatief voor heup- en knie vervanging. Dit initiatief had onder andere als doel het aantal onnodige diagnostische tests bij een specifieke groep patiënten te verminderen. In de praktijk bleek echter dat veel zorgverleners deze tests al niet meer uitvoerden nadat behandelrichtlijnen waren aangepast. De zorginhoudelijke doelen die in het contract waren vastgelegd bleken dus achterhaald. Dit voorbeeld benadrukt het belang van nauwe samenwerking met zorgverleners bij het

identificeren van verbetermogelijkheden in de zorginhoud (zie 'Actieve betrokkenheid'). Wat hierbij volgens de interviewrespondenten helpt is als er binnen de relevante beroepsverenigingen of op landelijk niveau al breed gedragen uitkomstindicatoren ontwikkeld zijn, bijvoorbeeld als onderdeel van de beweging richting passende zorg (zie 'Externe omgeving').

Waarom werkt een helder omschreven en breed gedragen verbeterpotentieel bevorderend?

Uit ons onderzoek blijkt dat een helder omschreven en breed gedragen verbeterpotentieel in zowel zorginhoud als bekostiging de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging stimuleert (zie tekstbox 6: Het verbeterpotentieel binnen het hartfaleninitiatief). Dit is omdat betrokkenen positiever gaan kijken naar de alternatieve bekostiging. Zij onderschrijven dat de bestaande bekostiging belangrijke tekortkomingen heeft en dat alternatieve bekostiging niet enkel gericht is op het introduceren van nieuwe financiële prikkels, maar daadwerkelijk een middel kan zijn om de zorg te verbeteren. Betrokkenen begrijpen en steunen de doelen van de alternatieve bekostiging. Deze positievere houding kan ervoor zorgen dat betrokkenen eerder geneigd zijn om veranderingen die in lijn zijn met de doelen van de alternatieve bekostiging door te voeren. Echter, zoals blijkt uit citaat 18 kan een gebrekkig verbeterpotentieel juist belemmerend werken.

Citaat 18: "Waar we ook wel tegenaan liepen is: wat is nou eigenlijk het doel van dat hele traject? Gaat het nu om de kosten verlagen, gaat om betere kwaliteit en perceptie van de patiënt, of gaat het om beide? Uiteindelijk leek het wel een beetje om een ordinaire kostbesparing te gaan in plaats van dat het echt een verbeteringstrack was. Dat maakte dat soms vanuit zorgaanbieders werd gedacht: wat doen we hier nou eigenlijk?" (Manager zorgverkoop)

Tekstbox 6: Het verbeterpotentieel binnen het hartfaleninitiatief

Het hartfaleninitiatief is een voorbeeld waar sprake was van een duidelijk verbeterpotentieel op zowel zorginhoudelijk vlak als qua bekostiging. Allereerst was er een duidelijk besef dat de hartzorg in algemene zin moest veranderen. Een medisch specialist verwoordde dit als volgt:

“De cardiologen zien in dat het systeem vastloopt als we niks doen. Als ik verwezen word naar een cardioloog, dan zou ik graag morgen aan de beurt zijn, maar daar gaat nu een onvoorstelbaar aantal weken overheen. Je zou alleen maar meer last van je hart krijgen van de stress. En dat wordt meer ingezien. Dus ik denk dat deze pilot dus ook wel op het goeie moment kwam.”

Daarnaast bestond consensus dat er ook binnen het deelnemende ziekenhuis ruimte was voor verbetering. Volgens de respondenten was de hartfalenzorg op een tamelijk ouderwetse manier georganiseerd, gekenmerkt door relatief veel bedden, ligdagen, presentaties en heropnames. De wens bestond om innovaties in te voeren met als doel het aantal polikliniekbezoeken, de ligduur, het aantal heropnames en de sterfte te verminderen, waardoor kwaliteit van zorg en patiëntrelevante uitkomsten verbeteren en zorgkosten dalen. Voorbeelden van deze innovaties zijn een nieuwe manier van visitelopen op de afdeling, het bespreken van alle (poli)klinische hartfalenpatiënten in het multidisciplinair overleg (MDO) en het inzetten van telemonitoring.

Naast een duidelijk zorginhoudelijk verbeterpotentieel, was er ook brede overeenstemming dat de bekostiging voor verbetering vatbaar is. Een medisch specialist gaf bijvoorbeeld aan:

“Ik ben zo ongelooflijk trots op dat ik mijn IC-opnameduur na een hartklepvervangning heb verkort van gemiddeld 4 naar 3,5 dag. En weet je wat het ziekenhuis nu tegen mij zegt? Hoe ga je de IC-bedden vullen, want je productie loopt terug.”

Onder de huidige bekostigingssystematiek waarbij de inkomsten van het ziekenhuis afhankelijk zijn van het aantal gedeclareerde dbc's (vaak onder een omzetplafond), zouden de gewenste zorginhoudelijke verbeteringen een inkomstendaling voor het ziekenhuis en de afdeling cardiologie kunnen betekenen. Dit maakte dat het ziekenhuis terughoudend was in het meewerken aan die verbeteringen. Het ontwikkelen en implementeren van een alternatieve bekostiging waarbij het ziekenhuis gegarandeerd is van inkomsten en meedeelt in de besparingen (als de gestelde doelen worden gehaald), nam deze terughoudendheid weg.

In dit initiatief zagen betrokkenen dus duidelijke mogelijkheden om de zorg voor hartfalenpatiënten beter te organiseren en toe te werken naar betere uitkomsten. Tegelijkertijd was het hier logisch en wenselijk om een alternatieve bekostiging te introduceren die de zorginhoudelijke veranderingen zou kunnen faciliteren en mogelijk voor een vliegwieleffect zou kunnen zorgen. De bestaande bekostiging zou die veranderingen waarschijnlijk frustreren.

2.11 Financieel onzekere positie zorgaanbieder

Een financieel onzekere positie van de zorgaanbieder kan de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging belemmeren. Dit komt omdat de zorgaanbieder onvoldoende controle kan ervaren en dan terughoudend is de risico's die gepaard gaan met alternatieve bekostiging te dragen.



Wat maakt de financiële positie van zorgaanbieders onzeker?

Uit ons onderzoek blijkt dat een onzekere financiële positie van zorgaanbieders de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging kan compliceren. Die positie waarin veel zorgaanbieders naar eigen zeggen verkeren, hangt sterk samen met de steeds krappere wordende financiële marges en dalende rendementen: de kosten nemen fors toe – onder andere door loonstijgingen en hogere energieprijzen – terwijl daar geen gegarandeerde stijging van de inkomsten tegenover staat. Uit een recente analyse [van BDO \(2023\)](#) van de jaarverslagen van ziekenhuizen over 2022 blijkt dat de rendementen van vrijwel alle ziekenhuizen (vooral de kleinere) ten opzichte van 2021 zijn gedaald. Dit maakt investeren in passende zorg (waaronder alternatieve bekostiging) minder aantrekkelijk (zie ook [dit Skipr artikel](#)).

Het ontwikkelen en implementeren van alternatieve bekostiging brengt bepaalde financiële risico's met zich mee voor zorgaanbieders, omdat het specifieke investeringen en inzet van hulpbronnen zoals personeel en geld vereist (zie ['Hulpbronnen'](#)) terwijl tegelijkertijd de opbrengsten in termen van bijvoorbeeld besparingen en betere uitkomsten voor de patiënt onzeker zijn. Daarbij komt dat die opbrengsten vaak lang op zich laten wachten omdat dit effect niet van de ene op de andere dag is gerealiseerd. In dit kader uitten respondenten in ons onderzoek een sterke behoefte aan tussentijdse informatie om te zien of zij op koers liggen om (met name financiële) doelen te behalen. De interne systemen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn daar volgens de respondenten echter vaak onvoldoende geschikt voor. Dit doordat definitieve financiële resultaten pas na enkele jaren duidelijk worden, onder andere vanwege de afrekening van dbc's (zie [citaat 19](#)). Zoals aangegeven door een expert is dit echter geen onoverkomelijk issue, omdat tussentijds financieel inzicht kan worden verkregen via bijvoorbeeld de post 'onderhanden werk'.

Citaat 19: "Ergens eind 2020 was inzichtelijk hoe die afspraak die we in 2017 hadden gemaakt uitpakte. Toen bleek dat we moesten terugbetalen. Dat hadden we natuurlijk liever eerder geweten. De methode die nu is gehanteerd – waar je na drie jaar in één keer je eindafrekening van een bepaald jaar ziet – dat is niet zo'n lekkere boodschap in huis en doet het ook niet zo goed voor het draagvlak. Als je tussentijdse monitoring zou hebben, zou dat meer acceptabel zijn. Het zou zeker helpen dat je tussentijds al wat inzicht zou hebben van het gaat niet helemaal de goede kant op. Dan kun je daarop anticiperen, maar het was natuurlijk heel lastig, ook voor de zorgverzekeraar, om de berekening al te eerder te maken. Dat is inherent aan de bekostigingssystematiek op basis van dbc's." (Manager zorgverkoop)

Waarom belemmert financiële onzekerheid de ontwikkeling en implementatie?

Uit ons onderzoek volgen twee redenen waarom een onzekere financiële positie van de zorgaanbieder de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging kan belemmeren. Ten eerste is het goed mogelijk dat zorgaanbieders die in een financieel onzekere positie verkeren simpelweg niet over de benodigde hulpbronnen beschikken om alternatieve bekostiging (met onzekere financiële gevolgen) van de grond te krijgen. Hierdoor voelen betrokkenen zich onvoldoende geëquipeerd de financiële risico's die gepaard gaan met de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging te nemen (zie 'Hulpbronnen'). Ten tweede kunnen zorgaanbieders onvoldoende controle ervaren over de situatie. In ons onderzoek werd dit genoemd als reden voor terughoudendheid in het ontwikkelen en implementeren van alternatieve bekostiging (zie citaat 20), ook gezien het ervaren gevaar om in de rode cijfers te belanden.

Citaat 20: "Het is extreem onzeker, dus de weerstand ontstaat vanuit het perspectief van een konijn die verblind is door het licht van de auto. Het is zo zoveel, mensen bevriezen gewoon." (Expert)

Tijdens de interviews gaven respondenten aan dat het beperkte gevoel van controle ten eerste kwam doordat de oorzaken van de krappe financiële positie en de uitkomsten van de alternatieve bekostiging vaak niet volledig binnen hun directe invloedssfeer liggen (zie citaat 21). Als ziekenhuisbestuurder heb je bijvoorbeeld beperkt invloed op de stijging van de energiekosten. Ook is de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging niet af te dwingen maar afhankelijk van vele factoren, waaronder genoeg steun voor de gevraagde verandering in de organisatie. Hierdoor ervaren bestuurders geen volledige controle over of alternatieve bekostiging uiteindelijk (financieel) gunstig of ongunstig uitpakt voor de organisatie.

Citaat 21: "Ziekenhuizen hebben het moeilijk op dit moment. Zelfs een sterke en gezonde organisatie doet het financieel aanzienlijk minder goed dan jaren tevoren. De kosten blijven stijgen. Als we het goed doen dan hebben we een paar procent marge, that's it. Dus we hebben ook heel weinig speelruimte. Ja, en dan wordt er met alternatieve bekostiging ook nog gevraagd om een route op te gaan die onzeker is, waar kan ik dan op rekenen? Dus dit soort vernieuwingen zijn bijvoorbeeld bij een 'chief financial officer' uitermate impopulair. Die heeft daar helemaal geen zin in want je weet niet waar je aan begint en waar je in terecht komt." (Expert)

Een tweede bron van een gevoel van gebrekkige controle is dat van zorgaanbieders wordt verwacht dat zij – in samenwerking met zorgverzekeraars en mogelijk ook andere partijen – anticiperen op de veranderende situatie terwijl anticiperen per definitie omgeven is met onzekerheid. Wat zijn bijvoorbeeld de gevolgen van alternatieve bekostiging voor de bedrijfsvoering van een ziekenhuis en hoe kun je daar als bestuurder op anticiperen? Een respondent gaf tijdens een interview een mooi voorbeeld van hoe ingewikkeld anticiperen kan zijn (zie citaat 22).

Citaat 22: "Als je door minder operaties 0,1 of 0,2 FTE bespaart, wil dat niet gelijk zeggen je die 0,1 of 0,2 FTE ook uit je personeelsbestand kan halen, zeker niet als dat vast personeel is. Dat kan op termijn wel, als je een reorganisatie kan doorvoeren, maar dat kan niet bij elk klein projectje. Het kan wel als je iedereen flexibele contracten gaat geven, maar dan heb je het probleem dat de zorgkosten veel en veel hoger worden want flexibiliteit heeft ook een prijs. Dat is ook niet wat we willen, integendeel." (Manager zorgverkoop)

Kan een financieel onzekere positie ook bevorderend werken?

Financiële onzekerheid kan ook een katalysator zijn voor zorgaanbieders om te veranderen. Een bekend voorbeeld is ziekenhuis Bernhoven. Dit ziekenhuis bevond zich in zwaar financieel weer, wat bijdroeg aan een gedeelde 'sense of urgency' en de partijen in kwestie dwong tot het efficiënter inrichten van zorgprocessen, realiseren van kostenbesparingen en bieden van meer persoonsgerichte zorg. Het resultaat was een grootschalige reorganisatie inclusief bekostigingshervorming (CPB 2020). Ook binnen de door ons onderzochte initiatieven bleek dat financieel zwaar weer bevorderend kan werken in de beweging richting alternatieve bekostiging, zoals wordt geïllustreerd door citaat 23.

Citaat 23: "Het ziekenhuis kwam in financieel in zwaar weer en maakte miljoenen euro's verlies. Daar is toen een steunoperatie gekomen vanuit de verzekeraars. Onderdeel daarvan was niet alleen financiële steun, maar ook een transitieprogramma. Er is een aantal projecten rondom waardegerichte zorg gestart, zoals meer in dagbehandeling en eenmalige consultaties vanuit de huisarts en specialist. Ook is afgesproken dat we deelnemen aan de alternatieve bekostigingstrajecten van de verzekeraar. Dus destijds is vanuit financiële ramspoed gezegd: we moeten een transformatie doormaken. Dat is deels natuurlijk uit onszelf gekomen en deels is dat vanuit de verzekeraar opgelegd, in ruil voor extra steunbetaling." (Manager zorgverkoop)

2.12 Alternatieve bekostigingsafspraken met meerdere zorgverzekeraars

Wanneer meerdere zorgverzekeraars eigen afspraken over alternatieve bekostiging willen maken met een zorgaanbieder, dan kan dit de ontwikkeling en implementatie bemoeilijken. Dit komt enerzijds omdat de zorgaanbieder mogelijk onvoldoende hulpbronnen heeft om met elke zorgverzekeraar afspraken te maken, en anderzijds omdat het vaststellen en uitvoeren van een eenduidig verbeterbeleid voor de zorgaanbieder lastig is wanneer de inhoud van de afspraken verschilt.



Afspraken met meerdere zorgverzekeraars: wat is het probleem?

In het Nederlandse zorgstelsel sluiten zorgaanbieders contracten met meerdere zorgverzekeraars, elk met een eigen missie, visie en strategie. Hierdoor hebben zorgaanbieders te maken met verschillende contracten waarin andere accenten worden gelegd en andere eisen aan zorgaanbieders worden gesteld. Dit kan ook gelden voor de contracten die betrekking hebben op alternatieve bekostiging. Zo kan de ene zorgverzekeraar vooral inzetten op het verlagen van de uitgavengroei en daarvoor gedetailleerde verbeterplannen van zorgaanbieders vragen, terwijl een andere zorgverzekeraar vooral inzet op digitalisering en kwaliteitsverbetering en de verantwoordelijkheid daarvoor vooral bij de zorgaanbieder legt. Als meerdere zorgverzekeraars in hun contracten eigen afspraken willen maken met een zorgaanbieder over alternatieve bekostiging, dan kan dit de ontwikkeling en implementatie ervan compliceren (zie [citaat 24](#)).

Citaat 24: "Ik snap dat je af en toe nieuwe dingen wil proberen, testen en uiteindelijk uit wil rollen, maar we hebben inmiddels te maken met tien verzekeraars. Het is voor een ziekenhuis al heel wat om tien contracten te managen. Als alle verzekeraars binnen die contracten ook nog met subcontractering gaan werken... Dat wordt wel echt complex." (Zorgverkopper)

Een vergelijkbare situatie deed zich recent voor in het kader van de beweging de Juiste Zorg op de Juiste Plek. Van de 425 miljoen euro aan zogenaamde transformatiegelden die in het hoofdlijnenakkoord beschikbaar werden gesteld om deze beweging te versnellen, is ongeveer de helft onbenut gebleven. Uit een enquête van de Nederlandse Zorgautoriteit blijkt dat dit mede te maken had met het feit dat het ziekenhuizen naar eigen zeggen veel tijd en energie kost om afspraken over transformatiegelden te maken en te verantwoorden, vooral door de verschillende eisen die zorgverzekeraars hanteren en beperkt congruent gedrag ([NZa 2022](#)).

Waarom maken afspraken met meerdere zorgverzekeraars de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging lastiger?

Uit ons onderzoek komen twee redenen naar voren die verklaren waarom het voor een zorgaanbieder lastig is om afspraken te maken over alternatieve bekostiging wanneer zij met meerdere zorgverzekeraars te maken hebben. Ten eerste verwachten zorgaanbieders onvoldoende hulpbronnen vrij te kunnen maken om met iedere zorgverzekeraar aparte maatwerkafspraken te maken (zie [Hulpbronnen](#)). Ten tweede denken zorgaanbieders dat een divers palet aan contractafspraken het lastiger maakt om een eenduidig plan voor het realiseren

van de doelen op te stellen en uit te voeren. Waar stuur je als zorgaanbieder op als de doelen in de verschillende contracten divers en wellicht soms zelfs tegengesteld zijn? Deze twee redenen leiden tot terughoudendheid bij zorgaanbieders om aan de slag te gaan met alternatieve bekostiging, in ieder geval met meerdere zorgverzekeraars tegelijkertijd. Mogelijke oplossingsrichtingen voor deze ervaren problemen zoals genoemd door diverse respondenten, is congruent gedrag en volgbeleid (zie [citaat 25](#)).

Citaat 25: “De verschillen in bekostigingsafspraken met verschillende zorgverzekeraars zorgen ervoor dat de sturing voor jou als ziekenhuis echt lastig is. We hebben te maken met tien zorgverzekeraars en als je echt wat anders wil doen in je ziekenhuis moet je eenzelfde sturing hebben, eenzelfde prikkel, eenzelfde mechanisme. Dit betekent dat je een bundel dus wel met alle tien de verzekeraars hetzelfde moet afspreken (of in ieder geval het merendeel), want anders kun je er nog niet op sturen. Daarmee wordt het nog wat lastiger, ook omdat iedere zorgverzekeraar daar weer een eigen beleid op voert en dit tot op heden ook nog niet echt is gelukt.” (Financieel manager zorgaanbieder)

2.13 Ontkoppeling bij de zorgaanbieder

Wanneer de zorgaanbieder om verkeerde redenen deelneemt aan alternatieve bekostiging of wanneer het beleid rondom alternatieve bekostiging niet past bij de denkwijzen, werkwijzen, doelen of andere verbeterprojecten binnen de zorgaanbieder, dan bemoeilijkt dit de implementatie van alternatieve bekostiging. Dit komt omdat ontkoppeling optreedt.



Wat houdt ‘ontkoppeling’ bij de zorgaanbieder in?

Ontkoppeling verwijst naar de situatie waarin op strategisch niveau nieuw beleid wordt vastgesteld of aangenomen, terwijl dit beleid niet of slechts deels op de meer operationele niveaus binnen de organisatie landt. Er is dan een ‘mismatch’ tussen enerzijds wat op papier staat en anderzijds wat er daadwerkelijk gebeurt in de praktijk. Niet alle elementen in de ketting zijn gesloten en dit leidt tot een ‘zwakke schakel’ in de verbinding tussen beleid en de werkvloer. Het nieuwe beleid is hiermee een ‘papieren tijger’ geworden, waarbij de ogenschijnlijke kracht van dit beleid niet in lijn is met de daadwerkelijke impact op de werkvloer.¹ Binnen meerdere van de door ons onderzochte initiatieven trad ontkoppeling bij de zorgaanbieder op. Concreet betekende dit dat er in de contracten weliswaar afspraken over alternatieve bekostiging werden gemaakt, maar dat op de werkvloer vervolgens weinig tot niets veranderde en zorgverleners de zorg niet of nauwelijks op een andere manier zijn gaan leveren. Deze ontkoppeling tussen beleid en praktijk bemoeilijkt de implementatie van alternatieve bekostiging.

Welke factoren leiden tot ontkoppeling bij de zorgaanbieder en waarom is dit problematisch?

Binnen de door ons bestudeerde initiatieven ontstond ontkoppeling bij de zorgaanbieder in drie verschillende situaties. Ten eerste wanneer een zorgaanbieder om verkeerde redenen deelneemt aan alternatieve bekostiging. Een voorbeeld hiervan is deelnemen om aan de verwachtingen te voldoen van de zorgverzekeraar die de alternatieve bekostiging heeft ontwikkeld, terwijl de zorgaanbieder zelf niet volledig overtuigd is van de meerwaarde (zie ‘Verbeterpotentieel’). Door mee te doen hopen bestuurders en managers van de zorgaanbieder een goede relatie met de zorgverzekeraar te behouden, wat voor hen belangrijk is vanwege de (financiële) afhankelijkheid van de zorgverzekeraar. Echter, omdat niet wordt deelgenomen vanuit de overtuiging dat de alternatieve bekostiging meerwaarde heeft voor de zorg, wordt binnen de zorgaanbieder mogelijk niet met volle inzet gewerkt aan het doorvoeren van veranderingen in lijn met het contract (zie citaat 26 en 27). Opvallend in dit kader was dat in meerdere interviews met vertegenwoordigers van zorgaanbieders werd aangegeven dat zij deelnamen om de zorgverzekeraar gunstig te stemmen, terwijl vertegenwoordigers van de betreffende zorgverzekeraar juist inschatten dat deelnemende zorgaanbieders participeerden omdat ze de toegevoegde waarde van de trajecten inzagen. Hier lopen de belevingswerelden van de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar dus sterk uiteen.

¹ Hoewel de term ontkoppeling suggereert dat eerst sprake was van koppeling, wordt hier expliciet bedoeld op de afwezigheid van of een gebrekkige koppeling. Gekozen is het woord ontkoppeling te gebruiken, omdat hiermee wordt aangesloten bij de wetenschappelijke literatuur.

Citaat 26: "De manager komt naar me toe en zegt: als we meedoen met het traject krijgen we volgend jaar meer voor onze zorg. Jij moet dit gaan doen. De manager kan mij natuurlijk geen opdracht geven, maar als je met elkaar bedenkt dat het goed zou kunnen zijn voor het ziekenhuis dan doe je dat. Maar als de zorginkoper het richting de manager een beetje zo brengt van als je in gebreke blijft, dan denk ik niet dat we nog bij jullie in gaan kopen – dat was eigenlijk een beetje de dreiging – dan wordt de manager van het ziekenhuis daar heel onrustig van. En welja, dan doe je het maar, maar met tegenzin, vanaf moment één." (Medisch specialist)

Ten tweede kan ontkoppeling optreden wanneer de alternatieve bekostiging niet goed aansluit bij de denk- en werkwijzen en de doelen van betrokkenen binnen de zorgaanbieder. Citaat 27 illustreert bijvoorbeeld dat de verwachtingen op de werkvloer niet overeenkomen met de werkelijkheid. Op strategisch niveau is het beleid dan aangenomen, terwijl betrokkenen op uitvoerend niveau niet volledig tevreden zijn met de gang van zaken.

Citaat 27: "Mogen we eerlijk zijn? Ik zie geen toekomst in alternatieve bekostiging op de manier waarop het nu ingestoken is. Ik heb net ter voorbereiding op dit interview allemaal mailtjes van de zorgverzekeraar verzameld die gingen over deze trajecten en daar word je een beetje treurig van. Het gaat de hele tijd over: willen jullie dit opleveren, waarom staat dit niet in het verbeterplan en de deadline is dan en dan. Het zijn gewoon weer extra verantwoordingsinstrumenten die je moet aanleveren en daar zit denk ik de grootste irritatie." (Manager zorgaanbieder)

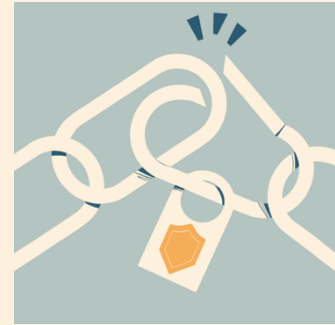
Uit de interviews bleek ook dat zorgverleners de alternatieve bekostiging kunnen ervaren als een bedreiging voor hun professionele autonomie, bijvoorbeeld omdat de angst bestaat dat het kostenperspectief leidend zal worden in behandelbesluiten. Uit ons onderzoek komt naar voren dat deze ervaren bedreiging van de professionele autonomie ertoe kan leiden dat zorgverleners veranderingen die in lijn zijn met de nieuwe bekostiging niet doorvoeren of zich er soms zelfs actief tegen verzetten. Een ander voorbeeld is wanneer de doelen die zijn vastgelegd in het contract niet in lijn zijn met andere doelen van de zorgaanbieder. Zo kan het voorkomen dat bestuurders van een ziekenhuis aansturen op het verhogen van de productie vanwege de afspraken die met zorgverzekeraars op ziekenhuisniveau zijn gemaakt (bijvoorbeeld: het 'vol maken' van het budget om te voorkomen dat er volgend jaar wordt gekort), terwijl de alternatieve bekostiging juist mede gericht kan zijn op kostenverlaging. Dergelijke conflicterende prikkels kunnen resulteren in gevoelens van onzekerheid en in het uitblijven van veranderingen in lijn met het alternatieve bekostigingsmodel (zie citaat 28).

Citaat 28: "We hebben de mond vol van vernieuwen en transformeren, maar op maandagmorgen 8 uur zitten we wel rond het bureau van de baas. Ze heeft een zorgelijk gezicht en zegt: ik heb vrijdag een gesprek met de raad van bestuur gehad en wij moeten iets doen aan onze 10% onderproductie ten opzichte van begroot. Nou, dan weet ik het alweer. Er is maar één ding wat je dan kan doen hè..." (Expert)

Tot slot kan ontkoppeling optreden wanneer alternatieve bekostiging onvoldoende aansluit bij reeds lopende verbetertrajecten van de zorgaanbieder. Voorbeelden hiervan zijn initiatieven gericht op kwaliteitsverbetering geïnitieerd door beroepsverenigingen (zoals landelijke kwaliteitsregistraties), samenwerkingsverbanden tussen zorgaanbieders (zoals regionale zorgnetwerken waarbinnen zorgaanbieders uit verschillende sectoren samenwerken om de zorg binnen de regio te coördineren), of interne projecten (zoals het opzetten van dashboards voor patiëntgerapporteerde uitkomsten). Wanneer er onvoldoende hulpbronnen zijn (zie 'Hulpbronnen') om alle projecten (inclusief de alternatieve bekostiging) gelijktijdig op te pakken, wordt de zorgaanbieder gedwongen prioriteiten te stellen. Daarbij kan de alternatieve bekostiging buiten de boot vallen en zullen betrokkenen zich niet actief inzetten om het tot een succes te maken.

2.14 Ontkoppeling bij de zorgverzekeraar

Wanneer het beleid rondom alternatieve bekostiging niet past bij andere verbeterprojecten binnen een zorgverzekeraar of bij de denkwijze, werkwijze en doelen van medewerkers, dan bemoeilijkt dit de implementatie van alternatieve bekostiging. Dit komt omdat ontkoppeling optreedt.



Net als bij de zorgaanbieder kan ontkoppeling ook optreden bij de zorgverzekeraar. Ook hier verwijst ontkoppeling naar de situatie waarin op strategisch niveau nieuw beleid wordt vastgesteld of aangenomen, terwijl dit beleid niet of maar deels op lagere niveaus binnen de organisatie landt. De situaties waarin ontkoppeling optreedt en de specifieke redenen daarvoor zijn echter iets anders bij de zorgverzekeraar dan bij de zorgaanbieder.

Wat houdt ‘ontkoppeling’ bij de zorgverzekeraar in?

Binnen de onderzochte initiatieven betekent ontkoppeling bij de zorgverzekeraar dat de strategen en beleidsmakers inzetten op alternatieve bekostiging en hier beleid voor ontwikkelden, terwijl het werk van uitvoerende medewerkers (zoals zorginkopers en data-analisten) niet of nauwelijks verandert. Een voorbeeld hiervan is een zorginkoper die weliswaar afspraken over alternatieve bekostiging opneemt in het contract met zorgaanbieders omdat dit ‘conform beleid’ is, maar hier vervolgens verder geen invulling aan geeft bij het doorlopen van de zorginkoopcyclus; de gesprekken met zorgaanbieders, het monitoren van hun prestaties en het beheren van relaties zijn bijvoorbeeld niet wezenlijk veranderd. Net als bij de zorgaanbieder maakt dergelijke ontkoppeling implementatie van alternatieve bekostiging lastiger.

In welke situaties ontstaat ontkoppeling bij de zorgverzekeraar en waarom is dit problematisch?

In de bestudeerde initiatieven kwam ontkoppeling bij de zorgverzekeraar in twee situaties voor. Een eerste situatie zagen we in vergelijkbare vorm ook bij de zorgaanbieder, en treedt op wanneer het beleid rondom alternatieve bekostiging onvoldoende aansluit bij andere verbeterprojecten waar de zorgverzekeraar op inzet, bijvoorbeeld op het gebied van samenwerken in de regio, preventie of medicijntekorten. Die andere projecten vragen al veel tijd en energie van de medewerkers van de uitvoerende afdelingen. Wanneer er onvoldoende ruimte is om alle projecten gelijktijdig aan te pakken, is het mogelijk dat de alternatieve bekostiging weinig prioriteit krijgt en daardoor niet tot volle bloei komt.

Een tweede situatie waarin ontkoppeling op kan treden en die wij in de praktijk hebben gezien, is wanneer het beleid rondom alternatieve bekostiging niet goed aansluit bij de denkwijze, werkwijze en doelen van de uitvoerende medewerkers van de zorgverzekeraar. Terwijl het denken, werken en de doelen van de strategen en beleidsmakers stap voor stap veranderden toen zij het alternatieve bekostigingsbeleid ontwikkelden, is dit bij de medewerkers van de operationele afdelingen niet of nauwelijks gebeurd. Hierdoor bestond er een mismatch tussen enerzijds de huidige manier van denken en werken, en anderzijds wat er specifiek gevraagd wordt bij het implementeren van de alternatieve bekostiging. Zorginkopers zijn bijvoorbeeld vaak vooral opgeleid en gewend om het financiële risico voor de zorgverzekeraar zo veel mogelijk te beperken (zie [citaat 29](#)), bijvoorbeeld door stevig te onderhandelen over prijzen en volumes. Alternatieve bekostiging introduceert echter onzekerheid en vraagt meer dan

voorheen dat zorginkopers bouwen aan goede relaties met zorgaanbieders (zie ‘Wederzijds vertrouwen’), inhoudelijke gesprekken voeren over zorgverbetering (zie ‘Verbeterpotentieel’) en lessen halen uit experimenten (zie ‘Experimenteren op beperkte schaal’). Een ander voorbeeld is de discrepantie tussen algemene doelen van de zorginkopers en de doelen van alternatieve bekostiging. Zo kan het management de nadruk leggen op het realiseren van scherpe financiële inkoopresultaten, terwijl het alternatieve bekostigingsbeleid met name gericht is op het realiseren van optimale patiëntuitkomsten tegen zo laag mogelijke kosten.

Citaat 29: “De mensen die bij een zorgverzekeraar werken zijn in zekere mate risicomijdend. In het ontwikkelen en implementeren van alternatieve bekostiging zit natuurlijk een zekere mate van risico wat je van tevoren niet helemaal kan afdichten. Daar zit vooral het anders denken van zorginkopers en het meer risico’s durven nemen. Ik denk, daar zijn we niet zo van als zorgverzekeraar. Dat zit denk ik heel erg in het DNA van mensen van zo’n organisatie. Ik denk ook, als jij onwijs houdt van veranderingen, innovatie en nieuw en snel, misschien kies je dan ook niet zo snel voor werken bij een zorgverzekeraar als zorginkoper.” (Manager zorgverzekeraar)

Welke rol speelde ontoereikende informatieverstrekking en participatie bij de zorgverzekeraar? Een gebrekkige aansluiting tussen het alternatieve bekostigingsbeleid en de denkwijze, werkwijze en doelen van uitvoerende medewerkers leidt ertoe dat deze medewerkers het beleid niet omarmen. Binnen de onderzochte initiatieven werd deze houding aangewakkerd door een door de betrokkenen ervaren ontoereikende informatieverstrekking (zie citaat 30).

Citaat 30: “De inkopers zijn denk ik in het begin heel erg weinig meegenomen. Het was een geïsoleerd traject dat eigenlijk helemaal niet de verbinding had met de inkoop en daarom zijn ze niet meegenomen. Wij [als management en beleidsmakers] hebben niet tegen inkopers gezegd: je moet deze en deze hoofdstukken lezen. Dat betekent dat de zorginkopers er niet vanuit gingen dat er iets ging veranderen. Ze zijn dus nooit in de actiestand gekomen om iets te gaan leren, voor te bereiden of mee te gaan doen.” (Manager zorgverzekeraar)

Er werden weliswaar organisatiebrede bijeenkomsten georganiseerd om medewerkers te informeren over het wat, waarom en hoe van het nieuwe bekostigingsbeleid, maar dit is niet genoeg gebleken om het beleid daadwerkelijk te laten landen op de werkvloer. Zo gaven sommige betrokkenen in de interviews aan de meerwaarde van alternatieve bekostiging niet te zien of bepaalde aspecten van het contract – zoals de berekening van besparingen – te ingewikkeld te vinden. In de woorden van een respondent bleef het contract dat betrekking had op alternatieve bekostiging hierdoor “oneerbiedig gezegd een wormvormig aanhangsel”. Deze ontkoppeling had voorkomen kunnen worden door de uitvoerende medewerkers van de zorgverzekeraar actiever te betrekken bij de ontwikkeling en implementatie van het alternatieve bekostigingsbeleid (zie ‘Actieve betrokkenheid’) waarbij het beleid aangepast kan worden aan de dagelijkse praktijk en andersom.

2.15 Andere zorgverzekeraars die meeliften

Als niet alle zorgverzekeraars zelf actief inzetten op alternatieve bekostiging, dan belemmert dit een pionierende zorgverzekeraar bij de ontwikkeling en implementatie ervan. Dit komt omdat de pionier verwacht dat concurrenten zullen meeliften.



Wat is ‘meeliften’ en hoe kunnen concurrenten dat doen?

Het ontwikkelen en implementeren van alternatieve bekostiging is een intensief traject waarvoor forse investeringen en inzet van hulpbronnen nodig zijn, ook vanuit de zorgverzekeraar (zie ‘Hulpbronnen’). Zorgverzekeraars die zelf (nog) niet investeren in alternatieve bekostiging en er geen hulpbronnen voor inzetten, kunnen meeliften op de inspanningen van een zorgverzekeraar die dit wel doet (de pionier).

Meeliften kan op twee manieren gebeuren. Ten eerste als concurrenten zonder investeringen en inzet van hulpbronnen profiteren van de eventuele positieve effecten van de alternatieve bekostiging. Dit geldt vooral wanneer concurrenten een relatief groot marktaandeel hebben in het kernwerkgebied van de pionierende zorgverzekeraar. Het is namelijk onwaarschijnlijk dat zorgaanbieders die deelnemen aan het alternatieve bekostigingsmodel van de pionier, bij het verlenen van zorg onderscheid gaan maken tussen patiënten die verzekerd zijn bij verschillende zorgverzekeraars. Als het met alternatieve bekostiging lukt om de zorguitgaven te verlagen en/of de kwaliteit van zorg te verbeteren, liften concurrenten mee op deze verbeteringen voor een relatief groot deel van hun verzekerden (zie [citaat 31](#)).

Citaat 31: “De besparingen heb je nodig om de investeringen die je doet op lange termijn terug te verdienen. Als alleen wij meedoen dan verdwijnt, even oneerbiedig gezegd, een deel van de besparing direct in de zakken van de andere verzekeraars die daar ook zitten, maar niet meedoen. Dat werkt niet, dan kun je zo'n verhaal financieel niet rondkrijgen.” (Manager zorgverzekeraar)

Een tweede manier waarop concurrenten kunnen meeliften, is door te observeren wat wel en niet werkt bij de pionierende zorgverzekeraar voordat zij zelf aan de slag gaan met alternatieve bekostiging. Zo kunnen ze kosteloos waardevolle kennis opdoen, lessen leren, valkuilen vermijden en succesvolle modellen tegen lagere kosten toepassen.

Waarom kan meeliftgedrag de ontwikkeling en implementatie bemoeilijken?

Meeliftgedrag kan de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging belemmeren omdat dit financieel nadelig voor de pionierende zorgverzekeraar uit kan pakken. Immers, concurrenten profiteren van de baten zonder de kosten te maken. Dit kan door de pionier als oneerlijk worden ervaren, waardoor deze geneigd kan zijn een afwachtende houding aan te nemen, en/of alleen te investeren in alternatieve bekostiging in gebieden waar deze zorgverzekeraar met afstand het grootste marktaandeel heeft zodat de baten voor meeliftende concurrenten beperkt zijn.

Hoofdstuk 3: Betrekken van patiënten bij alternatieve bekostiging

Patiënten worden vaak beperkt betrokken bij initiatieven met alternatieve bekostiging, terwijl dit juist van belang kan zijn bij het bereiken van voldoende aansluiting bij de wensen van patiënten en realisatie van de doelen. Het is belangrijk weloverwogen keuzes te maken over het betrekken van patiënten bij alternatieve bekostiging.

Uit ons onderzoek blijkt dat patiënten² beperkt worden betrokken bij de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging. Wanneer zij wel worden betrokken, dan beperkt deze betrokkenheid zich vaak tot het meedenken over uitkomstindicatoren die zij belangrijk vinden en die onderdeel kunnen worden van het alternatieve bekostigingsmodel. Dit was bijvoorbeeld het geval bij het initiatief voor borstkanker. Hoewel zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de interviews aangaven patiëntbetrokkenheid belangrijk te vinden, gaven zij ook aan meestal niet goed te weten hoe ze dit in de praktijk moeten aanpakken. De patiënten(vertegenwoordigers) die wij spraken gaven daarnaast aan open te staan om meer betrokken te worden. Er is dan ook meer aandacht nodig voor de mogelijke rol van patiënten bij alternatieve bekostiging.

Waarom kan patiëntbetrokkenheid nuttig zijn?

Hoewel ‘bekostiging’ een onderwerp is dat normaal gesproken ver af staat van de patiënt, kan de inbreng van patiënten van meerwaarde zijn bij het ontwikkelen, implementeren en evalueren van alternatieve bekostiging (zie ‘Actieve betrokkenheid’). Ten eerste is het belangrijk om patiënten te betrekken bij beslissingen die hen aangaan in plaats van die voor hen te maken. Het gaat immers om de zorg die zij uiteindelijk krijgen (zie citaat 32).

Citaat 32: “Als ik kijk naar die projecten voor uitkomstgerichte bekostiging van zorg, dan zie ik dat vooral als een soort gebundelde bekostiging van zorg. Gebundeld in de zin van: over specialismen heen. Of in de zin van: het bundelen van meerdere dure medicijnen tegelijk. Eigenlijk meer bekeken vanuit de zorgverlenerskant van het verhaal. Dus hoe werken zorgverleners onderling samen en hoe zit het met hun productiecijfers of hun voorschrijfcijfers. Niet zozeer gericht op de patiënt en de uitkomsten die voor een patiënt belangrijk zijn.” (Patiëntvertegenwoordiger)

Ten tweede kunnen patiënten zorgaanbieders en zorgverzekeraars helpen bij het maken van betere keuzes door hun perspectief en ervaringen te delen. Welke aspecten van de zorg vinden zij belangrijk? Waar schiet de kwaliteit tekort en waar zien patiënten mogelijkheden om de zorg efficiënter te maken? Een aanname onder zorgverleners en zorgverzekeraars is soms dat patiënten meer en duurdere zorg willen, terwijl patiënten juist ook goed kunnen meedenken over hoe de zorg doelmatiger kan, bijvoorbeeld door de inzet van eHealth. Het perspectief van een patiënt is anders dan die van een zorgverlener of zorginkoper en kan daarmee een waardevolle aanvulling zijn.

Ten derde kan onvoldoende betrokkenheid van patiënten de implementatie van alternatieve bekostiging belemmeren. Dit dreigde bijvoorbeeld in 2018 te gebeuren toen Hartpatiënten

² Onder patiënten verstaan wij in dit hoofdstuk zowel individuele patiënten/cliënten/burgers als georganiseerde vertegenwoordigers daarvan, bijvoorbeeld in de vorm van patiënten/cliëntenorganisaties of burgerraden.

Nederland in de media stevige kritiek uitte op een nieuw uitkomstgericht bekostigingsmodel in de hartzorg. De patiëntenorganisatie leek onvoldoende aangehaakt met misverstanden en weerstand tot gevolg. Na een constructief gesprek met de initiatiefnemers ontstond bij de patiëntenorganisatie toch draagvlak voor het model (zie [tekstbox 7](#)).

Ten slotte zou betrokkenheid van patiënten kunnen leiden tot een betere aansluiting op de intrinsieke motivatie van betrokkenen van de zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Veranderingen kosten moeite en het kan dan helpen als betrokkenen zien dat zij de zorg voor een concrete patiënt verbeteren.

Tekstbox 7: Rol van patiëntvertegenwoordiging bij initiatief met alternatieve bekostiging in de hartzorg

Samenvatting van [‘Hartpatiënten NL keert zich fel tegen wurgcontracten’](#), [Skipr 3 april 2018](#)

Hartpatiënten Nederland is ernstig bezorgd over een nieuw model voor de inkoop van dotter- of bypassoperaties. Volgens de belangenvereniging gaat het om wurgcontracten, waarbij patiënten noodzakelijke zorg wordt onthouden. Bovendien dreigt het gevaar van risicoselectie. Niet productie maar kwaliteit wordt beloond. De bedoeling is dat ziekenhuizen die goed scoren op parameters als overleving, het aantal complicaties en patiënttevredenheid hier financieel voor beloond worden. De keerzijde is dat te veel heroperaties voor eigen rekening komen. Onaanvaardbaar, vindt Hartpatiënten Nederland. Volgens Hartpatiënten Nederland luidt het nieuwe model een neerwaartse spiraal rond complexe ingrepen in. Daarnaast zet het een enorme druk op de ziekenhuizen en de behandelaar, en die druk komt een operatie niet ten goede. Hartpatiënten Nederland wil dan ook dat de afspraken worden ingetrokken.

Samenvatting van [‘Waardegedreven inkoop hartzorg wint draagvlak’](#), [Skipr 10 april 2018](#)

Bij Hartpatiënten Nederland heeft de aanvankelijke kritiek over de proef met uitkomstfinanciering plaats gemaakt voor vertrouwen in de zorgvuldigheid van het proces. De verwachting is dat het nieuwe inkoopmodel meer kwaliteit van leven voor hartpatiënten oplevert. Hartpatiënten Nederland heeft na de eerste kritiek overleg gevoerd met de betrokkenen. In het gesprek is een belangrijk deel van de zorgen weggenomen. Hartpatiënten Nederland constateert dat de publiciteit bij sommige patiënten tot onnodige ongerustheid heeft geleid. Om dit in de toekomst voor te zijn wil Hartpatiënten Nederland met de betrokkenen in gesprek blijven over de voortgang van het nieuwe betalingsmodel.

Wanneer kan patiëntbetrokkenheid nuttig zijn?

Op meerdere momenten in het proces van de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van alternatieve bekostiging kan patiëntbetrokkenheid nuttig zijn. In de ontwikkelfase kunnen patiënten bijvoorbeeld helpen bij het uitstippelen van zorgpaden, het in kaart brengen van mogelijk onnodige zorg en het bepalen van uitkomstindicatoren. In de implementatiefase kunnen patiënten meedenken bij het verbeteren van zorgprocessen en bijdragen aan voorlichting aan patiënten over het nieuwe bekostigingsmodel en de mogelijke gevolgen daarvan. In de evaluatiefase kunnen patiënten bijvoorbeeld helpen bij het in beeld krijgen van eventuele knelpunten bij de implementatie van het bekostigingsmodel en bij het opzetten van onderzoek naar de patiëntervaringen. Het is belangrijk dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars bij elke stap in het proces tijd inruimen om samen met patiënten na te denken over wanneer betrokkenheid zinvol is en hoe dit het beste vorm te geven (zie [citaat 33](#)).

Citaat 33: “Wat vinden wij ervan dat we niet betrokken waren, of beperkt betrokken waren? Ja, dan begint bij onszelf eerst de verantwoordelijkheid. Wij moeten laten zien waar we voor staan. Ten tweede is het natuurlijk dan ook de verantwoordelijkheid van de andere kant van de tafel om daarover in contact te treden.” (Patiëntvertegenwoordiger)

Hoe kan patiëntbetrokkenheid worden vormgegeven?

Patiënten kunnen op verschillende manieren en in uiteenlopende mate worden betrokken bij alternatieve bekostiging. Zo kunnen zij onderdeel zijn van een werkgroep of adviesraad, en/of kan hun input worden verzameld via interviews, focusgroepen, vragenlijsten of zogenaamde ‘patiëntverhalen’. [Patiëntenfederatie Nederland \(2023\)](#) heeft een model ontwikkeld dat laat zien op welke manieren mensen kunnen worden betrokken bij besluiten. Van passieve

betrokkenheid tot actieve deelname zijn de verschillende vormen: informeren (op de hoogte stellen), raadplegen (meedenken en praten), adviseren (inbrengen van problemen, wensen en oplossingen), coproduceren (gelijkwaardig samenwerken bij de uitvoering), meebeslissen (sturen en besluiten) en zelfbeheer (eigen initiatief en eigenaar). Welke manier en mate van betrokkenheid passend is, hangt af van de precieze situatie en de vraag die op tafel ligt en is dus maatwerk (zie 'Actieve betrokkenheid').

Initiatiefnemers van alternatieve bekostiging kunnen patiënten via diverse wegen benaderen en betrekken, waaronder via de koepel Patiëntenfederatie Nederland en via patiëntenorganisaties rondom specifieke aandoeningen (bijvoorbeeld ReumaNederland of Borstkankervereniging Nederland). Deze organisaties met beleidsmedewerkers en ervaringsdeskundigen geven mensen die zorg nodig hebben een stem. Zij zijn vaak professioneel georganiseerd en daarmee een gelijkwaardige gesprekspartner voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Een andere mogelijkheid voor patiëntbetrokkenheid is via cliënten- of verzekerdenraden van respectievelijk zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Een belangrijk aandachtspunt is dat patiëntvertegenwoordigers aangeven niet altijd tijd en ruimte te hebben om (actief) betrokken te worden. Bovendien staat het onderwerp bekostiging vaak verder van hen af. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen hier rekening mee houden door de rol en inzet van patiëntvertegenwoordigers behapbaar te houden en hen niet te overvragen. Ook kan overwogen worden om patiëntvertegenwoordigers die als vrijwilligers werken een financiële vergoeding te geven voor hun inzet.

Hoofdstuk 4: Beschouwing

Dit hoofdstuk vat eerst de resultaten van de voorgaande hoofdstukken samen (paragraaf 4.1) waarna in paragraaf 4.2 op die resultaten wordt gereflecteerd. Paragraaf 4.3 bevat een reflectie op de gehanteerde onderzoeksmethoden en paragraaf 4.4 de aanbevelingen voor de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostigingsmodellen op basis van dit onderzoek. Paragraaf 4.5 bevat ten slotte een korte conclusie.

4.1 Resultaten samengevat

Evaluatie van zeven alternatieve bekostigingsinitiatieven in de zorg

Dit onderzoek had als doel om diepgaand inzicht te verkrijgen in het complexe proces van de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging in de zorg. De centrale onderzoeksvraag luidde: ‘wat werkt (niet), onder welke omstandigheden en waarom?’ Om deze vraag te beantwoorden is een onderzoek uitgevoerd op basis van de principes van ‘realistische evaluatie’ naar zeven Nederlandse initiatieven met alternatieve bekostiging in met name de medisch-specialistische zorg. De initiatieven betreffen shared savings/losses modellen en gebundelde betalingen voor totale heup-/knievervanging vanwege ernstige artrose, operatieve behandeling van staar, operatieve behandeling van borstkanker, dure geneesmiddelen voor reumatoïde artritis, diagnose en behandeling van hartfalen, diagnose en behandeling van acuut herseninfarct, en integrale geboortezorg. Voor de vijf eerstgenoemde initiatieven is primair onderzoek uitgevoerd door de auteurs van dit rapport; voor de twee laatstgenoemde initiatieven is aangesloten bij lopende evaluaties (Salet et al. 2023; RIVM 2023). In het onderzoek zijn kwantitatieve methoden gecombineerd met kwalitatieve methoden, waarbij in dit rapport de nadruk heeft gelegen op de resultaten van het kwalitatieve deel van het onderzoek.

Diepgaand inzicht in de ontwikkeling en implementatie alternatieve bekostiging

Dit onderzoek heeft geresulteerd in veertien zogenaamde CMO-configuraties, gebaseerd op interviews met ongeveer 80 betrokkenen bij de initiatieven en experts, literatuur en team- en validatiesessies. Deze CMO-configuraties geven diepgaand inzicht in hoe en waarom verschillende contextfactoren de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging bemoeilijken of vergemakkelijken. De veertien CMO-configuraties zijn: 1) externe omgeving, 2) wederzijds vertrouwen, 3) beheer van samenwerkingsrelaties, 4) hulpbronnen, 5) leiderschap, 6) actieve betrokkenheid, 7) experimenteren op beperkte schaal, 8) psychologische veiligheid, 9) verbeterpotentieel, 10) financieel onzekere positie zorgaanbieder, 11) alternatieve bekostigingsafspraken met meerdere zorgverzekeraars, 12) ontkoppeling bij de zorgaanbieder, 13) ontkoppeling bij de zorgverzekeraar en 14) andere zorgverzekeraars die meeliften. Partijen die overwegen om met alternatieve bekostiging aan de slag te gaan of daar al bij betrokken zijn, doen er verstandig aan deze CMO-configuraties in ogenschouw te nemen. Gebeurt dit niet, dan is de kans op succesvolle ontwikkeling en implementatie klein.

Kwantitatieve resultaten

Voor het kwantitatieve deel is onderzocht of er een causaal verband bestaat tussen de implementatie van alternatieve bekostiging en eventuele veranderingen in zorguitgaven, zorggebruik en kwaliteit van zorg. Van de zeven onderzochte initiatieven konden er vijf

kwantitatief worden geëvalueerd (zie [bijlage A](#)). Dit betrof de initiatieven voor heup/knievervanging, staar, borstkanker, reumatoïde artritis en geboortezorg. Met twee uitzonderingen hebben deze initiatieven vooralsnog niet geleid tot veranderingen in de maten voor zorguitgaven, zorggebruik en kwaliteit van zorg die wij met behulp van de beschikbare administratieve data van de betrokken zorgverzekeraar kwantitatief konden analyseren. De eerste uitzondering is het heup/knie-initiatief waarvoor wij onder andere een beperkte afname van de uitgavengroei vinden. De tweede uitzondering betreft het initiatief integrale bekostiging van de geboortezorg waarvoor de uitgaven per zwangerschap minder snel stegen en kleine veranderingen in zorggebruik en kwaliteit van zorg zichtbaar waren ([RIVM 2023](#)).

Patiëntbetrokkenheid beperkt bij ontwikkeling en implementatie alternatieve bekostiging

Naast de veertien CMO-configuraties en de kwantitatieve resultaten, is uit ons onderzoek naar voren gekomen dat patiënten doorgaans beperkt zijn betrokken bij de ontwikkeling en implementatie van de onderzochte alternatieve bekostigingsinitiatieven. Dit terwijl patiëntbetrokkenheid – ook volgens betrokkenen bij de initiatieven zelf – zeker van meerwaarde kan zijn. Omdat betrokkenen aangeven behoefte te hebben aan concrete handvatten om weloverwogen keuzes te maken over patiëntbetrokkenheid, is in een afzonderlijk hoofdstuk ingegaan op de vraag waarom en wanneer dergelijke betrokkenheid nuttig is en hoe het vormgegeven kan worden.

4.2 Reflectie op de gevonden resultaten

Ontwikkeling en implementatie alternatieve bekostiging een complexe onderneming

Het aantal en de gelaagdheid van de geïdentificeerde CMO-configuraties illustreert dat het ontwikkelen en implementeren van alternatieve bekostiging geen eenvoudige opgave is, integendeel. Dat is op zichzelf geen verrassing; in eerder onderzoek zijn al verschillende bevorderende en belemmerende factoren geïdentificeerd die samen maken dat het complex is alternatieve bekostiging succesvol van de grond te krijgen. De kracht van ons onderzoek is dat wij de bevorderende en belemmerende contextfactoren niet alleen benoemen en toelichten, maar ook een stap extra zetten en diepgaand inzicht geven in hoe en waarom een bepaalde factor bevorderend of belemmerend werkt. Met andere woorden: de causale paden en werkzame mechanismen zijn toegevoegd. Juist dit inzicht is cruciaal voor een succesvol ontwikkel- en implementatieproces waarbij alternatieve bekostiging daadwerkelijk bijdraagt aan de benodigde zorgtransformatie.

Alternatieve bekostiging nog niet op volle toeren?

Dit onderzoek laat zien dat als niet is voldaan aan belangrijke randvoorwaarden zoals wederzijds vertrouwen, voldoende hulpbronnen, leiderschap, actieve betrokkenheid en een match tussen alternatieve bekostiging op papier en in de praktijk, er bij betrokkenen tal van mechanismen in werking treden die de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging bemoeilijken. Het feit dat gedurende de interviews veel voorbeelden werden benoemd van mogelijke verbeteringen in het invoeringsproces van alternatieve bekostiging, wekt de suggestie dat de bestudeerde initiatieven nog niet op volle toeren draaien en hun potentie nog niet volledig wordt benut. Het vooralsnog grotendeels uitblijven van (grote) veranderingen in zorguitgaven, zorggebruik en kwaliteit van zorg als gevolg van de invoering van de initiatieven moeten in dit licht worden beschouwd (zie ook [paragraaf 4.3](#)).

Alternatieve bekostiging: het blijft mensenwerk

Een groot deel van de bestaande wetenschappelijke literatuur over alternatieve bekostiging legt de nadruk op het belang van een zorgvuldige vormgeving en het wegnemen van obstakels vanuit een vaak economisch, recht-toe-recht-aan perspectief. Onze resultaten onderstrepen

echter dat de werkelijkheid niet zo ‘mechanistisch’ is en dat het van de grond krijgen van alternatieve bekostiging ‘mensenwerk’ en een complexe, soms onvoorspelbare taak is. Uiteraard is een zorgvuldige vormgeving van het bekostigingsmodel van belang en moeten systeembarières worden geslecht, maar dit zal in veel gevallen niet voldoende zijn, zeker wanneer er moet worden opgeschaald. De ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging staat of valt met aandacht voor meer organisatorische en relationele aspecten zoals wederzijds vertrouwen, psychologische veiligheid, passend beheer van samenwerkingsrelaties en een sterke (zorginhoudelijk) leider.

Het belang van verbeterpotentieel: geen open deur

Een helder omschreven en breed gedragen verbeterpotentieel in zowel de zorginhoud als in de bekostiging bevordert de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging. Hoewel dit klinkt als een open deur, bleek hier in de praktijk van de onderzochte initiatieven niet altijd voldoende aandacht voor. Het scherp definiëren van het zorginhoudelijk verbeterpotentieel en hoe alternatieve bekostiging kan helpen bij het realiseren daarvan (de noodzakelijke ‘klik’) is één van de cruciale eerste stappen bij de ontwikkeling van alternatieve bekostiging.

Ontkoppeling bij zowel de zorgaanbieder als de zorgverzekeraar

Ontkoppeling verwijst naar de situatie waarin op strategisch niveau nieuw beleid wordt vastgesteld of aangenomen, terwijl dit beleid niet of slechts deels op de meer operationele niveaus binnen de organisatie landt. Binnen meerdere van de door ons onderzochte initiatieven trad ontkoppeling op, wat het belang benadrukt van aandacht voor de doorvertaling van de alternatieve bekostigingsafspraken binnen de betrokken organisaties. Opvallend was daarnaast dat sprake was van ontkoppeling aan zowel de kant van de zorgaanbieder als de kant van de zorgverzekeraar. De situaties waarin ontkoppeling optreedt en de specifieke redenen daarvoor zijn anders bij de zorgverzekeraar dan bij de zorgaanbieder. Ook deze bevindingen onderstrepen het belang van gedegen onderzoek naar de context waarbinnen veranderingen worden beoogd en doorgevoerd.

4.3 Reflectie op de gebruikte onderzoeksmethoden

Strategieën, samenhang, interacties en hiërarchie buiten de reikwijdte van dit onderzoek

Deze evaluatie op basis van de principes van realistische evaluatie richtte zich hoofdzakelijk op het identificeren van CMO-configuraties, wat uiteindelijk heeft geresulteerd in veertien configuraties. Om deze inzichten nog beter te kunnen benutten, is een vervolgstap nodig waarin de inzichten uit de CMO's worden vertaald naar concrete en in de praktijk toepasbare strategieën. Deze vervolgstap viel buiten de reikwijdte van dit onderzoek. Daarnaast zijn in dit onderzoek de geïdentificeerde CMO-configuraties los van elkaar beschreven. Het in kaart brengen van samenhang, interacties en mogelijke hiërarchie in de CMO-configuraties viel ook buiten de reikwijdte van dit onderzoek, maar is eveneens een belangrijk onderwerp voor vervolgonderzoek.

Generaliseerbaarheid van bevindingen onduidelijk

De generaliseerbaarheid van de bevindingen van dit onderzoek is mogelijk beperkt vanwege de specifieke context waarbinnen dit onderzoek is uitgevoerd (dat wil zeggen: binnen de voornamelijk medisch-specialistische zorg). Het is daarom onzeker of en in hoeverre de geïdentificeerde CMO-configuraties en gevonden kwantitatieve effecten één-op-één vertaalbaar zijn naar andere contexten, zoals de huisartsenzorg of langdurige zorg.

Specifieke tekortkomingen kwantitatieve analyses

Naast onzekerheid over generaliseerbaarheid, hebben de kwantitatieve analyses vier specifieke tekortkomingen. Een eerste tekortkoming is dat wij alleen korte-termijn effecten hebben kunnen onderzoeken (dat wil zeggen maximaal twee jaar na invoering). Het is aannemelijk dat gedragsverandering en zorgverbetering meer tijd kost. Het valt dan ook niet uit te sluiten dat er wel effecten (of andere effecten) zouden zijn gevonden bij een langere follow-up periode. Dit geldt overigens ook voor de evaluatie van de integrale bekostiging van de geboortezorg (RIVM 2023); ook voor die evaluatie was de follow-up periode (twee jaar na implementatie) mogelijk onvoldoende om effecten scherp in kaart te kunnen brengen, zeker gezien de opstart-/transitiefase waarin integrale geboortezorg organisaties zich bevinden. Ten tweede is de analyse van de effecten op kwaliteit incompleet omdat wij binnen het bestek van dit onderzoek alleen gebruik hebben gemaakt van declaratiedata; het is mogelijk dat wel veranderingen zijn opgetreden in indicatoren die in dit onderzoek niet zijn geanalyseerd. In de derde plaats is, gegeven de beschikbare data, alleen gekeken naar mogelijke veranderingen met betrekking tot zorg verleend binnen het ziekenhuis en niet daarbuiten (zoals de eerste lijn). Ten slotte was in de onderzochte initiatieven niet alleen sprake van een nieuwe bekostiging, maar ook van verbeterplannen, spiegelbijeentkomsten en vrij-volumeafspraken. Op basis van de kwantitatieve analyses kon niet goed worden vastgesteld welk(e) element(en) de gevonden effecten – of het gebrek daaraan – precies heeft veroorzaakt.

Vergelijking bemoeilijkt door verschillen tussen deelnemende zorgaanbieders in alternatieve bekostigingsafspraken binnen hetzelfde initiatief

In enkele van de geëvalueerde initiatieven was sprake meerdere deelnemende zorgaanbieders. Binnen die initiatieven zijn de afspraken over de alternatieve bekostiging met de deelnemende zorgaanbieders echter niet altijd exact hetzelfde. Een voorbeeld hiervan betreft de integrale bekostigingscontracten binnen de geboortezorg die niet volledig overeenkomen tussen de igo's. Deze verschillen kunnen gevolgen hebben voor de financiële prikkels en daarmee voor de mate waarin er gedragsverandering optreedt. Dit bemoeilijkt het eenduidig vaststellen van de impact van een alternatieve bekostiging en de onderliggende werkzame mechanismen.

4.4 Aanbevelingen

Hieronder volgt een aantal aanbevelingen voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars, andere stakeholders en onderzoekers die wij op basis van het huidige onderzoek hebben kunnen formuleren.

Kom goed beslagen ten ijs

Het ontwikkelen en implementeren van alternatieve bekostiging zijn complexe en tijdrovende exercities waarvoor specifieke expertise en vaardigheden op verschillende gebieden nodig zijn. Het verdient daarom aanbeveling om goed voorbereid te starten, bijvoorbeeld door kennis te nemen van geleerde lessen in andere initiatieven in binnen- en buitenland, (bij)scholing te organiseren voor betrokkenen, en/of onafhankelijke externe ondersteuning (zowel inhoudelijk als praktisch) in te schakelen. Een landelijk, onafhankelijk platform waar veldpartijen kennis en ervaring kunnen uitwisselen en specifieke hulpvragen kunnen neerleggen, zou hierbij ook kunnen helpen.

Faciliteer actieve betrokkenheid, passend bij de situatie

Een belangrijke succesfactor voor de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging, betreft actieve betrokkenheid van alle relevante partijen, waaronder in ieder geval zorgverleners. Ook kan patiëntbetrokkenheid van toegevoegde waarde zijn. Om het risico op ont koppeling en andere belemmerende factoren te minimaliseren, is het aan te raden om

voorafgaand aan de start een gedegen plan te maken over hoe actieve betrokkenheid te realiseren en te borgen, en actief na te denken over welk type betrokkenheid past bij de situatie.

Investeer in samenwerkingsrelaties

Een belangrijke conclusie van dit onderzoek is dat de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging mensenwerk blijft, waarbij goede samenwerkingsrelaties tussen alle betrokkenen met een gemeenschappelijke visie op de toekomst cruciaal is. Dergelijke relaties zijn randvoorwaardelijk voor het creëren van een klimaat dat zich kenmerkt door wederzijds vertrouwen, psychologische veiligheid, effectief (zorginhoudelijk) leiderschap, begrip voor elkaars belangen, en een gedeeld urgentiebesef om in gezamenlijkheid te transformeren. Het vereist toewijding om dusdanig sterke relaties te bouwen die maken dat betrokkenen elkaar vast blijven houden als het stormt en obstakels moeten worden overwonnen. Dit vraagt mogelijk ook om andere kennis en competenties van betrokkenen (waaronder leidinggevend) wat vervolgens ook weer andere eisen stelt aan scholing en werving van personeel.

Start niet zonder duidelijk verbeterpotentieel in zowel zorginhoud als bekostiging

Dit onderzoek leert dat een helder omschreven en breed gedragen verbeterpotentieel in zowel de zorginhoud als in de bekostiging bijdraagt aan de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging. Zonder verbeterpotentieel op beide componenten is de ontwikkeling en implementatie alternatieve bekostiging gedoemd te mislukken. Het samen definiëren van dit verbeterpotentieel kan daarnaast een essentiële verbindende factor zijn tussen de betrokken partijen. Ook wanneer er in een later stadium tegengestelde belangen of onzekerheden de kop op steken, kunnen de partijen elkaar altijd op het gemeenschappelijke verbeterpotentieel weer vinden.

Maak werk van het wegnemen van belangrijke praktische obstakels

De veertien geïdentificeerde CMO-configuraties hebben laten zien dat betrokkenen diverse praktische obstakels ervaren die de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging ingewikkeld maken. Dit kunnen obstakels zijn in de externe omgeving van partijen (zoals wettelijke en financiële schotten tussen sectoren en tussen domeinen, de afwezigheid van betaaltitels, de risicoverevening en mededingingswetgeving), een gebrek aan hulpbronnen (zoals structurele financiële middelen, voldoende gekwalificeerd en toegewijd personeel, en een adequate ICT-infrastructuur), en het feit dat zorgaanbieders te maken hebben met meerdere concurrerende zorgverzekeraars die vaak eigen afspraken met zorgaanbieders willen maken met bijbehorende verschillen in doelen, eisen en monitoring. Hier ligt een potentiële rol voor landelijke partijen om (ervaren) obstakels weg te nemen en mee te denken in het reduceren van de complexiteit.

Verminder de ervaren financiële onzekerheid bij zorgaanbieders

De ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging gaat gepaard met financiële onzekerheid die door met name zorgaanbieders als belemmerend wordt ervaren. Om deze ervaren onzekerheid te reduceren kunnen verschillende maatregelen worden genomen. Hierbij kan worden gedacht aan meerjarencontracten die zorgaanbieders voldoende financieel comfort geven en voldoende flexibiliteit bieden om bij te sturen indien nodig. Dergelijke meerjarencontracten geven bovendien een signaal van vertrouwen, stellen partijen in staat om investeringen in bijvoorbeeld innovatie en preventie terug te verdienen, en getuigen van een gezamenlijke lange-termijn visie op zorgtransformatie. Wat daarnaast kan helpen is een duidelijke langetermijnvisie vanuit de overheid, met daaraan gekoppeld een landelijk actieprogramma met ruimte om in relatieve zekerheid te experimenteren en kennis op te doen.

Creëer eenheid van taal

Uit dit onderzoek komt naar voren dat een aantal kernbegrippen in relatie tot bekostiging in de praktijk door betrokken partijen verschillend wordt geïnterpreteerd. Dit gebrek aan een 'eenheid van taal' is niet anders dan bij andere complexe veranderinitiatieven, zoals bij de Juiste Zorg Op de Juiste Plek en het concept Passende zorg. Als gevolg hiervan ligt miscommunicatie en het 'langs elkaar heen praten' op de loer, wat het ontwikkel- en implementatieproces sterk kan ondermijnen. Bij de start maar ook op latere momenten is het creëren van eenduidige definities van relevante begrippen en concepten daarom essentieel.

Investeer in onderzoek naar de doorvertaling van de CMO-configuraties naar strategieën en leidende principes

De focus van dit onderzoek lag op het identificeren van relevante CMO-configuraties. Een belangrijke vervolgstap voor toekomstig onderzoek is het analyseren van de samenhang tussen, hiërarchie in, en patronen binnen deze CMO-configuraties, om zo concrete strategieën te formuleren die in de praktijk toepasbaar zijn. Op basis daarvan kunnen ook zogenaamde 'leidende principes' worden opgesteld, die als waardevolle richtlijnen kunnen dienen bij de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging.

Leer van initiatieven met alternatieve bekostiging buiten de medisch-specialistische zorg

Ook binnen andere zorgsectoren en domeinen wordt geëxperimenteerd met alternatieve bekostiging. Daarnaast worden sector- en domeinoverstijgende bekostigingsmodellen verkend, en wordt ook in het buitenland in toenemende mate geëxperimenteerd. Idealiter leiden deze experimenten niet alleen tot inzichten in de kwantitatieve effecten, maar ook in de rol van context en de onderliggende werkzame mechanismen. Het verdient aanbeveling om deze experimenten met alternatieve bekostiging in de komende jaren intensief te blijven volgen en te leren van de bevindingen.

Zorg voor een vooraf gedefinieerd evaluatieplan

Het verdient aanbeveling om voorafgaand aan de start van het initiatief al een gedegen evaluatieplan op te stellen waarbij wordt nagedacht over hoe kennis kan worden vergaard gedurende de looptijd van het initiatief alsook na afloop. Hierbij is het belangrijk een overzicht te maken van de benodigde data en een plan voor dataverzameling en -ontsluiting op te stellen. Een vooraf gedefinieerd evaluatieplan maakt leren op basis van doen mogelijk, voor zowel de betrokken partijen en voor andere partijen die experimenteren met alternatieve bekostiging. Op deze manier wordt voorkomen dat op (te) korte termijn voorbarige conclusies worden getrokken en initiatieven geen eerlijke kans krijgen.

4.5 Tot slot

In dit onderzoek is veel kennis opgedaan over welke factoren en mechanismen van belang zijn bij het ontwikkelen en implementeren van alternatieve bekostiging. Deze inzichten konden alleen worden verkregen doordat zorgaanbieders en zorgverzekeraars met elkaar de uitdaging zijn aangegaan en het hebben aangedurfd om te experimenteren met alternatieve bekostiging en de deuren te openen voor ons als onderzoekers. Wij hopen dat partijen die overwegen om met alternatieve bekostiging aan de slag te gaan (of daar al bij betrokken zijn) de beschreven CMO-configuraties in ogenschouw nemen. Wij benadrukken dat het leren van dergelijke experimenten een doorlopend proces betreft waarbij het cruciaal is dat we leren van zowel succesvolle als van de minder succesvolle initiatieven. Dit 'leergeld' is nodig om in de toekomst de kans op een succesvolle ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging (en daarmee de benodigde zorgtransformatie) te vergroten. Kortom, het motto moet zijn: doen, leren en evalueren.

Referenties

- Angrist, J., & Pischke, J. S. (2009). Mostly Harmless Econometrics. An Empiricist's Coppanion. Princeton University Press.
- Baltesen, F. (2023). BDO: 'Passende zorg mislukt door geldtekort ziekenhuizen'. Skipr. Geraadpleegd van <https://www.skipr.nl/nieuws/bdo-passende-zorg-mislukt-door-geldtekort-ziekenhuizen/>.
- BDO (2023). BDO-benchmark Ziekenhuizen 2023.
- Cattel, D., & Eijkenaar, F. (2020). Value-Based Provider Payment Initiatives Combining Global Payments With Explicit Quality Incentives: A Systematic Review. Medical care research and review : MCRR, 77(6), 511–537.
- Centraal Planbureau, IQ Scientific Center for Quality of Healthcare, Nederlandse Zorgautoriteit (2020). Evaluatie programma's Beatrixziekenhuis en Bernhoven.
- Eijkenaar, F., Emmert, M., Scheppach, M., & Schöffski, O. (2013). Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. Health policy (Amsterdam, Netherlands), 110(2-3), 115–130.
- Eijkenaar, F., Struijs, J. (2022). Het waarom van alternatieve bekostigingsmodellen in de zorg. Vereniging voor Gezondheidseconomie (VGE) Bulletin 2022, 39(2);3-7.
- Federatie Medisch Specialisten (2023). Handreiking Implementatie Passende zorg. Bouwstenen voor de praktijk.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). Uitkomstgerichte Zorg 2018-2022.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2023). Gezond en Actief Leven Akkoord. Gemeenten en GGD'en, zorgverzekeraars en VWS zetten gezamenlijk in op een gezond en actief leven met een stevige sociale basis.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (z.d.). De Juiste Zorg op de Juiste Plek. Geraadpleegd van <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/>.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (z.d.). Programma Uitkomstgerichte Zorg. Geraadpleegd van <https://www.uitkomstgerichtezorg.nl/>.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2022). Monitor Medisch Specialistische Zorg 2022.
- Nederlandse Zorgautoriteit, Zorginstituut Nederland (2020). Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú. Actieplan voor het behoud van goede en toegankelijke gezondheidszorg.
- Patiëntenfederatie Nederland (z.d.). Dit doen wij. Verschillende participatievormen. Geraadpleegd van <https://www.patiëntenfederatie.nl/dit-doen-wij/vormen-patientenparticipatie>.
- Reed, M. S., Vella, S., Challies, E., De Vente, J., Frewer, L., Hohenwallner-Ries, D., ... & van Delden, H. (2018). A theory of participation: what makes stakeholder and public engagement in environmental management work?. Restoration ecology, 26, S7-S17.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2020). Passende bekostiging van de geboortezorg. Geraadpleegd van <https://www.rivm.nl/monitoren-zwangerschap-en-geboorte/passende-bekostiging-geboortezorg>.

- Rijksoverheid (2022). Integraal Zorg Akkoord. Samen werken aan gezonde zorg.
- Santeon (z.d.). Onze aanpak. Samen werken we aan betere zorg. Geraadpleegd van: <https://santeon.nl/onze-aanpak/>.
- Skipr Redactie (2018). Hartpatiënten NL keert zich fel tegen ‘wurgcontracten’. Skipr. Geraadpleegd van <https://www.skipr.nl/nieuws/hartpatiënten-nl-keert-zich-fel-tegen-wurgcontracten/>.
- Skipr Redactie (2018). Waardegedreven inkoop hartzorg wint draagvlak. Skipr. Geraadpleegd van <https://www.skipr.nl/nieuws/waardegedreven-inkoop-hartzorg-wint-draagvlak/>.
- Steenhuis, S., Struijs, J., Koolman, X., Ket, J., & VAN DER Hijden, E. (2020). Unraveling the Complexity in the Design and Implementation of Bundled Payments: A Scoping Review of Key Elements From a Payer's Perspective. *The Milbank quarterly*, 98(1), 197–222.
- Struijs, J. N., De Vries, E. F., Baan, C. A., Van Gils, P. F., & Rosenthal, M. B. (2020). Bundled-payment models around the world: how they work and what their impact has been. *The Commonwealth Fund: Issue Briefs*.
- de Vries, E. F., Scheefhals, Z. T. M., de Bruin-Kooistra, M., Baan, C. A., & Struijs, J. N. (2021). A Scoping Review of Alternative Payment Models in Maternity Care: Insights in Key Design Elements and Effects on Health and Spending. *International journal of integrated care*, 21(2), 6.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2021). Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak.
- ZonMw (z.d.). Uitkomstgericht organiseren en betalen. Geraadpleegd van <https://www.zonmw.nl/nl/programma/uitkomstgericht-organiseren-en-betalen>.
- Zurhake, S. (2022). Verloskundigen tegen plan Kuipers: ‘We verliezen onze autonomie’. *Nederlandse Omroep Stichting (NOS) Nieuws*. Geraadpleegd van <https://nos.nl/artikel/2424928-verloskundigen-tegen-plan-kuipers-we-verliezen-onze-autonomie>.

Bijlage A. Kwantitatieve effecten

A.1 Inleiding

Van de zeven onderzochte initiatieven konden er vijf kwantitatief worden geëvalueerd (zie [hoofdstuk 1](#) voor een beschrijving van de zeven initiatieven). Naast de al uitgevoerde evaluatie van het initiatief integrale bekostiging in de geboortezorg ([RIVM 2023](#)) waar wij in dit onderzoek bij aansluiten, betrof dit de initiatieven voor operatieve behandeling van borstkanker, heup/knievervanging naar aanleiding van ernstige artrose, dure geneesmiddelen voor reumatoïde artritis en operatieve behandeling van staar. In elk van de vier laatstgenoemde initiatieven ging het om shared-savings/losses modellen (zie [hoofdstuk 1](#)) voor een samenhangende set van ziekenhuiszorg (zoals dbc's) rondom de betreffende aandoening of behandeling (de 'bundel'). Voor het heup/knie-initiatief ging het bijvoorbeeld om alle ziekenhuisbehandelingen en -diagnostiek 120 dagen voor en één jaar na de initiële protheseoperatie. Voor de resterende twee initiatieven was een kwantitatieve evaluatie niet mogelijk omdat het initiatief óf te kort geleden was ingevoerd (hartfaleninitiatief) óf er geen goede controlegroep beschikbaar was om resultaten tegen af te zetten (acuut herseninfarct initiatief).

Voor het initiatief integrale bekostiging van de geboortezorg wordt zoals gezegd aangesloten bij de evaluatie van het RIVM. De in die evaluatie gevonden effecten twee jaar na implementatie van de integrale bekostiging zijn door de betreffende auteurs als volgt samengevat ([RIVM 2023](#)): “Door integrale bekostiging stegen de uitgaven per zwangerschap minder snel. Daarnaast zijn er wat verschuivingen in de zorg te zien, waarbij het soms onduidelijk is of die gewenst is of niet. Zo zijn er iets meer bevallingen in een ziekenhuis onder leiding van een verloskundige (poliklinisch) geweest en minder ziekenhuisbevallingen onder leiding van een gynaecoloog. Het percentage geplande keizersneden was iets lager en het percentage niet-geplande keizersneden iets hoger.”

A.2 Methode

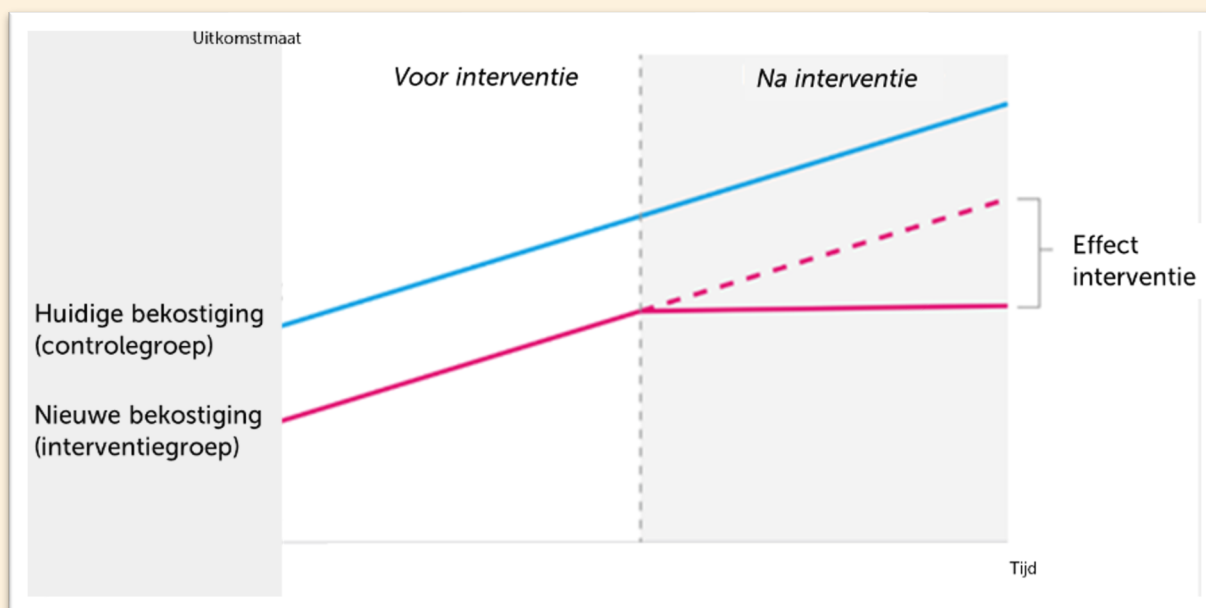
Voor de vier initiatieven die wij in dit onderzoek zelf kwantitatief hebben geëvalueerd, is nagegaan of er een causaal verband bestaat tussen de implementatie van het initiatief (de 'interventie') en eventuele veranderingen in zorguitgaven, zorggebruik en indicatoren voor kwaliteit van zorg (de 'uitkomstmaten'; zie [Tabel A.1](#)). Net als in de RIVM-evaluatie is dit gedaan met behulp van de zogenaamde difference-in-differences (DID) methode ([Angrist & Pischke 2009](#)), waarbij we in dit onderzoek gebruik hebben gemaakt van administratieve data van de betrokken zorgverzekeraar over declaraties en patiëntkenmerken zoals leeftijd, geslacht en de aanwezigheid van chronische ziekten. De administratieve data zijn dus ook gebruikt voor de analyses van de impact op kwaliteit van zorg (zie onder). Weliswaar werden binnen de initiatieven zelf ook allerlei andere kwaliteitsindicatoren gemeten, maar binnen het tijdsbestek van dit onderzoek bleek het helaas niet haalbaar om die indicatoren bij een voldoende aantal deelnemende én niet deelnemende zorgaanbieders te verzamelen. De patiëntkenmerken zijn gebruikt om in de analyses te corrigeren voor mogelijke casemix-verschillen tussen interventie- en controlegroep (zie onder). Dit om te voorkomen dat de effectschattingen vertekend zouden worden door (veranderende) verschillen in de kenmerken van de patiënten die door de zorgaanbieders in de interventie- en controlegroepen zijn behandeld.

Tabel A.1. Geëvalueerde uitkomstmaten in termen van zorguitgaven, zorggebruik en kwaliteit van zorg voor de vier initiatieven die in dit onderzoek kwantitatief zijn onderzocht.

Initiatief	Geëvalueerde uitkomstmaten
Borstkanker	<ul style="list-style-type: none"> ● Gedeclareerde chirurgische uitgaven binnen bundel (totaal en subcategorieën) ● Gedeclareerde overige uitgaven buiten bundel (totaal en subcategorieën) ● Zorggebruik (o.a. radiotherapie en ligduur) ● % Heroperaties ● % Postoperatieve infecties ● % Borstamputaties
Heup-/knievervangning	<ul style="list-style-type: none"> ● Gedeclareerde uitgaven ziekenhuiszorg binnen bundel (totaal en subcategorieën) ● % Complicaties tijdens of binnen 1 jaar na operatie ● Zorggebruik (o.a. diagnostiek en ligduur) ● Volume heup/knieoperaties
Reumatoïde artritis	<ul style="list-style-type: none"> ● Gedeclareerde uitgaven dure geneesmiddelen binnen bundel (totaal en per middel) ● Gedeclareerde uitgaven buiten bundel (totaal en subcategorieën) ● Volume dure geneesmiddelen ● Polikliniekbezoeken
Staar	<ul style="list-style-type: none"> ● Gedeclareerde chirurgische uitgaven binnen bundel (totaal en subcategorieën) ● Gedeclareerde overige uitgaven buiten bundel (totaal en subcategorieën) ● Zorggebruik (o.a. diagnostiek en ligduur) ● % Nastaar

Bij DID-methode worden uitkomstmaten bekeken over twee perioden (zie [Figuur A.1](#)): voor en na de interventie. Dit gebeurt voor twee groepen: de groep zorgaanbieders die deelneemt aan het initiatief en dus onder de alternatieve bekostiging is gaan werken (de interventiegroep) en een vergelijkbare groep van niet-deelnemende zorgaanbieders die over de gehele onderzoeksperiode onder de huidige bekostiging is blijven werken (de controlegroep). De controlegroep wordt gebruikt om een inschatting te maken van hoe de trend in de uitkomstmaat zich in de interventiegroep zou hebben voortgezet wanneer de interventie níét had plaatsgevonden en de huidige bekostiging dus in stand was gehouden. In termen van de figuur: gegeven hoe de trends in de periode voorafgaand aan de interventie verliepen, is de verwachting dat de rode lijn zich volgens de stippellijn zou hebben voortgezet wanneer de interventie niet had plaatsgevonden. Het effect van de interventie op de uitkomstmaat is dan het verschil tussen wat kan worden verwacht op basis van de trends vóór de interventie (de rode stippellijn) en wat er daadwerkelijk gebeurt (de rode lijn). En dat is een verschil tussen twee verschillen (vandaar de naam DID): enerzijds het verschil vóór versus ná de interventie voor de interventiegroep, en anderzijds hetzelfde verschil tussen dezelfde tijdstippen maar dan voor de controlegroep.

Figuur A.1. Grafische weergave van de difference-in-differences methode.



Een cruciale aanname bij de DID-methode is dat de trend in de uitkomstmaat in de periode voorafgaand aan de interventie voor beide groepen hetzelfde patroon vertoont. In andere woorden: de pre-interventie trends moeten parallel lopen. Als aan deze zogenaamde ‘parallele trends aanname’ is voldaan, dan mag inderdaad worden verwacht dat zónder de interventie de trends zich op dezelfde manier zouden voortzetten in de periode na de interventie. Deze aanname is in het onderzoek uitgebreid visueel en statistisch getoetst en hield voor alle onderzochte uitkomstmaten.

A.3 Resultaten en discussie

Wij hebben de vier initiatieven onderzocht op mogelijke effecten op tientallen uitkomstmaten die betrekking hebben op zorguitgaven (inclusief allerlei uitsplitsingen en zowel binnen als buiten de bundel), zorggebruik (bijvoorbeeld ligduur en diagnostische tests), en kwaliteit van zorg (zoals complicaties, heroperaties en postoperatieve infecties). Voor drie initiatieven – staar, borstkanker en reumatoïde artritis – is er geen bewijs gevonden voor een effect op de onderzochte uitkomstmaten. Bij dit gebrek aan effecten moet echter een aantal kanttekeningen worden geplaatst, waaronder de korte follow-up periode en de incomplete analyse van het effect op kwaliteit (zie onder). Net als voor de integrale bekostiging van de geboortezorg ([RIVM 2023](#); zie boven) zijn voor het heup/knie-initiatief wel statistisch significante effecten gevonden, die standhielden in diverse gevoeligheidsanalyses.³ In de eerste plaats zijn de totale ziekenhuisuitgaven binnen de bundel 268 euro (ongeveer 3%) per patiënt per kwartaal minder gestegen dan in de controlegroep ($p=0,041$), gecorrigeerd voor casemix-verschillen. Een aanvullende analyse liet zien dat dit effect bijna helemaal kan worden verklaard door een afname van de uitgavengroei voor de protheseoperatie zelf: -245 euro ($p=0,037$). Omdat dit altijd gaat om één en dezelfde dbc die voor alle patiënten in de onderzoekspopulatie is gedeclareerd (dit was namelijk een voorwaarde voor inclusie van patiënten in het initiatief), moet dit effect zijn veroorzaakt door een minder sterk gestegen prijs. Hoewel de zorguitgaven gemiddeld genomen minder hard zijn gestegen, komt dit zeer waarschijnlijk dus niet door veranderingen in (bijvoorbeeld) zorgprocessen maar heeft dit te maken met

³ In dit onderzoek spreken we van statistisch significante effecten – dat wil zeggen: effecten die waarschijnlijk niet op toeval berusten – wanneer de p -waarde kleiner is dan de in de statistiek gebruikelijke grens van 0,05.

prijsonderhandelingen tussen de zorgverzekeraar en de ziekenhuizen. Ten tweede is op ziekenhuisniveau de kans op een heup/knieoperatie met ongeveer 8% toegenomen ten opzichte van de controlegroep ($p=0,017$). Met andere woorden: het initiatief heeft geleid tot een (beperkte) toename van het volume aan heup/knieoperaties. Dit effect heeft waarschijnlijk te maken met de zogenaamde vrij-volumeafspraken. Deze afspraak was onderdeel van het initiatief en hield in dat de zorg onder de bundel uit het ziekenhuisbudget werd gehaald en apart werd bekostigd. Boven een bepaald basisvolume mocht dan worden doorbehandeld (en dus gedeclareerd), onder de voorwaarde van minimaal gelijkblijvende kwaliteit van zorg.

Afgezien van de effecten van de integrale bekostiging van de geboortezorg (zie boven), is de conclusie dat de vier initiatieven die wij zelf kwantitatief konden evalueren niet tot veranderingen hebben geleid in de geanalyseerde uitkomstmaten, met uitzondering van de gevonden effecten bij het heup/knie-initiatief. Bij deze conclusie moeten wel enkele tekortkomingen van ons onderzoek in het achterhoofd worden gehouden. Een eerste tekortkoming is dat wij alleen korte-termijn effecten hebben kunnen onderzoeken (dat wil zeggen één à twee jaar na invoering). Het is aannemelijk dat gedragsverandering en zorgverbetering meer tijd kost. Het valt dan ook niet uit te sluiten dat er wel effecten (of andere effecten) zouden zijn gevonden bij een langere follow-up periode. Dit geldt overigens ook voor de evaluatie van de integrale bekostiging van de geboortezorg ([RIVM 2023](#)); ook voor die evaluatie was de follow-up periode (twee jaar na implementatie) mogelijk onvoldoende om effecten scherp in kaart te kunnen brengen, zeker gezien de opstart-/transitiefase waarin integrale geboortezorg organisaties zich bevinden. Ten tweede is de analyse van de effecten op kwaliteit incompleet omdat wij binnen het bestek van dit onderzoek alleen gebruik hebben gemaakt van declaratiedata; het is mogelijk dat wel veranderingen zijn opgetreden in indicatoren die in dit onderzoek niet zijn geanalyseerd. In de derde plaats is, gegeven de beschikbare data, alleen gekeken naar mogelijke veranderingen met betrekking tot zorg verleend binnen het ziekenhuis en niet daarbuiten (zoals de eerste lijn). Ten slotte was in de onderzochte initiatieven niet alleen sprake van een nieuwe bekostiging, maar ook van verbeterplannen, spiegelbijeentkomsten en vrij-volumeafspraken. Op basis van de kwantitatieve analyses kon niet goed worden vastgesteld welk(e) element(en) de gevonden effecten – of het gebrek daaraan – precies heeft veroorzaakt.

Bijlage B. Expertisecentrum BUNDLE

BUNDLE is een academisch expertisecentrum dat zich richt op alternatieve bekostiging in de zorg, en is een samenwerking tussen Health Campus Den Haag en Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM). Het expertisecentrum genereert, verzamelt en deelt kennis over de verschillende stadia van de invoering van alternatieve bekostiging – het ontwikkelen en implementeren – alsook over evaluaties van de impact op onder andere kwaliteit van zorg en zorguitgaven. Alternatieve bekostiging omvat meerdere vormen van bekostiging van zorgaanbieders waaronder prestatiebeloning, shared savings/losses, gebundelde betalingen en populatiebekostiging. BUNDLE biedt zowel kwalitatieve als kwantitatieve kennis en expertise op het gebied van onder andere ontwerpkeuzes, theorievorming, statistische evaluaties en onderzoek naar de invloed van contextuele factoren en werkzame mechanismen.

BUNDLE is het eerste aanspreekpunt voor veldpartijen en beleidsmakers die willen starten met de ontwikkeling, implementatie en/of evaluatie van bekostigingsmodellen die passende zorg stimuleren en faciliteren. Het academische karakter van het expertisecentrum zorgt voor onafhankelijke en wetenschappelijk onderbouwde adviezen en expertise, wat vertrouwen schept in settingen met traditioneel conflicterende belangen.

BUNDLE biedt veldpartijen en beleidsmakers op vier manieren ondersteuning:

- 1) Onderzoek en kennissynthese: BUNDLE voert wetenschappelijk onderzoek uit naar de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostigingsmodellen en evalueert de impact van deze modellen op onder andere kwaliteit en uitgaven. Daarbij werkt ze nauw samen met betrokken zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Voorbeelden van onderzoeken zijn voorliggend ZonMw-project en het VWS-project 'Populatiebekostiging in de eerstelijnszorg'. Ook voert BUNDLE kennissyntheses uit op het gebied van alternatieve bekostiging waarin naast een overzicht van de bestaande kennis ook nieuwe inzichten worden verkregen;
- 2) Platform: BUNDLE biedt met onder andere haar [LinkedIn-pagina](#) (>750 volgers) en jaarlijkse congres een platform voor kennisdeling en het bij elkaar brengen en inspireren van belanghebbenden om samen aan de slag te gaan met alternatieve bekostigingsmodellen;
- 3) Advies en begeleiding: BUNDLE participeert in project- en klankbordgroepen, waarin ze advies geeft over uiteenlopende vraagstukken met betrekking tot specifieke cases in relatie tot bestaande en alternatieve bekostigingsmodellen;
- 4) Training: BUNDLE heeft een training ontwikkeld over alternatieve bekostigingsmodellen, met informatie over verschillen en overeenkomsten tussen modellen, en over de bouwstenen en voor- en nadelen van verschillende ontwerpkeuzes. Tevens worden tijdens deze training geleerde lessen met betrekking tot de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostigingsmodellen gedeeld. Deze training is ontwikkeld voor medewerkers van zorgorganisaties (waaronder zorgverleners), zorgverzekeraars en beleidsmakers.