

Het abonnementsysteem

De toekomst voor bekostiging van Reuma Artritis patiënten

Master Thesis

Faculteit der Managementwetenschappen Radboud Universiteit

Naam: R. J. M. Taks

Opleiding: Bestuurskunde

Studentnummer: S4522001

1e docent: Dr. C.J. Lako

Begeleiding Sint Maartenskliniek: Prof. dr. M. van Houdenhoven



“Any program for resolving our runaway health care costs that does not have a credible plan for changing the way we care for the chronically ill can’t make more than a small dent in the total problem” – Clayton M. Christensen

Inhoud

Hoofdstuk 1: Inleiding	5
§ 1.1 Aanleiding en probleemanalyse	5
§ 1.2 Vraagstelling	8
§ 1.3 Wetenschappelijke en bestuurskundige relevantie	9
§ 1.4 Leeswijzer	9
Hoofdstuk 2: Het beleidskader	10
§ 2.1 De DOT-systematiek	10
§ 2.2 het abonnementssysteem	10
§ 2.3 De behandeling van Reuma Artritis	11
Hoofdstuk 3: Theoretisch kader	12
§3.1 Beoordelingscriteria bekostigingssystemen	12
§3.1.1 Publieke waarden	12
§ 3.1.2 Verschillende dimensies voor beoordelen bekostigingssystemen	13
§ 3.2 Bekostiging in de zorg	15
§ 3.2.1 Vier hoofdvormen	15
§ 3.2.2 Principaal-agent relatie	16
§ 3.3 De DOT-systematiek	17
§ 3.3.1 Kostenbewust gedrag	17
§ 3.3.2 Kwaliteit	17
§ 3.3.3 Innovatie	18
§ 3.3.4 Coördinatie en/of substitutie	18
§ 3.3.5 Toegankelijkheid	18
§ 3.3.6 Schematische weergave effecten DOT-systematiek	19
§ 3.4 Het abonnementssysteem	19
§ 3.4.1 Kostenbewust gedrag	19
§ 3.4.2 Kwaliteit	20
§ 3.4.3 Innovatie	20
§ 3.4.4 Coördinatie en/of substitutie	21
§ 3.4.5 Toegankelijkheid	21
§ 3.4.6 Schematische weergaven te verwachten effecten abonnementssysteem	22
§ 3.5 Van de DOT-systematiek naar een abonnementssysteem	22
§ 3.6 Resumé	23
Hoofdstuk 4: Methode	24
§ 4.1 Aard van het onderzoek	24
§ 4.2 Onderzoeksstrategie	24
§ 4.3 Onderzoekseenheden	25

§ 4.4 Dataverzameling.....	26
§ 4.4.1 Methode van dataverzameling.....	26
§ 4.4.2 Operationalisering.....	27
§ 4.5 Data-analyse.....	28
§ 4.6 Validiteit en betrouwbaarheid.....	29
Hoofdstuk 5: Resultaten.....	30
§ 5.1 Kostenbewust gedrag.....	30
§ 5.1.1 Volume prikkel.....	30
§ 5.1.2 Overbehandeling en/of onnodig dure zorg.....	31
§ 5.1.3 Besparingen.....	31
§ 5.1.4 Bekostiging op basis van beschikbaarheid.....	31
§ 5.1.5 Antwoord op hypothese één.....	32
§ 5.2 Kwaliteit.....	32
§ 5.2.1 prikkel tot onderbehandeling.....	32
§ 5.2.2 Kwaliteitsindicatoren.....	33
§ 5.2.3 Prikkel tot overbehandeling.....	34
§ 5.2.3 Antwoord op hypothese twee.....	35
§ 5.3 Innovatie.....	35
§ 5.3.1 Nieuwe vormen van zorg.....	36
§ 5.3.2 Antwoord op hypothese drie.....	37
§ 5.4 Substitutie en/of coördinatie.....	37
§ 5.4.1 Substitutie.....	37
§ 5.4.2 Coördinatie.....	39
§ 5.4.3 Antwoord op hypothese vier A en B.....	39
§ 5.5 Toegankelijkheid.....	40
§ 5.5.1 Risicoselectie.....	40
§ 5.5.2 Wachttijden.....	41
§ 5.5.3 Antwoord op hypothese vijf.....	42
§ 5.6 Resumé.....	43
Hoofdstuk 6: Conclusies.....	44
§ 6.1 Van publieke waarden naar vijf criteria voor goede zorg.....	44
§ 6.2 De vier hoofdvormen van bekostiging in de zorg.....	44
§ 6.3 De effecten van de DOT-systematiek op de criteria van goede zorg.....	45
§ 6.4 Te verwachten effecten van een abonnementssysteem.....	46
§ 6.5 Antwoord op de hoofdvraag.....	48
Hoofdstuk 7: Discussie.....	49
§ 7.1 Reflectie op het onderzoek.....	49

§ 7.1.1 Reflectie op de theorie	49
§ 7.1.2 Reflectie op de gekozen onderzoeksmethodiek	49
§ 7.1.3 Reflectie op de resultaten	50
§ 7.2 Beperkingen van het onderzoek en aanbevelingen voor vervolgonderzoek	51
Literatuurlijst	53

Hoofdstuk 1: Inleiding

§ 1.1 Aanleiding en probleemanalyse

De afgelopen jaren zijn de zorgkosten in Nederland harder gestegen dan de groei van de economie, waardoor er druk is ontstaan op de zorg voor het beter beheersen van de zorgkosten (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2010). Naast deze druk worden beleidmakers en bestuurders in de zorg geconfronteerd met onvrede over de kwaliteit van de geleverde zorg (Eijkenaar & Schut, 2015). De uitdaging om de zorgkosten te beheersen en tegelijkertijd de kwaliteit te verbeteren wordt de “triple-aim” genoemd. Hieronder wordt verstaan: “improving the individual experience of care; improving the health of populations; and reducing the per capita costs of care for populations” (Berwick, Nolan & Whittington, 2008). Dit betekent dat de “triple aim” staat voor het verbeteren van de individuele ervaringen met de zorg, het verbeteren van de gezondheid van populaties en het reduceren van de gezondheidskosten voor populaties (Berwick, Nolan & Whittington, 2008). Er wordt gesteld dat de doelen van de “triple aim” algemeen van toepassing zijn, maar specifiek gelden voor ouderen en chronisch zieken, omdat zij een groter aantal contactmomenten hebben in de zorg (Berwick et al., 2008).

Eén van de belangrijkste oorzaken van de genoemde problemen is een inadequaat bekostigingssysteem (Kleef, Schut & Van de Ven, 2014). Kleef et al. stellen dat de huidige bekostigingsmethoden in de gezondheidszorg geen effectieve stimulans bieden voor goede uitkomsten, een kosten-effectieve inzet van middelen, een goede coördinatie en afstemming van zorg en voor preventie. Ook stellen ze dat er geen relatie is tussen de bekostigingsmethode en de gezondheidsuitkomsten van populaties (Kleef et al., 2014). Zorgaanbieders worden voornamelijk afzonderlijk per activiteit of per ‘bundel’ van activiteiten gefinancierd (Kleef et al., 2014). Een voorbeeld van financiering per bundel van activiteiten is de huidige manier van bekostiging van de ziekenhuizen, namelijk door middel van de “DBC’s op weg naar transparantie” (DOT’s) (Kleef et al., 2014). Het bekostigen van zorgaanbieders per activiteit of per bundel activiteiten zorgt ervoor dat het aanbod vooral gericht is op het leveren van afzonderlijke activiteiten en producten, die vaak niet optimaal op elkaar afgestemd zijn (Eijkenaar & Schut, 2015). De nadruk ligt bij de bekostiging dus niet op de uitkomst van de zorg, de patiëntervaring of de kosten, maar op de optimalisatie op het niveau van afzonderlijke activiteiten (Eijkenaar & Schut, 2015). Doordat de activiteiten en producten slecht op elkaar zijn afgestemd, vertoont de zorg die een patiënt nodig heeft maar beperkte samenhang (Eijkenaar & Schut, 2015), waardoor patiënten onder andere gedwongen worden tot het coördineren van de eigen zorg tussen verschillende aanbieders. Dit is voornamelijk problematisch voor chronisch zieken en ouderen, omdat zij afhankelijk zijn van een goede afstemming en samenwerking tussen de verschillende zorgaanbieders (Eijkenaar & Schut, 2015), maar zij niet altijd in staat zijn tot het coördineren tussen de verschillende zorgaanbieders.

Nederland telt ongeveer 4,5 miljoen mensen die lijden aan een chronische ziekte. Dat is bijna een kwart van de beroepsbevolking (Hoeymans, Schellevis, Wolters, 2008; Schrijvers, 2014). Recente cijfers over de kosten van chronisch zieken zijn niet bekend (Schrijvers, 2014). Wel is bekend dat in 2008 een Nederlander met één of meer chronische aandoeningen circa 5.200 euro aan kosten maakte voor de zorgverzekeringswet (Schrijvers, 2014). Anders gezegd: “van de kosten van de zorgverzekeringswet van dat jaar ging circa zevenenveertig procent naar 2,9 miljoen personen met één of meerdere chronische aandoeningen en drieënvijftig procent naar 13,1 miljoen Nederlanders zonder die aandoeningen” (Schrijvers, 2014 p. 151-152). Het is volgens het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu de verwachting dat het aantal mensen waarvan is vastgesteld dat ze aan een chronische ziekte lijden de komende jaren zal toenemen (Blokstra & Verschuren, 2007). Hierdoor zal de druk op de

betaalbaarheid van de zorg naar verwachting alleen maar stijgen. Voor de stijging van het aantal chronisch zieken geeft de RIVM verschillende oorzaken (Hoeymans, Loon & Schoemaker, 2011). De belangrijkste oorzaak voor het stijgend aantal chronisch zieken is de vergrijzing. Mensen leven langer waardoor de kans op het oplopen van een chronische ziekte toeneemt. Het passeren van de grens van vijftig jaar door de eerste lichting van de naoorlogse geboortegolf zorgt er daarbij voor dat het aandeel ouderen in de samenleving nog sterker zal stijgen (Hoeymans et al., 2011). Een andere oorzaak ligt in het beter kunnen behandelen van verschillende ziektes. Hierdoor overlijden mensen minder snel aan een ziekte, maar blijven ze wel klachten houden, waardoor chronische ziektes ontstaan (Hoeymans et al., 2011). Ook eerdere ontwikkelingen in de oorzaken van chronische ziekte kunnen een rol spelen. Een bekend voorbeeld hiervan is de stijging van het aantal mensen met diabetes wat veroorzaakt wordt door een eerdere stijging van het aantal mensen met overgewicht. De laatste oorzaak ligt in het eerder signaleren van klachten en het toeschrijven van deze klachten aan een bepaalde ziekte (Hoeymans et al., 2011). Een veelvoorkomende chronische ziekte is reuma. Reuma is een verzamelnaam voor meer dan 100 chronische aandoeningen aan gewrichten, spieren en pezen. In Nederland lijden ongeveer 2,35 miljoen mensen aan een vorm van reuma, waarvan ongeveer 1,8 miljoen Nederlanders ernstige klachten ondervinden (Chorus & Schokker, 2010). Reuma is een chronische ziekte wat betekent dat de ziekte niet verholpen kan worden. Wel kunnen de klachten door middel van behandeling worden beperkt. Een ziekenhuis dat gespecialiseerd is in de behandeling van reumapatiënten is de Sint Maartenskliniek. De Sint Maartenskliniek biedt haar behandelingen aan in Nijmegen, Woerden, Boxmeer en Tiel. Het richt zich hierbij op drie verschillende clusters: orthopedie, revalidatie en reumatologie. De reumacentra in Nijmegen, Boxmeer en Woerden behandelen jaarlijks ruim 11.000 reumapatiënten waarbij het gaat om het bestrijden van de reumatische aandoening, maar ook om het leren omgaan met de gevolgen van de ziekte (Sint Maartenskliniek, 2015).

De toename van het aantal chronisch zieken, waaronder het stijgend aantal mensen dat lijdt aan een reumatische aandoening, zorgt ervoor dat een groot deel van de totale uitgaven aan de Nederlandse gezondheidszorg wordt besteed aan de zorg voor mensen met een chronische ziekte (Ursum, Rijken, Heijmans, Cardol, & Schellevis, 2011). Door het groeiend aantal chronisch zieken en de daarbij horende stijgende zorgkosten van chronisch zieken staat Nederland de komende jaren voor de uitdaging om betaalbare en kwalitatief goede zorg te blijven bieden (Ursum, et al., 2011). De stijgende zorgkosten voor chronisch zieken worden voor een belangrijk gedeelte veroorzaakt doordat de handelingen van artsen en de manier waarop ziekenhuizen zijn georganiseerd, zijn gericht op het behandelen van acute zieken (Christensen, Grossman & Hwang, 2009). De ziekenhuizen verdienen geld aan het beter maken van mensen wanneer ze ziek zijn, niet door ze gezond te houden (Christensen et al., 2009). Het is hierbij typerend dat er in de Verenigde Staten meer dan negenduizend verschillende factureringcodes zijn voor het behandelen van ziektes, terwijl er geen één factureringcode is voor het gezond houden van mensen (Christensen et al., 2009).

Christensen et al. (2012) onderscheiden in hun boek drie verschillende soorten bedrijven in de zorg. De eerste soort, de "solution shops", zijn gespecialiseerd in het stellen van een diagnose waarbij (vaak) de focus ligt op moeilijke problemen. Hierin werken verschillende medisch specialisten samen om te komen tot de juiste diagnose. De tweede soort noemen ze "value-adding process" (oftewel VAP) bedrijven. Dit zijn bedrijven die erop gericht zijn om waarde toe te voegen door specifieke producten te maken of diensten te verlenen (Christensen et al., 2009). Een Nederlands voorbeeld hiervan zijn focusklinieken, waarbij een kliniek bijvoorbeeld is gespecialiseerd in het plaatsen van nieuwe heupen (Schrijvers, 2012). De derde en laatste soort bedrijven worden de "facilitated networks" oftewel faciliterende netwerken (Christensen et al., 2009). Binnen de zorg zijn netwerken van mensen met

chronische aandoeningen hiervoor een voorbeeld. Christensen et al. stellen dat ziekenhuizen momenteel alle drie deze bedrijven onderdak bieden. Zo bieden ziekenhuizen op de polikliniek diagnostiek aan, wat valt onder de “solution shop”. Vervolgens wordt er op de operatietafel waarde toegevoegd, wat valt onder de soort “VAP” bedrijven. De zorg voor chronisch zieken vindt ook vaak in een ziekenhuis plaats, waarbij sprake is van een “facilitated network” (Christensen et al., 2009).

Christensen et al. (2009) stellen dat alle drie de soorten bedrijven door andere bekostigingsmodellen gefinancierd dienen te worden. Hierbij dienen de “solution shops” gefinancierd te worden door een uurtarief en de VAP's door een vast tarief per ingreep (Christensen et al., 2009). Ook de financiering voor chronisch zieken dienen volgens Christensen et al. veranderd te worden. Christensen et al. pleiten (2009) ervoor dat in plaats van enkel te hopen op het effectiever maken van de gezondheidszorg, er nagedacht dient te worden over het ontwikkelen van een nieuw business model voor het managen van chronisch zieken (Christensen et al., 2009). Christensen et al. zijn niet de enige die pleiten voor een andere manier van financieren van de zorg voor chronisch zieken. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2010) stelt dat de DOT-systematiek niet heeft gebracht wat ervan verwacht werd en dat het niet noodzakelijk is om hem nog verplicht als prestatiebeschrijving en declaratieobject te handhaven (Raad voor Volksgezondheid en Zorg, 2010). De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg stelt daarnaast dat onderzoek nodig is naar een transitieagenda waarin nieuwe manieren van contracteren en declareren worden ontwikkeld met zoveel mogelijk vrijheid voor partijen (Raad voor Volksgezondheid en Zorg, 2010). De raad voor de volksgezondheid en zorg (2010) stelt dat dit bijvoorbeeld van belang is voor de ontwikkeling van integrale zorg, voor de herinrichting van het ziekenhuislandschap en voor de beloning van gezondheidsresultaten. Verschillende wetenschappers pleiten om voor de financiering van chronisch zieken gebruik te maken van een abonnementstarief, zoals dat ook gebruikelijk is in bijvoorbeeld de telecommarkt (Christensen et al., 2009; Schrijvers, 2012). Een abonnementssysteem houdt in dat een patiënt zich verbindt aan een zorgaanbieder (oftewel een abonnement afsluit) en dat de zorgaanbieder vervolgens verantwoordelijk wordt voor alle zorg die samenhangt met een bepaalde aandoening. Als tegenprestatie krijgt de zorgaanbieder van de verzekering van de patiënt een vast vergoeding, die los staat van de inspanningen die de zorgaanbieder dient te verrichten. In verschillende sectoren wordt veelvuldig gewerkt met een abonnementssysteem, waarbij het gebruikelijk is dat de consument zich voor een langere periode verbindt aan een partij om gebruik te maken van bijvoorbeeld de krant, de sportschool of de televisie. In de gezondheidszorg is dit echter maar zeer beperkt het geval. Voor zover bekend wordt alleen voor de financiering van de huisartsenzorg gebruik gemaakt van een bepaalde vorm van een abonnementssysteem. Voor de financiering van de curatieve zorg in ziekenhuizen wordt zover bekend verder geen gebruik gemaakt van een abonnementssysteem.

Vooruitstrevend is daarom de meerjarige overeenkomst tussen de Sint Maartenskliniek en zorgverzekeraar VGZ over de inkoop van de zorg vanaf 1 januari 2017. Een belangrijk onderdeel van deze driejarige overeenkomst is namelijk dat het ziekenhuis en de zorgverzekeraar hebben afgesproken om voor de bekostiging van Reuma Artritis patiënten gebruik te maken van een abonnementssysteem. Dit houdt in dat VGZ de Sint Maartenskliniek een vast bedrag voor de volledige behandeling van de patiënt met Reuma Artritis patiënt betaalt, ongeacht het aantal verrichtingen dat het ziekenhuis uit moet voeren of de medicatie die de patiënt nodig heeft (Sint Maartenskliniek, 2016). Uit de overeenkomst van drie jaar tussen VGZ en de Sint Maartenskliniek blijkt het vertrouwen dat een abonnementssysteem volgens beide partijen een bijdrage kan leveren aan het behalen van de doelen van de “triple-aim”.

Eerder is gesteld dat voor de bekostiging van de ziekenhuizen nog geen gebruik wordt gemaakt van een abonnementssysteem. Hierdoor is het onmogelijk om met zekerheid vast te stellen wat de effecten zijn van het abonnementssysteem dat afgesproken is tussen de Sint Maartenskliniek en VGZ. Omdat het bij deze overeenkomst gaat over een grote groep kwetsbare mensen, die in hun dagelijkse functioneren afhankelijk zijn van de geleverde zorg, is het ondanks dat het niet met zekerheid is vast te stellen, belangrijk te achterhalen wat de te verwachten effecten zijn van een abonnementssysteem voor patiënten die lijden aan de chronische ziekte Reuma Artritis. Dit onderzoek tracht daarom op basis van een literatuurstudie, aangevuld door de expertise en ervaringen van vijftien experts uit de gezondheidszorg, te achterhalen wat de te verwachten effecten zijn van bekostiging middels een abonnementssysteem. Dit heeft geleid tot de volgende doel- en vraagstelling:

§ 1.2 Vraagstelling

Doelstelling: Inzicht verkrijgen in de verschillen tussen de effecten van de DOT-systematiek en de (te verwachten) effecten van een abonnementssysteem op de zorg voor patiënten met de diagnose Reuma Artritis van de Sint Maartenskliniek, teneinde aanbevelingen te doen aan de Sint Maartenskliniek over of de invoering van abonnementsgelden een bijdrage kan leveren aan de doelen van de “triple-aim” .

Vraagstelling: Waarin verschillen de effecten van de DOT-systematiek van de te verwachten effecten van een abonnementssysteem op de zorg voor patiënten met de diagnose Reuma Artritis in de Sint Maartenskliniek en leidt de invoering van een abonnementssysteem daardoor tot het verbeteren van de doelen van de “triple-aim”?

Deelvragen:

1. Waaraan dient een bekostigingssysteem te voldoen om een bijdrage te leveren aan de doelen van de “triple aim”?
2. Welke hoofdvormen voor de bekostiging van de zorg zijn er in de literatuur te onderscheiden?
3. Wat zijn (op basis van de literatuur) de effecten van de DOT-systematiek op de criteria van goede zorg voor Reuma Artritis patiënten?
4. Wat zijn de te verwachten effecten van een abonnementssysteem op de criteria van goede zorg voor Reuma Artritis patiënten en hoe kunnen deze worden verklaard?

§ 1.3 Wetenschappelijke en bestuurskundige relevantie

Uit paragraaf 1.1 blijkt de noodzaak tot het ontwikkelen van een nieuw bekostigingssysteem voor de bekostiging van chronisch zieken. De belangrijke wetenschapper Christensen pleit voor de bekostiging van chronisch zieken door middel van een abonnementstarief (Christensen et al., 2009). Ook een andere auteur, Schrijvers (2014) pleit voor een andere manier van bekostiging voor chronisch zieken, waarbij een abonnementstarief centraal staat (Schrijvers, 2014). Doordat voor de bekostiging van de curatieve zorg in Nederland nog geen gebruik wordt gemaakt van een abonnementssysteem is het onbekend welke effecten er op zullen treden door het abonnementssysteem zoals de Sint Maartenskliniek dat met zorgverzekeraar VGZ heeft afgesproken. Dit onderzoek probeert een bijdrage te leveren aan de kennis over de te verwachten effecten van bekostiging middels een abonnementssysteem binnen de curatieve zorg. Daarnaast wordt in dit onderzoek een koppeling gemaakt tussen de verschillende kernwaarden die in de publieke sector van belang zijn en de verschillende dimensies waarop een bekostigingssysteem wordt beoordeeld. Door deze koppeling levert het onderzoek een bijdrage aan het beantwoorden van de vraag of alle publieke waarden vertegenwoordigd zijn in de dimensies waarop een bekostigingssysteem wordt beoordeeld.

§ 1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk twee van dit onderzoek wordt het beleidskader behandeld. In dit hoofdstuk wordt het verschil tussen de DOT-systematiek en het abonnementssysteem uitgelegd. Vervolgens wordt ingegaan op de manier waarop Reuma Artritis binnen de Sint Maartenskliniek wordt behandeld omdat deze kennis van belang is voor de rest van het onderzoek. In hoofdstuk drie wordt het theoretisch kader behandeld. In dit hoofdstuk wordt allereerst achterhaald aan welke criteria een bekostigingssysteem volgens de literatuur dient te voldoen. Vervolgens wordt met behulp van verschillende theorieën vastgesteld wat de effecten van de DOT-systematiek en de verwachten effecten van het abonnementssysteem op de vastgestelde criteria zijn. In dit hoofdstuk worden verschillende hypothesen opgesteld die in de rest van het onderzoek worden getoetst. In hoofdstuk vier wordt ingegaan op de methode die tijdens dit onderzoek is gebruikt voor het toetsen van de hypothesen. Hierbij wordt onder andere de gekozen onderzoeksstrategie, de onderzoekseenheden, dataverzameling en de data-analyse besproken. Ook wordt er ingegaan op de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek. In hoofdstuk vijf zijn de resultaten van het onderzoek weergegeven. Hierbij wordt per criterium weergegeven wat volgens de respondenten de (te verwachten) effecten van het abonnementssysteem op de vastgestelde criteria zijn. Ook wordt aangegeven of er onder de respondenten steun te vinden is voor de hypothesen. In hoofdstuk zes wordt allereerst antwoordt gegeven op de vier deelvragen van dit onderzoek. Wanneer deze zijn beantwoord, wordt de hoofdvraag van dit onderzoek beantwoord. Tot slot wordt in hoofdstuk zeven besproken wat voor invloed bepaalde keuzes op het onderzoek hebben gehad . Hierbij wordt allereerst een reflectie op het onderzoek gegeven. Vervolgens komen de beperkingen van het onderzoek aan bot waarbij ook aanbevelingen voor vervolgonderzoek worden gegeven.

Hoofdstuk 2: Het beleidskader

In dit hoofdstuk wordt allereerst het verschil uitgelegd tussen de DOT-systematiek en het abonnementssysteem. Vervolgens wordt er ingegaan op de werkwijze van de Sint Maartenskliniek voor de behandeling van Reuma Artritis. Er wordt ingegaan op de werkwijze omdat deze kennis in het vervolg van het onderzoek van belang is.

§ 2.1 De DOT-systematiek

Nederlandse ziekenhuizen worden bekostigd door middel van een systeem dat gebruik maakt van Diagnose Behandel Combinaties (DBC): *“het geheel van activiteiten van ziekenhuis en medisch specialist voortvloeiend uit de zorgvraag waarmee de patiënt de specialist in een ziekenhuis consulteert”* (Asselman, 2012). Later zijn deze DBC's omgezet naar DBC's op weg naar transparantie, oftewel DOT's. Een DOT is dus het gehele behandeltraject vanaf de diagnose van de specialist tot en met eventuele ziekenhuisbehandeling en bijbehorende nacontrole(s) (Nederlandse Zorgautoriteit, 2016). Elke DOT heeft een eigen tarief. Het ziekenhuis betaalt uit dat tarief de kosten voor het vastgoed, de apparatuur, geneesmiddelen en materialen en de loonkosten van medisch specialisten, verpleegkundigen en andere ziekenhuismedewerkers (Nederlandse zorgautoriteit, 2016).

§ 2.2 het abonnementssysteem

De term abonnementssysteem is afgeleid van de wijze waarop voor 2006 de huisarts werd bekostigd voor de patiënten die verzekerd waren via het ziekenfonds. Bij deze manier van bekostiging ontvingen de huisartsen een vast bedrag voor alle bij de huisarts ingeschreven patiënten. Hiernaast ontvingen de huisartsen een vergoeding per consult (Nederlandse Zorgautoriteit, 2014). Ook binnen het huidige bekostigingssysteem voor de huisartsenzorg is er sprake van een “inschrijftarief” waarbij de huisarts een vast bedrag ontvangt per ingeschreven patiënt dat aangevuld wordt door een tarief per consult (Nederlandse Zorgautoriteit, 2014).

De Nederlandse Zorgautoriteit (2014) stelt over de bekostiging van de huisartsenzorg:

“Het inschrijftarief fungeert als een vorm van budgettering. De inkomenszekerheid die hiermee gepaard gaat, stelt de huisarts in staat om onafhankelijk keuzes te maken ten aanzien van behandeling en doorverwijzing van patiënten.”

In de overeenkomst tussen de Sint-Maartenskliniek en zorgverzekeraar VGZ is nagedacht over een nieuwe manier van bekostiging voor de zorg van Reuma Artritis patiënten, waarbij sprake is van een vast inschrijftarief. Dit inschrijftarief wordt ook wel het abonnementstarief genoemd. Onder het abonnementssysteem wordt in dit onderzoek verstaan:

Een integraal tarief voor alle (potentieel) benodigde zorg die gerelateerd is aan patiënten van de Sint Maartenskliniek met de diagnose Reuma Artritis.

Bij een abonnementssysteem ontvangt de Sint Maartenskliniek een vast bedrag per patiënt waarbij de diagnose Reuma Artritis is vastgesteld. Als tegenprestatie van dit vaste bedrag dient de Sint Maartenskliniek alle benodigde zorg van de ingeschreven cliënt te betalen en verzorgen die gerelateerd zijn aan de ziekte Reuma Artritis. Hierbij kan gedacht worden aan de kosten voor consulten, behandelingen of medicatie. Bij een abonnementssysteem bestaat het risico dat de zorgaanbieder meer (financiële) inspanningen moet leveren dan waarvoor hij wordt beloond. Om dit risico te beperken bestaat de mogelijkheid dat zorgverzekeraars en zorgaanbieder afspraken maken over de risicoverdeling. Hierbij wordt afgesproken of een zorgaanbieder verantwoordelijk is voor het gehele verlies, of dat een bepaald percentage alsnog door de zorgverzekeraar wordt betaald (Eijkenaar & Schut, 2015). Bij deze manier van bekostiging geldt dat een zorgaanbieder beter in staat is het risico

te dragen, wanneer hij de beschikking heeft over een groter aantal ingeschreven patiënten (Eijkenaar & Schut, 2015). Tegenover het risico om meer inspanningen te leveren dan waarvoor de zorgaanbieder wordt beloond, bestaat de kans dat een patiënt minder zorg nodig heeft dan waarvoor de zorgaanbieder wordt beloond, waardoor de zorgaanbieder minder (financiële) inspanningen hoeft te leveren dan waarvoor hij een vergoeding ontvangt. In de overeenkomst tussen de Sint Maartenskliniek en VGZ zijn geen afspraken gemaakt over de risicoverdeling.

§ 2.3 De behandeling van Reuma Artritis

Bij het behandelen van Reuma Artritis speelt het consult met de reumatoloog een cruciale rol. Tijdens dit consult wordt in de Sint Maartenskliniek altijd de ontstekingswaarden gemeten via de DAS-28 score. Hierbij staat DAS voor Disease Activity Score. Het meten van deze score gebeurt door het aantal pijnlijke gewrichten, aantal gezwollen gewrichten, de waarde van de bloedbezinking en de VAS-score in te vullen in een formule. Hier komt een getal uit tussen de nul en de tien dat de hoogte van de ziekteactiviteit aangeeft (National Reuma Artritis Society, 2016). Afhankelijk van deze uitkomst wordt een van tevoren vastgesteld zorgpad gevolgd dat voornamelijk bestaat uit één of meerdere consulten met de reumatoloog, gevolgd door het voorschrijven van bepaalde (vaak kostbare) medicatie (Sint Maartenskliniek, 2016).

Hoofdstuk 3: Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt allereerst achterhaald aan welke publieke waarden een bekostigingssysteem dient te voldoen om doelen van de “triple aim” te bereiken. Wanneer is gebeurd, is het noodzakelijk om vast te stellen aan welke criteria een bekostigingssysteem dient te voldoen om te komen tot goede zorg voor Reuma Artritis patiënten (§3.1). Wanneer dit is vastgesteld, wordt ingegaan op de vier hoofdvormen voor de bekostiging van Reuma Artritis patiënten (§3.2). Vervolgens wordt er ingegaan op de effecten van de DOT-systematiek. Dit wordt gedaan door vast te stellen of er bij de DBC-systematiek sprake is van een zeer negatieve, negatieve, neutrale, positieve of zeer positief effect op in paragraaf 3.1 bepaalde criteria van goede zorg voor Reuma Artritis patiënten. Hierna wordt gedefinieerd wat onder een abonnementssysteem wordt verstaan (§3.4), om vervolgens te bepalen onder welke hoofdvorm van bekostiging een abonnementssysteem wordt geschaard. Hierna wordt er vastgesteld of bij een abonnementssysteem een zeer negatieve, negatieve, neutrale, positieve of zeer positieve prikkel wordt verwacht op de in paragraaf 3.1 bepaalde criteria van goede zorg voor Reuma Artritis patiënten. Deze verwachting leidt tot het formuleren van hypotheses, die in het vervolg van dit onderzoek getoetst worden bij verschillende experts uit de gezondheidszorg (hoofdstuk 4).

§3.1 Beoordelingscriteria bekostigingssystemen

Voordat het mogelijk is om vast te stellen aan welke criteria een bekostigingssysteem dient te voldoen, is het van belang om te bepalen welke waarden er binnen de publieke sector belangrijk zijn. Dit is belangrijk omdat deze waarden inzicht verschaffen in de verschillende elementen die binnen een bekostigingssysteem van belang zijn.

§3.1.1 Publieke waarden

Hood en Jackson (1991) stellen dat binnen de publieke sector drie verschillende kernwaarden zijn te onderscheiden: de Sigma, Theta en Lambda type waarden. Hierbij zijn de Sigma type waarde gerelateerd aan economie en spaarzaamheid, de Theta type waarde aan eerlijkheid en gelijkheid en de Lambda type waarde aan veiligheid en veerkrachtigheid (Hood & Jackson, 1991). Voor het beoordelen van een bekostigingssysteem betekent dit dat alle drie de waarden geborgen dienen te worden. Bij het inrichten van structuren binnen de publieke sector, zoals een bekostigingssysteem, kan het zijn dat een bepaalde waarde dominant aanwezig is dan een andere waarde (Hood & Jackson, 1991). Hieronder worden de drie verschillende waarden uitgewerkt, waarbij aangegeven is wat de gevolgen zijn wanneer deze waarde dominant is binnen een bekostigingssysteem.

Sigma type waarden

De Sigma type waarde zijn gerelateerd aan economie en spaarzaamheid waarbij het van belang is om de beschikbare hulpbronnen op een doelmatige manier te koppelen aan de aangewezen taak (Hood & Jackson, 1991). Dit dient te gebeuren door ‘Lean’ te werken waarbij verspillingen zo veel mogelijk worden geëlimineerd. Het gebruik van hulpbronnen in relatie tot gespecificeerde taken is het criterium van succes, terwijl mislukking wordt gemeten in termen van gevallen van vermijdbare afval en incompetentie (Hood, 1991). Wanneer de Sigma waarden worden benadrukt heeft dit vaak als doel om overbodige verspillingen te elimineren (Hood, 1991). Het succes of falen van de Sigma type waarden wordt vaak gemeten in de hoeveelheid tijd en/of geld die gebruikt wordt van de hulpbronnen van consumenten of producenten. Voor een bekostigingssysteem betekent een grote focus op de Sigma type waarden dat de beschikbare hulpbronnen op de meest effectieve manier moeten worden ingezet. Het is hierbij dus van belang dat de beschikbare financiële middelen zo worden ingezet dat er op een effectieve en efficiënte manier zoveel mogelijk goede zorg voor wordt geleverd.

Theta type waarden

De Theta type waarden zijn gerelateerd aan eerlijkheid, gelijkheid en wederkerigheid. Het is bij de Theta type waarden vooral van belang dat ongelijkheid, vervorming, misbruik en vooroordelen worden voorkomen (Hood, 1991). De Theta type waarden zijn succesvol wanneer er sprake is van rechtschapenheid, oftewel de juiste uitvoering van de taak en procedurele en inhoudelijk voorwaarden (Hood, 1991). De mate van succes of falen wordt gerelateerd aan de hoogte van verspillingen die ontstaan door oneerlijk gedrag. Wanneer bij een organisatie een grotere nadruk ligt op Theta type waarden in plaats van Sigma type waarden, heeft dat effect op het ontwerp van de organisatie, omdat eerlijkheid en rechtvaardigheid het primaire doel is. Bij een focus op Sigma type waarde is de controle gericht op de uitkomst van een proces, terwijl bij de dominantie van Theta type waarden de focus zich verplaatst naar de handelingen in het proces (Hood, 1991). Hierdoor is het bij een grote focus op de Sigma type waarden vooral van belang dat het werk op een effectieve en efficiënte manier gebeurt, terwijl bij een grote focus op de Theta waarden het voornamelijk van belang is op welke manier het werk wordt uitgevoerd (Hood, 1991). Dit kan ervoor zorgen dat de nadruk komt te liggen op maximale transparantie van de activiteiten, bijvoorbeeld door uitgebreide openbare rapportage en het vastleggen van procedures (Hood, 1991). Voor een bekostigingssysteem betekent een grote focus op de Theta type waarden dat de beschikbare hulpbronnen op een eerlijke en gelijke manier ingezet worden. Het is hierbij dus van belang dat er gelijkheid bestaat tussen de behandeling van verschillende Reuma Artritis patiënten. Een grote focus op de Theta waarden kan voor een bekostigingssysteem zorgen dat de beschikbare financiële middelen niet op de meest effectieve manier worden ingezet, waarbij het van (groter) belang wordt geacht op welke manier de middelen worden verdeeld tussen de verschillende patiënten.

Lambda type waarden

De Lambda type waarden zijn gerelateerd aan betrouwbaarheid en robuustheid. Het is hierbij van belang dat een organisatie of systeem in staat is om zich zelfs in de ongunstigste omstandigheden snel aan te passen (Hood, 1991). Andere waarden die hier vaak aan gerelateerd worden zijn veerkracht, uithoudingsvermogen, overlevingskracht en aanpassingsvermogen. Vanuit het oogpunt van de Lambda type waarden wordt succes gemeten aan de mate van veerkracht en betrouwbaarheid, terwijl falen wordt gemeten in termen van catastrofe, afbraak en mislukking (Hood, 1991). Wanneer de Lambda type waarden centraal worden gesteld, is de centrale zorg het voorkomen van het falen van het systeem. Het is hierbij vooral van belang dat verlamming van het systeem wordt voorkomen (Hood, 1991). Wanneer er een grote focus is op de Sigma type waarden zullen precies voldoende hulpbronnen en capaciteit worden ingezet om het werk te voltooien. Wanneer er echter een grotere focus is op de Lambda type waarde zullen meer hulpbronnen en capaciteit ingezet worden om de betrouwbaarheid en de veerkrachtigheid te vergroten (Hood, 1991). Dit kan ten koste gaan van de efficiëntie. Voor een bekostigingssysteem betekent een grote focus op de Lambda type waarden dat niet alle beschikbare middelen ingezet kunnen worden voor het leveren van zorg aan de *Reuma Artritis patiënten*. Dit komt doordat er reserves opgebouwd dienen te worden om de betrouwbaarheid en robuustheid te vergroten voor wanneer er een crisis uitbreekt. Hierdoor gaat een focus op de Lambda type waarden ten koste van de effectiviteit van de beschikbare financiële middelen.

§ 3.1.2 Verschillende dimensies voor beoordelen bekostigingssystemen

Het is van belang dat een bekostigingssysteem bijdraagt aan de borging van verschillende waarden als spaarzaamheid, gelijkheid en betrouwbaarheid in de publieke sector. Vanwege de beperkte tijd en omvang van het onderzoek is het niet mogelijk om de verschillende bekostigingssystemen te beoordelen aan de hand van de drie verschillende type waarden. Daarom worden van de auteurs Hood

en Jackson (1991) twee type waarden geselecteerd die als basis dienen om de verschillen tussen de DOT-systematiek en een abonnementssysteem in kaart te brengen.

In hoofdstuk één is gesteld dat de zorg staat voor de uitdaging van de “triple aim”. Hierbij staat de zorg voor de uitdaging om: De individuele ervaringen met de zorg te verbeteren, het verbeteren van de gezondheid van populaties en het reduceren van de gezondheidskosten voor populaties (Berwick et. al., 2008). De componenten van de “triple aim” zijn niet onafhankelijk van elkaar. Verandering bij een bepaalde component kan van invloed zijn op de andere componenten, soms negatief en soms positief. Hierbij is het van belang om constant te zoeken naar de balans tussen hoeveel bepaalde zorg mag kosten en aan wie deze ten goede dient te komen. In het vinden van de balans is het van groot belang om te streven naar gelijkheid binnen de populatie (Berwick et. al., 2008).

Kijkend naar de Sigma, Theta en Lambda type waarden, sluiten de Sigma en Theta type waarden het beste bij uitdaging van de “triple aim” aan. Hierbij is het bij de Sigma type waarde van belang om de beschikbare hulpbronnen op een doelmatige manier te koppelen aan de aangewezen taak, wat overeen komt met de derde doelstelling van de “triple aim”: Het reduceren van de gezondheidskosten voor populaties (Hood & Jackson, 1991; Berwick et. al., 2008). Bij de Theta type waarde is eerlijkheid en gelijkheid van belang, wat aansluit bij de “triple aim” doordat het hierbij van belang is om te streven naar gelijkheid binnen de populatie (Hood & Jackson, 1991; Berwick et. al., 2008).

Eijkenaar en Schut (2015) stellen dat een bekostigingssysteem moet voldoen aan vijf criteria om te komen tot de doelen van de “triple aim” (Eijkenaar & Schut, 2015).

Deze vijf criteria voor goede zorg van Reuma Artritis patiënten zijn:

- **Kostenbewust gedrag:** Hieronder wordt de afwezigheid van perverse volume-prikkels, de mate waarin er sprake is van overbehandeling (door indicatieverruiming) en de mate waarin er sprake is van onnodig dure zorg (door indicatieverschuiving) verstaan. Bij indicatieverruiming worden patiënten onterecht geïndiceerd terwijl bij indicatieverschuiving onterecht een indicatie met een hoog tarief wordt gekozen (Eijkenaar & Schut, 2015).
- **Goede kwaliteit van zorg:** Hieronder wordt de zorginhoudelijke (technische) kwaliteit van de geleverde zorg verstaan.
- **Kosteneffectieve innovatie:** Bij dit criterium wordt ingegaan op de mate waarin wordt gestimuleerd tot innovaties die leiden tot lagere kosten bij gelijkblijvende gezondheid of tot gezondheidswinst tegen lagere, gelijkblijvende of – in verhouding tot de extra baten- beperkte extra kosten. Hierbij kan een onderscheid gemaakt worden tussen proces- en productinnovatie waarbij procesinnovatie vaak gericht is op kostenreductie en productinnovatie op het verbeteren van de kwaliteit (Eijkenaar & Schut, 2015).
- **Goede coördinatie en doelmatige substitutie:** De zorg voor chronisch zieken vereist samenhang in het zorgaanbod tussen de eerste lijn, ziekenhuizen en leveranciers van informatiesystemen, anders is het zorgaanbod suboptimaal (Schrijvers, 2014). Bij de dimensie coördinatie is het van belang in hoeverre er sprake is van goede multidisciplinaire samenwerking en goed op elkaar afgestemde zorg. Er wordt hierbij verondersteld dat goede coördinatie overbodige zorg (zoals dubbele diagnostiek) en daarmee onnodige kosten voorkomt, wat resulteert in de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plaats. Dit vereist de ontwikkeling en herstructurering van informatiesystemen en de herinrichting van bestaande en ontwikkeling van nieuwe zorgpaden tussen aanbieders, omdat deze cruciaal zijn voor goede coördinatie (Eijkenaar & Schut, 2015). Bij de dimensie substitutie is het van belang dat zoveel mogelijk zelfmanagement van de eigen zorg aangemoedigd wordt (door bijvoorbeeld eHealth toepassingen). Tijdens dit proces verplaatst de

zorg zich waar mogelijk steeds meer richting de thuissituatie van de patiënt of de eerste lijn waardoor er effectieve substitutie optreed (Eijkenaar & Schut, 2015).

- **Effectieve preventie:** Het zoveel mogelijk gezond houden van de afgebakende populatie individuen waarvoor zorgaanbieders (collectief) verantwoordelijk zijn. Het is hierbij van belang om de ziektelast te verminderen en de gezondheid van de populatie te verbeteren (Eijkenaar & Schut, 2015).

Eijkenaar en Schut (2015) stellen dat deze vijf criteria leiden tot het bereiken van de doelen van de “triple aim”. Dit is echter discutabel omdat deze vijf criteria niet zorgen voor de borging van de juiste balans tussen de verschillende componenten van de “triple aim”. Er is hierdoor onvoldoende sprake van de borging van de Theta type waarde. Er is daarom gekozen om een extra criterium toe te voegen, namelijk toegankelijkheid. Het is namelijk aannemelijk dat wanneer de zorg voor Reuma Arthritis patiënten toegankelijk is voor alle patiënten dit de eerlijkheid en gelijkheid ten goede komt, waardoor de Theta type waarden worden geborgd. Van Dijk (2012) stelt dat onder toegankelijkheid verschillende aspecten als kosten, reisafstand of wachttijden kunnen worden geschaard. Bij het criterium toegankelijkheid zal er voornamelijk gefocust worden op het ontstaan van wachttijden. Om te borgen dat sprake is van eerlijkheid en gelijkheid voor alle patiënten, wordt er ook ingegaan of er sprake is van gelijke kans tot toegang tot de zorg.

- **Toegankelijkheid:** Bij dit criterium wordt ingegaan op de mate waarin er sprake is van gelijke kansen tot toegang tot de zorg en de kans tot het ontstaan van wachttijden.

Samenvattend kan gesteld worden dat een bekostigingssysteem, om te komen tot goede zorg voor patiënten dient te voldoen aan de criteria: goede kwaliteit van zorg, kostenbewust gedrag, goede coördinatie en doelmatige substitutie, kosteneffectieve innovatie, effectieve preventie en toegankelijkheid. Doordat er geen vorm van preventie bestaat om de ziekte Reuma Arthritis te voorkomen, wordt het criterium effectieve preventie in het vervolg van dit onderzoek weg gelaten.

§ 3.2 Bekostiging in de zorg

§ 3.2.1 Vier hoofdvormen

In de literatuur zijn veel verschillende vormen voor de bekostiging van de zorg te onderscheiden. Dit leidt tot een onoverzichtelijke lijst met mogelijkheden, waarbij de terminologie vaak uiteen loopt. Ondanks de vele varianten zijn er echter vier hoofdvormen te onderscheiden (Eijkenaar & Schut, 2015).

Bekostiging per zorgactiviteit (fee-for-service): Bekostiging per zorgactiviteit is van oudsher het meest toegepaste bekostigingssysteem. Bij dit systeem voeren zorgaanbieders afzonderlijke activiteiten uit zoals een consult bij de huisarts of een MRI-scan bij de radioloog. De kosten van deze activiteit kunnen de zorgaanbieders achteraf declareren bij de zorgverzekeraar (Eijkenaar & Schut, 2015).

Bekostiging per zorgbundel per patiënt (bundled payment): Bekostiging per zorgbundel per patiënt houdt in dat er een indicatie wordt gesteld op basis van de aandoening/klacht, zoals een beroerte of diabetes. Op basis van deze indicatie wordt er een bundeling van samenhangende zorgactiviteiten vastgesteld waarmee de aandoening of klacht bestreden wordt. De betaling is afhankelijk van de indicatie en wordt achteraf gedeclareerd bij de zorgverzekeraar (Eijkenaar & Schut, 2015).

Bekostiging per zorgbundel per verzekerde (capitation payment): Bekostiging per zorgbundel per verzekerde houdt in dat de zorgaanbieder een vast bedrag per persoon per periode ontvangt voor de bij de zorgaanbieder ingeschreven patiënten. In ruil voor dit bedrag dienen de zorgaanbieders alle benodigde zorg te leveren die binnen een vooraf omschreven zorgpakket valt. Het verschil met

bekostiging per patiënt is dat dit zorgpakket (meestal) niet gerelateerd is aan een specifieke diagnose en/of behandeling, maar uit een breder scala van zorg inclusief preventie (Eijkenaar & Schut, 2015).

Bekostiging per vast bedrag per periode (salary or budget): Bekostiging per vast bedrag per periode houdt in dat de zorgaanbieder een vast bedrag per periode ontvangt van de zorgverzekeraar. In ruil voor dit bedrag dienen de zorgverzekeraars (net als bij bekostiging per verzekerde) alle benodigde zorg te leveren die binnen een vooraf omschreven zorgpakket valt. Het verschil met bekostiging per zorgbundel per verzekerde is echter dat bij bekostiging per vast bedrag per periode er geen sprake is van een afgebakende populatie (Eijkenaar & Schut, 2015).

§ 3.2.2 Principaal-agent relatie

Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat de manier van bekostiging zorgt voor prikkels die het gedrag van de arts beïnvloeden (Hillman, Welch & Pualy, 1992; Gold, Nelson, Lake et al., 1995). Zo is aangetoond dat bekostiging per zorgactiviteit het gebruik van financiële middelen aanmoedigt en bekostiging per zorgbundel dit juist ontmoedigt (Hellinger, 1996). Tevens is aangetoond dat bekostiging per zorgactiviteit de productiviteit ten goede komt en dat een vast bedrag per periode of een vast salaris ten koste gaat van de productiviteit (Hellinger, 1996).

Het is van belang dat men zich bewust is van de principaal-agent relatie tussen de behandelende arts en de patiënt. De principaal-agent theorie is een economische benadering tussen een superieur (principaal) en een professional (agent). Deze benadering stelt dat de mens een homo-economicus is, die handelt naar nutsmaximalisatie en het eigen belang voorop stelt (Davis, Schoorman & Donaldson, 1997; Van Thiel & Hendriks, 2014). In dit onderzoek betekent dit dat de arts de agent is en de patiënt de principaal. Wanneer er sprake is van een gezonde principaal-agent relatie, handelt de reumatoloog alleen en volledig in het belang van de patiënt (van Dijk, 2012). Dit impliceert dat de reumatoloog de volledige kennis heeft over de effecten van de behandelingen en hier naar handelt, ook wanneer dat tegen zijn eigen belangen in gaat (van Dijk, 2012). Twee kenmerken van de zorg leiden tot situaties waarin dit niet altijd mogelijk is, namelijk onzekerheid en informatie-asymmetrie (van Dijk, 2012). De onzekerheid zorgt ervoor dat het niet duidelijk is wanneer zorg nodig is, maar ook voor onduidelijkheid over de effecten van een behandeling (van Dijk, 2012). Van informatieasymmetrie is sprake wanneer een partij meer of betere informatie heeft dan de andere partij, iets wat zeer gebruikelijk is in de gezondheidszorg (van Dijk, 2012). Reumatologen hebben meer informatie over diagnoses, mogelijke behandelopties en de effecten van behandelingen dan patiënten. Door de onzekerheid en de informatieasymmetrie hebben reumatologen de mogelijkheid tot het beïnvloeden van de te verschaffen zorg (van Dijk, 2012).

Ook Christensen et al. (2009) stellen dat artsen de mogelijkheid hebben tot het beïnvloeden van de keuze voor een behandeling. Hij pleit daarom voor het aanbrengen van een scheiding tussen het stellen van een diagnose en het uitvoeren van een behandeling (Christensen et al., 2009). Christensen et al. (2009) constateren dat het onwenselijk is om een arts een diagnose te laten stellen waarbij hij een belang heeft dat de patiënt kiest voor het laten uitvoeren van een bepaalde behandeling. Door de informatieasymmetrie waarin de arts een informatievoorsprong heeft ten opzichte van de patiënt, zal de patiënt namelijk sneller geneigd zijn het advies van de arts over te nemen. Doordat de manier van bekostiging het gedrag van de arts beïnvloedt en de informatieasymmetrie ertoe leidt dat er geen gezonde principaal-agent relatie is, is het van belang om van de DOT-systematiek en van een abonnementssysteem te achterhalen wat de effecten van deze bekostigingssystemen zijn op de vijf criteria van zorg voor Reuma Arthritis patiënten.

§ 3.3 De DOT-systematiek

De DOT-systematiek zou volgens de (in paragraaf 3.2 vastgestelde) vier hoofdvormen van bekostiging vallen onder bekostiging per zorgbundel per patiënt (Kleef et. al., 2014). Bij bekostiging per zorgbundel per patiënt wordt namelijk een indicatie gesteld op basis van de diagnose van de klacht of aandoening van de patiënt. Op basis van deze indicatie wordt vastgesteld wat voor bundel van activiteiten nodig is voor de behandeling van de patiënt. Het betreft hierbij een bundel van samenhangende zorgactiviteiten. De hoogte van de betaling aan de zorgaanbieder is hierbij afhankelijk van de indicatie (Eijkenaar & Schut, 2015). Doordat de DOT-systematiek een voorbeeld is van bekostiging per zorgbundel per patiënt, komen de prikkels tussen de DOT-systematiek en bekostiging per zorgbundel per patiënt (grotendeels) overeen. In paragraaf 3.3.1 tot en met paragraaf 3.3.6 is per criterium van goede zorg voor Reuma Artritis patiënten aangegeven of er sprake is van een zeer negatieve, negatieve, neutrale, positieve of zeer positieve prikkel bij de DOT Reuma Artritis.

§ 3.3.1 Kostenbewust gedrag

Een belangrijk voordeel van de DOT-systematiek is dat het leidt tot kostenbeheersing binnen de zorgbundel (Kleef et. al., 2014; Eijkenaar & Schut, 2015). Dit wordt veroorzaakt doordat de vergoeding die de zorgaanbieder ontvangt vast staat, ongeacht de hoogte van zijn kosten (Kleef et. al., 2014; Eijkenaar & Schut, 2015). Voor de DOT Reuma Artritis betekent dit bijvoorbeeld dat patiënten waar mogelijk poliklinisch of in dagbehandeling worden opgenomen, aangezien dit vanuit financieel oogpunt vaak voordeliger is. Deze mogelijkheid ontstaat doordat er meerdere vormen van behandeling binnen de DOT Reuma Artritis vallen, waardoor zorgaanbieders de kans krijgen om indien wenselijk te kiezen voor goedkopere behandelmethodes (Eijkenaar & Schut, 2015).

Hoewel er sprake is van kostenbeheersing binnen de zorgbundel, bestaat er echter een positief verband tussen het aantal zorgbundels en de inkomsten van de zorgaanbieder (Kleef et. al., 2014; Eijkenaar & Schut, 2015). Hierdoor is er geen sprake van kostenbeheersing buiten de zorgbundel, waardoor bekostiging middels de DOT-systematiek aan kan zetten tot overbehandeling door een onnodige ziekenhuisbezoek of behandeling (Eijkenaar & Schut, 2015). Ook bestaat er een prikkel om te kiezen voor een lucratievere vorm van behandeling dan medisch noodzakelijk (Hasaart, 2011). Er kan hierdoor geconcludeerd worden dat bij de DOT-systematiek op het criterium kostenbewust gedrag sprake is van een positieve en een negatieve prikkel.

§ 3.3.2 Kwaliteit

Bij het criterium kostenbewust gedrag (§ 3.3.1) is gesteld dat de DOT-systematiek leidt tot een prikkel tot kostenbeheersing binnen de zorgbundel. Dit kan leiden tot een negatieve prikkel op de kwaliteit om de kosten binnen een bepaald behandeltraject te verlagen (Busse, Schreyögg & Smith, 2006). Vaak is dit afhankelijk van het feit of heropnames in de betreffende DOT zijn opgenomen. Wanneer de kosten voor heropname(s) namelijk binnen de bundel vallen, ontstaat een prikkel om in één keer tot de juiste kwaliteit te komen. Dit komt doordat de zorgaanbieder opdraait voor de kosten die ontstaan voor extra behandelingen (Eijkenaar & Schut, 2015). Wanneer deze kosten echter niet in de bundel worden opgenomen vervalt deze prikkel voor het leveren van kwaliteit, omdat dit leidt tot een situatie waarin de zorgaanbieder de kosten van de extra behandeling vergoed krijgt (Kleef et. al., 2014; Eijkenaar & Schut, 2015). Hierdoor kan er sprake zijn van een prikkel tot onderbehandeling (Robinson, 2001). Deze prikkel ontstaat doordat er geen relatie is tussen de bekostiging en de gezondheidsuitkomst van de patiënt (Kleef et. al., 2014). Zorgaanbieders ontvangen binnen de DOT Reuma Artritis een hogere vergoeding indien een patiënt vaker op een vervolgspraak dient te komen. Hierdoor ontvangt de zorgaanbieder een hogere vergoeding indien de patiënt voor een heropname terug op consult dient te komen, wat een negatief effect kan hebben op de kwaliteit. Doordat de

kosten van heropnames niet zijn opgenomen binnen de DOT-systematiek maar de ziekteactiviteit op een onafhankelijk manier wordt gemeten en de vervolgenbehandeling daar automatisch van wordt afgeleid, wordt er geconcludeerd dat er sprake is van een neutrale prikkel op het gebied van kwaliteit.

§ 3.3.3 Innovatie

Bij de DBC-systematiek bestaat er geen verband tussen de hoogte van de vergoeding en de werkelijke kosten van de zorgaanbieder waardoor er een prikkel ontstaat tot kosteneffectieve proces- en productinnovatie (Eijkenaar & Schut, 2015). Deze prikkel ontstaat doordat de vergoeding van de zorgaanbieder gelijk blijft wanneer hij door kosteneffectieve proces- en productinnovatie erin slaagt om zijn kosten te reduceren, waardoor het rendement van de zorgaanbieder op een behandeling stijgt. Eerder is gesteld dat er geen sprake is van een relatie tussen de bekostiging bij de DBC-systematiek en de gezondheidsuitkomsten van de patiënt (Kleef., et al., 2014). Hierdoor is er geen sprake van een prikkel tot innovatie die leidt tot gezondheidswinst van de patiënt. Daarom kan geconcludeerd worden dat er bij de DBC-systematiek op het criterium van innovatie maar een beperkte prikkel tot innovatie aanwezig is.

§ 3.3.4 Coördinatie en/of substitutie

Bij de DOT-systematiek is sprake van een bekostigingsmethode voor één type zorgaanbieder waardoor coördinatie met een andere zorgaanbieder niet loont. Hierdoor is er geen sprake van een prikkel op het gebied van coördinatie. Bij het criterium kostenbewust gedrag (§ 3.3.1) is eerder gesteld dat er bij de DOT-systematiek sprake is van een positief verband tussen het aantal DOT's en de opbrengsten van de zorgaanbieder (Eijkenaar & Schut, 2015). Door dit positieve verband is er sprake van een negatieve prikkel op het gebied van substitutie omdat zorgaanbieders handelen als een homo-economicus waarbij ze de opbrengsten willen maximaliseren terwijl deze door het toepassen van substitutie (door bijvoorbeeld patiënten zelf bepaalde taken over te laten nemen) juist zal verminderen. Concluderend kan gesteld worden dat de DOT-systematiek leidt tot een negatieve prikkel op het gebied van coördinatie en of substitutie.

§ 3.3.5 Toegankelijkheid

De DOT-systematiek kent het gevaar dat zorgaanbieders risicoselectie toe gaan passen. Hierbij proberen de zorgaanbieders bepaalde patiënten zoveel mogelijk te mijden, omdat deze (mogelijk) verliesgevend zijn (Robinson, 2001; Eijkenaar & Schut, 2015). Ook kunnen zorgaanbieders zich bij het selecteren van patiënten richten op patiënten waarbij zij verwachten dat de gemiddelde kosten lager zullen liggen dan de vergoeding (Matsaginis & Glennerster, 1994). Binnen deze cases zou dat betekenen dat een zorgaanbieder patiënten met een hoge DAS-28 score zoveel mogelijk probeert te mijden, omdat deze mogelijk verliesgevend zijn. Deze prikkel is vooral aanwezig wanneer patiënten binnen een zorgbundel onderling sterk verschillen in de zwaarte van de benodigde zorg. De prikkel tot risicoselectie zal stijgen wanneer de zorgbundel betrekking heeft op meer zorgvormen en kosten (Eijkenaar & Schut, 2015).

Bij het criterium kostenbewust gedrag (§ 3.3.1) is gesteld dat de DOT-systematiek leidt tot een prikkel tot kostenbeheersing binnen de zorgbundel (Eijkenaar & Schut, 2015). Dit zorgt ervoor dat de grote kracht van dit systeem de hoge mate van productiviteit is (Hellinger, 1996). Hierdoor is er geen sprake van een prikkel tot wachttijden, omdat zorgaanbieders enkel een vergoeding ontvangen voor de activiteiten die ze daadwerkelijk hebben uitgevoerd. Er kan dus gesteld worden dat er sprake is van een prikkel tot risicoselectie maar dat er geen sprake is van een prikkel tot het ontstaan van wachttijden. Hierdoor wordt de toegankelijkheid geconcludeerd als neutraal.

§ 3.3.6 Schematische weergave effecten DOT-systematiek

In paragraaf 3.3.1 tot en met 3.3.5 is voor alle vastgestelde criteria van goede zorg voor patiënten met de ziekte Reuma Artritis vastgesteld of er sprake is van een zeer negatieve, negatieve, neutrale, positieve of zeer positieve prikkel. Deze bevindingen leiden tot onderstaande effecten die samen zijn gevat in tabel één.

Tabel 1: Effecten DOT-systematiek op de vijf criteria van goede zorg.

Criterium van zorg	Kostenbewust gedrag	kwaliteit	Innovatie	Coördinatie/ substitutie	Toegankelijkheid
DBC-systematiek	Neutraal	Neutraal	Positief	Negatief	Neutraal

§ 3.4 Het abonnementsstelsel

In hoofdstuk één is gesteld dat de zorg maar zeer beperkt gebruikt maakt van een abonnementsstelsel. Hierdoor is er een beperkte kennis beschikbaar over de (te verwachten) effecten die optreden op de vijf vastgestelde criteria van goede zorg bij een abonnementsstelsel voor Reuma Artritis Patiënten. Bij het abonnementsstelsel ontvangt de zorgaanbieder een integraal tarief waarvoor hij een afgesproken pakket aan zorg dient te leveren, wat gerelateerd is aan een bepaalde aandoening. Dit komt overeen met de hoofdvorm bekostiging per zorgbundel per verzekerde. Bij de hoofdvorm bekostiging per zorgbundel per verzekerde dient de zorgaanbieder namelijk zorg te verlenen voor een vooraf omschreven pakket aan zorg, waarvoor hij een van tevoren vastgesteld bedrag per persoon ontvangt (Gosden, Forland & Kristiansen, 2000). Doordat de definitie van een abonnementsstelsel overeenkomt met de hoofdvorm bekostiging per zorgbundel per verzekerde, is het aannemelijk dat verschillende prikkels tussen de twee bekostigingsvormen overeenkomen. In het vervolg van paragraaf 3.4 is per criterium van goede zorg voor Reuma Artritis patiënten aangegeven wat de te verwachten effecten van een abonnementsstelsel zijn.

§ 3.4.1 Kostenbewust gedrag

Eikenaar en Schut (2015) stellen dat bij bekostiging per zorgbundel sprake is van een sterke stimulans voor kostenbeheersing voor alle activiteiten die onder de bekostiging vallen (Eijenaar & Schut, 2015). Doordat bij een abonnementsstelsel alle zorgactiviteiten die gerelateerd zijn aan de diagnose Reuma Artritis onder de bekostiging vallen, is er sprake van een zeer sterke prikkel op het gebied van kostenbewust gedrag. Deze prikkel wordt veroorzaakt doordat de inkomsten van een zorgaanbieder vast zijn, ongeacht de behandelingen die hij daarvoor uit dient te voeren. Schrijvers (2014) stelt hierover dat een abonnementsstelsel ervoor zorgt dat niet-ingrijpen, luisteren en kijken even goed betaald als wel ingrijpen. Eerder is gesteld (§3.2.2) dat de mens handelt als een homo-economicus, die handelt naar nutsmaximalisatie en het eigen belang voorop stelt (Davis et al., 1997; Van Thiel & Hendriks, 2014). Doordat zijn opbrengsten zijn gegarandeerd zal de zorgaanbieder trachten zijn kosten te reduceren. Hierdoor is er sprake van een zeer positieve prikkel op het gebied van kostenbewust gedrag.

Hypothese één: De invoering van een abonnementsstelsel creëert een zeer positief effect op het criterium kostenbewust gedrag.

§ 3.4.2 Kwaliteit

De Nederlandse Zorgautoriteit (2014) stelt hierover: “Het nadeel van vaste budgetten is dat zij niet stimuleren tot extra inspanningen. Immers, de opbrengsten staan vast, dus elke vermindering van tijdsinvesteringen of kosten is winst”. Hierdoor ontstaat het gevaar dat door een te grote prikkel op het reduceren van kosten er sprake is van een prikkel tot onderbehandeling (Woodward & Warren, 1984). Het is aannemelijk dat dit invloed heeft op de kwaliteit van de dienstverlening. In de overeenkomst tussen de Sint Maartenskliniek is opgenomen dat het abonnementssysteem niet mag leiden tot een verlaging van de kwaliteit van de dienstverlening. Eerder is gesteld (§3.3.1) dat de ziekteactiviteit van patiënten met de diagnose Reuma Artritis op een objectieve manier gemeten kan worden met de DAS-score. Hierdoor kan door een vergelijking met de huidige DAS-28 scores en de scores die gehaald worden met een abonnementssysteem de bewaking van de kwaliteit van de dienstverlening gemonitord worden. Het is daarom de vraag in hoeverre de monitoring van de DAS-28 scores van patiënten de prikkel tot onderbehandeling vermindert.

Eijkenaar en Schut (2015) stellen dat wanneer de kosten van heropnames binnen de bekostiging vallen, er een prikkel ontstaat om in één keer tot de juiste kwaliteit te komen. Dit komt omdat de zorgaanbieder anders opdraait voor de kosten die ontstaan bij een extra behandeling (Eijkenaar & Schut, 2015). Doordat de kosten van alle verrichtingen, waaronder heropnames, zijn opgenomen in het abonnementstarief zal de Sint Maartenskliniek (nog afgezien van de ethische en professionele argumenten) streven om de eerste keer goede kwaliteit van dienstverlening te verlenen. Samenvattend kan gesteld worden dat de invoering van een abonnementssysteem leidt tot een prikkel tot onderbehandeling en een prikkel tot het in één keer leveren van de juiste kwaliteit. Doordat er een negatieve en een positieve prikkel wordt gecreëerd, is het de verwachting dat de invoering van een abonnementssysteem een neutraal effect heeft op het criterium kwaliteit.

Hypothese twee: De invoering van een abonnementssysteem heeft een neutraal effect op het criterium kwaliteit.

§ 3.4.3 Innovatie

Zorgaanbieders kunnen binnen een abonnementssysteem dure bestaande zorg makkelijker vervangen door even goede nieuwe vormen van zorg (Schrijvers, 2014). Een voorbeeld hiervan is het vervangen van bezoeken door “screen to screen” contact via een Ipad (Schrijvers, 2014). Hoewel dit soort innovaties kan leiden tot het verbeteren van de kwaliteit, stellen Eijkenaar en Schut (2015) dat er voornamelijk een sterke positieve prikkel ontstaat op proces- en productinnovatie die leidt tot het reduceren van kosten. Deze prikkel ontstaat door het (in §3.4.1) uitgelegde mechanisme dat zorgaanbieders de kosten willen reduceren om het resultaat te vergroten. Het is daarom aannemelijk dat een abonnementssysteem leidt tot een zeer positieve prikkel op het criterium innovatie.

Schrijvers (2014) pleit ervoor dat voor de bekostiging van de zorg gebruik moet worden gemaakt van een abonnementstarief dat aangevuld wordt met een apart tarief voor innovatie. Zorgprofessionals ontvangen dit tarief indien zij een innovatieagenda voor zichzelf hebben opgesteld (Schrijvers, 2014). Hij geeft hiervoor drie argumenten. Ten eerste stelt hij dat een duidelijk zichtbaar tarief volgens de gedragseconomie inspireert tot innovatie (Schrijvers, 2014). Ten tweede citeert hij Christensen et al. die stellen dat innovatie pas slaagt als deze gepaard gaat met innovatief verdienmodel (Christensen et al., 2008; Schrijvers, 2014). Ten derde hadden ziekenhuizen volgens hen gunstige ervaringen met het financieren van innovaties uit hun lokale productie-gebonden toeslag van drie procent, die gold tot en met het jaar 2012 toen zij te maken kregen met budgetfinanciering (Schrijvers, 2014).

Hypothese drie: De invoering van een abonnementssysteem heeft een zeer positief effect op het criterium innovatie.

§ 3.4.4 Coördinatie en/of substitutie

Er is sprake van een positieve prikkel op het gebied van substitutie wanneer een zorgaanbieder geneigd zal zijn substitutie toe te passen wanneer hem dat (vanuit financiële overwegingen) voordelig lijkt (Eijkenaar & Schut, 2015). Doordat bij een abonnementssysteem een zorgaanbieder volgens het (in §2.4.1) beschreven mechanisme gestimuleerd wordt om de kosten te reduceren, zal de zorgaanbieder geneigd zijn substitutie toe te passen wanneer hem dat (financieel) voordelig lijkt. Het is daarom aannemelijk dat bij een abonnementssysteem sprake is van een positieve prikkel op het gebied van substitutie.

Er is sprake van een positieve prikkel op het gebied van coördinatie wanneer de bekostiging multidisciplinair van aard is (Eijkenaar & Schut, 2015). Doordat een abonnementssysteem (in de afspraak tussen de Sint Maartenskliniek en VGZ) enkel gericht is op de bekostiging van de zorgactiviteiten die gerelateerd is aan de diagnose Reuma Artritis, is hier sprake van een monopolistische manier van bekostiging. Er is daarom geen sprake van een prikkel tot coördinatie. Samenvattend kan gesteld worden dat het aannemelijk is dat er sprake is van een positieve prikkel op het gebied van substitutie en er geen prikkel ontstaat op het gebied van coördinatie.

Hypothese vier A: De invoering van een abonnementssysteem heeft een positief effect op het gebied van substitutie.

Hypothese vier B: De invoering van een abonnementssysteem heeft een neutraal effect op het gebied van coördinatie.

§ 3.4.5 Toegankelijkheid

Indien er sprake is van een prikkel tot risicoselectie proberen zorgaanbieders patiënten met een groter dan gemiddelde zorgvraag te mijden (Matsaginis & Glennerster, 1994). Voor het toepassen van risicoselectie kan het zo zijn dat zorgaanbieders bepaalde patiënten bewust een slechte service of behandeling aanbieden, om ze te stimuleren over te stappen naar een andere zorgaanbieder (Eijkenaar & Schut, 2015). Bij een abonnementssysteem wordt de hoogte van het abonnementstarief vastgesteld op basis van de zorgtaken van een gemiddelde patiënt met de diagnose Reuma Artritis. Hierdoor zal een zorgaanbieder voor patiënten met een grotere zorgvraag waarschijnlijk meer (financiële) inspanningen moeten verlenen dan waarvoor hij wordt beloond, waardoor er een prikkel ontstaat voor het toepassen van risicoselectie. Immers, indien een zorgaanbieder minder patiënten onder behandeling heeft met een hoge DAS-28 score, kan hij zijn inspanningen en daarmee zijn kosten reduceren, wat gunstig is voor het resultaat van de zorgaanbieder. Het is dus aannemelijk dat bij een abonnementssysteem sprake is van een prikkel tot risicoselectie.

Indien de volledige vergoeding voor een zorgaanbieder bestaat uit een abonnementstarief, is er sprake van een vorm van budgetfinanciering (Schrijvers, 2014). Een gevaar van deze manier van bekostiging is dat er wachttijden kunnen ontstaan (Schrijvers, 2014). Dit komt doordat indien de budgetten te krap zijn, professionals ervoor zullen kiezen voor patiënten die al aanwezig zijn en niet voor die op de wachtlijst (Schrijvers, 2014). Daarnaast is aangetoond dat een vast bedrag of salaris ten koste gaat van de productiviteit (Hellinger, 1996). Samenvattend kan gesteld worden dat het aannemelijk is dat een abonnementssysteem een prikkel geeft tot risicoselectie en het ontstaan van wachttijden. Hierdoor wordt geconcludeerd dat er sprake is van een negatieve prikkel op het criterium toegankelijkheid.

Hypothese vijf: De invoering van een abonnementssysteem heeft een negatief effect op het criterium toegankelijkheid

§ 3.4.6 Schematische weergaven te verwachten effecten abonnementssysteem

De (in §3.4.1 t/m §3.4.5) gestelde hypothesen leiden tot tabel twee. Bij deze schematische weergave is aangegeven of een abonnementssysteem een zeer positief, positief, neutraal, negatief of zeer negatief heeft op het betreffende criterium.

Tabel 2: De volgens de theorie te verwachten effecten van een abonnementssysteem op de vijf criteria van goede zorg

Criterium van zorg	Kostenbewust gedrag	Kwaliteit	Innovatie	Coördinatie / substitutie	Toegankelijkheid
Abonnementssysteem	Zeer positief	Positief	Zeer positief	Neutraal	Negatief

§ 3.5 Van de DOT-systematiek naar een abonnementssysteem

Het belangrijkste verschil tussen de DOT-systematiek en het abonnementssysteem is dat bij de DOT-systematiek de zorgaanbieders per bundel van activiteiten betaald worden, terwijl de zorgaanbieders bij een abonnementssysteem één vaste vergoeding ontvangen waarvan hij alle benodigde zorg dient te worden bekostigd. Bij een overgang van de DOT-systematiek naar een abonnementssysteem vervalt hierdoor de prikkel tot overbehandeling van de DOT-systematiek. Doordat de zorgaanbieders één vaste vergoeding ontvangen, zullen ze zich niet focussen op het verhogen van de omzet door extra handelingen te verrichten, maar is het aannemelijk dat er een grote focus zal ontstaan op het reduceren van de kosten. Deze grote focus op het reduceren van de kosten kan er toe leiden dat er een prikkel tot onderbehandeling ontstaat, al is dat door de extra kosten van heropnames niet erg aannemelijk.

Op het gebied van innovatie bevat zowel de DOT-systematiek als een abonnementssysteem een prikkel tot het reduceren van de kosten. De overgang naar een abonnementssysteem kan op dit gebied echter stimuleren dat dure zorg sneller vervangen kan worden door even goede nieuwe vormen van zorg. Dit effect werkt ook door op het criterium van substitutie en/of coördinatie. Doordat er bij de DOT-systematiek een positief verband bestaat tussen de inkomsten en het aantal verrichtingen dat de zorgaanbieder uitvoert, wordt hij niet gestimuleerd om substitutie toe te passen van bepaalde zorgtaken naar de patiënt of de eerste lijn. Doordat er bij een abonnementssysteem geen sprake is van een positief verband tussen de inkomsten en het aantal uitgevoerde verrichtingen van een zorgaanbieder, maar de zorgaanbieder wel wordt gestimuleerd om zijn kosten te reduceren, ontstaat er een prikkel tot het toepassen van substitutie naar de patiënt of de eerste lijn.

Door een combinatie van een prikkel tot het reduceren van de kosten, het makkelijker kunnen toepassen van goede nieuwe vormen van zorg en positieve prikkel op het gebied van substitutie is het aannemelijk dat hierin grote winst valt te behalen. De overgang van de DOT-systematiek naar een abonnementssysteem zorgt er echter voor dat het gevaar van wachttijden terugkeert.

§ 3.6 Resumé

In dit hoofdstuk zijn allereerst verschillende waarden vastgesteld waaraan een bekostigingssysteem dient te voldoen om de doelen van “triple aim” te bereiken. Dit zijn de Sigma, Theta en Lambda type waarden. Vanuit deze waarden zijn de vijf criteria voor goede zorg voor Reuma Artritis patiënten vastgesteld: kostenbewust gedrag, kwaliteit, innovatie, coördinatie en/of substitutie en toegankelijkheid. Vervolgens is achterhaald wat de effecten van de DOT-systematiek op deze criteria zijn. Hierna zijn verschillende op basis van literatuur hypothesen opgesteld over te verwachten effecten van een abonnementssysteem op de criteria van goede zorg voor Reuma Artritis patiënten. De effecten van de DOT-systematiek en de op basis van de literatuur te verwachten effecten van een abonnementssysteem zijn weergegeven in tabel drie.

Tabel 3: De vergelijking van de (te verwachten) effecten van de twee bekostigingssystemen op basis van de literatuur

 criterium van zorg	 Kostenbewust gedrag	 Kwaliteit	 Innovatie	 Coördinatie /substitutie	 Toegankelijkheid
 DOT-systematiek	Neutraal	Neutraal	Positief	Negatief	Neutraal
 Abonnementssysteem	zeer positief	positief	Ze er positief	Neutraal	Negatief

Hoofdstuk 4: Methode

In dit hoofdstuk wordt allereerst de aard van dit onderzoek belicht (§ 4.1). Vervolgens wordt de gekozen onderzoeksstrategie toegelicht (§ 4.2). Hierna wordt er ingegaan op de geselecteerde onderzoekseenheden (§ 4.3). Ten vierde wordt de manier dataverzameling besproken (§ 4.4), waarna de wijze waarop de data is geanalyseerd wordt behandeld (§ 4.5). Tot slot wordt er ingegaan op validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek (§ 4.6).

§ 4.1 Aard van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is om te achterhalen of een abonnementssysteem een grotere bijdrage kan leveren aan de doelen van de “triple aim” dan de DOT-systematiek. Om dit doel te bereiken is het van belang om te achterhalen wat de te verwachten effecten van een abonnementssysteem zijn op de criteria van goede zorg voor Reuma Artritis patiënten. Om dit te achterhalen worden geselecteerde factoren uit de literatuur (de criteria van goede zorg voor Reuma Artritis patiënten) getoetst op de specifieke situatie van de Sint Maartenskliniek. Er wordt hierbij gebruik gemaakt van de in het theoretisch kader opgestelde hypothesen, die in de empirische werkelijkheid worden getoetst. Hierdoor is er sprake van een deductieve onderzoeksbenadering (Bleijenbergh, 2013; Bryman, 2004).

Gekozen is om gebruik te maken van kwalitatief onderzoek, omdat dit het beste aansluit bij de doelstelling van het onderzoek. In hoofdstuk één is namelijk gesteld dat het onderzoek als doel heeft om inzicht te verkrijgen in de (te verwachten) effecten van een abonnementssysteem op de criteria van zorg voor Reuma Artritis patiënten, om vervolgens deze effecten te vergelijken met de effecten die optreden bij de DBC-systematiek. Om te achterhalen wat de (te verwachten) effecten van een abonnementssysteem zijn, is het van belang om dieper in te kunnen gaan op de vraag waarom de respondenten verwachten dat een bepaald effect optreedt. Dit komt overeen met de doelstelling van kwalitatief onderzoek, waarbij het leggen van de focus op het begrijpen en verklaren van beweegredenen centraal staat (Boeije, 't Hart & Hox, 2009). Doordat er is gekozen voor kwalitatief onderzoek, is er ruimte om nuancering aan te brengen in de antwoorden van de respondenten. Ook kan er dieper in worden gegaan op de beweegredenen van respondenten voor het verwachten van een bepaald effect. Daarnaast is er gekozen voor kwalitatief onderzoek omdat dit bijdraagt aan een hoge mate van flexibiliteit tussen het onderzoek en de respondenten (Bryman, 2015). Hierdoor heeft de onderzoeker de mogelijkheid om, wanneer de correspondent afwijkt van de te verwachten effecten van het abonnementssysteem, de motivatie van de correspondent te achterhalen. Dit kan van belang zijn, omdat door het innovatieve karakter van een abonnementssysteem niet op voorhand met zekerheid vast is te stellen welke effecten er op zullen treden.

§ 4.2 Onderzoeksstrategie

Bestuurskundig onderzoek wordt vaak gekenmerkt door haar praktijkgerichte karakter waarbij de onderzoeker streeft naar het leveren van een bijdrage voor het oplossen van een maatschappelijk probleem (Van Thiel, 2007). Ook dit onderzoek probeert een maatschappelijk probleem op te lossen, namelijk het tegengaan van de stijgende zorgkosten en onvrede over de geleverde kwaliteit van de zorg. Voor het oplossen van het maatschappelijk probleem is het van belang om te achterhalen wat de te verwachten effecten van een abonnementssysteem zijn voor de bekostiging van patiënten met de ziekte Reuma Artritis. De strategie die in veel bestuurskundig onderzoek wordt toegepast is de casestudie, waarbij een verschijnsel wordt waargenomen in de natuurlijke omgeving (Van Thiel, 2007; Bleijenbergh, 2013). Ook in dit onderzoek is het van belang om de te verwachten effecten van een abonnementssysteem te toetsen in de natuurlijke omgeving. Er is daarom gekozen om in te gaan op een specifieke casus, namelijk de overeenkomst tussen de Sint Maartenskliniek en VGZ voor de bekostiging van patiënten met Reuma Artritis middels het abonnementssysteem. Er is voor deze casus

gekozen omdat het voor zover bekend de enige case is waarbij de bekostiging geschiedt middels een abonnementssysteem.

Dit onderzoek levert extensieve beschrijvingen op van het onderzoek fenomeen (Van Thiel, 2007), omdat er dieper in wordt gegaan op de (te verwachten) effecten van een abonnementssysteem die op kunnen treden bij de specifieke situatie van de Sint Maartenskliniek.

§ 4.3 Onderzoekseenheden

Het onderzoek heeft als doel te achterhalen wat de te verwachten effecten zijn van een abonnementssysteem op de (in §3.1.2 vastgestelde) criteria van goede zorg en waarom dat zo is. Doordat er sprake is van een nieuwe manier van bekostiging voor de zorg voor patiënten met Reuma Artritis, is het van belang dat de respondenten over voldoende expertise en kennis beschikken om de gevolgen van deze verandering te kunnen overzien. Bij de selectie is getracht een spreiding aan te brengen in de kennis en expertise van de respondenten.

Tijdens het onderzoek is het van belang om te achterhalen welke effecten respondenten verwachten bij de invoering van een abonnementssysteem op de criteria van zorg voor Reuma Artritis patiënten. De wijze van dataverzameling bij een casestudy is intensief en neemt relatief veel tijd in beslag (Van Thiel, 2007). Door de beperkte omvang van het onderzoek is het niet mogelijk om alle betrokken personen en instanties te betrekken. Bij het selecteren van de onderzoekseenheden is allereerst gebruik gemaakt van een doelgerichte steekproef, waarbij uit de populatie doelgericht bepaalde onderzoekseenheden zijn geselecteerd die bepaalde kenmerken representeren (Boeije, 2005). Respondenten zijn geselecteerd op basis van expertise en ervaring met de (te verwachten) effecten van een abonnementssysteem. Dit is van belang omdat door het innovatieve karakter van dit bekostigingssysteem de respondenten specifieke kennis en ervaring dienen te bezitten om een inschatting te kunnen maken van de te verwachten effecten van een abonnementssysteem. De data zijn verzameld tot het punt van verzadiging is bereikt. Dit betekent dat de onderzoeker bij het analyseren van nieuwe informatie die is verkregen van de nieuwe respondenten geen nieuwe informatie meer ontvangt op de voor hem relevante onderwerpen (Boeije, 2005)

Voor het selecteren van de respondenten is er een onderscheid gemaakt tussen respondenten werkzaam bij de Sint Maartenskliniek en de overige respondenten. Voor de respondenten van de Sint Maartenskliniek zijn alle medewerkers benaderd die betrokken zijn bij de overeenkomst tussen de Sint Maartenskliniek en de VGZ. Voor de overige respondenten is gebruik gemaakt van “snowbal sampling” waarbij de onderzoeker via verschillende manieren is doorverwezen naar andere experts. Bij het selecteren van de externe respondenten is getracht invloedrijke experts met uitgebreide bestuurlijke ervaring toe te voegen aan de respondenten. Dit heeft geresulteerd in de in tabel 4 toegevoegde lijst met respondenten.

Tabel 4: De Respondenten

Naam	Expertise
Mark van Houden hove	Voorzitter Raad van bestuur Sint Maartenskliniek, bijzonder hoogleraar economische bedrijfsvoering Radboud Universiteit
Bas van den Dungen	Directeur-Generaal curatieve zorg ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport, voorheen bestuurslid van verschillende gezondheidsinstellingen
Wim van der Meeren	Voorzitter zorgverzekeraar CZ, voorheen vicevoorzitter Nederlandse Vereniging van ziekenhuizen en Voorzitter Raad van Bestuur van verschillende ziekenhuizen
Mirjam van Velthuizen	Bestuurslid UMC Utrecht, voorheen bestuurslid Rivas Zorggroep
Nathalie Gauthier	Zorginkoper namens zorgverzekeraar VGZ met in haar portefeuille onder ander de Sint Maartenskliniek
Karen Bevers	Reumatoloog, Medisch Manager Reumatologie Sint Maartenskliniek
Frank van den Hoogen	Reumatoloog, Directeur Reumacentrum Sint Maartenskliniek, waarnemend voorzitter van de medisch adviesraad van de Nederlandse Vereniging van LE patiënten
Alfons den Broeder	Reumatoloog, Staf Reumatologie Sint Maartenskliniek, Bestuurslid Nederlandse vereniging voor Reumatologie
Bart van den Bemt	Manager Maartensapothek, senior apotheker Sint Maartenskliniek, senior apotheker UMC st Radboud
Stephan van Kuik	Manager Verkoop en Marketing Sint Maartenskliniek
Jeroen van Duren	Manager financiën en control
Jannes van der Werf	Manager bedrijfsvoering Reumatologie
Remco Hoogendijk	Innovatiemanager Sint Maartenskliniek

§ 4.4 Dataverzameling

§ 4.4.1 Methode van dataverzameling

Voor het verzamelen van informatie voor het beantwoorden van de hoofd- en deelvragen is er gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews. Bij een semigestructureerd interview wordt er gebruik gemaakt van een topiclijst of interviewhandleiding, waarin de onderwerpen of voorgeformuleerde vragen staan beschreven die tijdens het interview aan bod komen. De onderzoeker mag hierbij naar eigen inzicht de volgorde van de onderwerpen of vragen bepalen (Van Thiel, 2007). In deductief onderzoek worden de vragen voor de interviews afgeleid uit het theoretisch kader (Van Thiel, 2007). De interviewhandleiding biedt de ruimte om te variëren met de vragen naar gelang het verloop van het gesprek. Hierdoor krijgt de onderzoeker de meeste optimale hoeveelheid aan informatie doordat het gesprek op een natuurlijke manier verloopt (Van Thiel, 2007). Om de helderheid en begrijpelijkheid van de vragen te achterhalen is er gebruik gemaakt van een proefinterview. Naar aanleiding van dit proefinterview zijn bepaalde accenten in de interviewhandleiding aangepast.

§ 4.4.2 Operationalisering

Bij de operationalisering van het onderzoek is het van belang om de verschillende constructen die door de hoge mate van abstractieniveau niet direct waarneembaar of meetbaar zijn, inzichtelijk te maken (Boeije, 't Hart & Hox, 2009). In dit onderzoek betreft dit de vijf in paragraaf 2.1.3 vastgestelde criteria van zorg voor Reuma Artritis patiënten, oftewel kwaliteit, kostenbewust gedrag, coördinatie/substitutie, innovatie en toegankelijkheid. Het is hierbij belangrijk dat deze constructen duidelijk worden gedefinieerd en vervolgens door middel van indicatoren inzichtelijk worden gemaakt, waardoor het dubbelzinnig interpreteren van de constructen wordt voorkomen (Boeije, 't Hart & Hox, 2009.) Van Thiel stelt (2007) dat de operationalisering altijd verloopt via drie stappen. Tijdens de eerste stap wordt een definitie van het theoretisch begrip gegeven zodat afgebakend wordt wat er wordt onderzocht. Vervolgens wordt in de tweede stap bepaald welke uitingsvormen het theoretische construct in de dagelijkse praktijk aan kan nemen. Tot slot wordt in de derde stap voor elke variabele bepaald welke waarden of scores ze aan kunnen nemen (Van Thiel, 2007). De operationalisatie van dit onderzoek is terug te vinden in tabel vijf.

Tabel 5: De operationalisatie

Definitie variabelen	Dimensies	Indicatoren	Waarde
Kwaliteit: De zorginhoudelijke (technische) kwaliteit van een behandeling	Zorginhoudelijke (technische) kwaliteit	De prikkel tot een goede medisch-technische uitkomst	Zeer groot - groot - neutraal - klein - Zeer klein
		De mate waarin de kwaliteit op een objectieve manier meetbaar is	Zeer groot - groot - neutraal - klein - zeer klein
Kostenbewust gedrag: De mate waarin sprake is van de afwezigheid van perverse volume-prikkels en de mate waarin overbehandeling (indicatieverruiming) onnodig dure zorg (indicatieverschuiving) en onderbehandeling worden voorkomen.	Overbehandeling (indicatieverruiming)	De aanwezigheid van een prikkel tot overbehandeling	Zeer afwezig – afwezig – neutraal - aanwezig - zeer aanwezig
	Onnodig dure zorg (indicatieverschuiving/upcoding)	De aanwezigheid van een prikkel tot onnodig dure zorg	Zeer afwezig - afwezig - neutraal - aanwezig - zeer aanwezig
	onderbehandeling	De aanwezigheid van een prikkel tot onderbehandeling	Zeer afwezig - afwezig - neutraal - aanwezig - zeer aanwezig

Coördinatie en/of substitutie: het streven naar goede multidisciplinaire samenwerking en het leveren van de juiste en goed op elkaar afgestemde zorg.	Coördinatie	De mate waarin er sprake is van een prikkel tot coördinatie door de aanwezigheid van een vergoeding	Zeer afwezig - afwezig - neutraal - aanwezig - zeer aanwezig
	Substitutie	De mate waarin er een zorgaanbieder wordt gestimuleerd tot het afstoten van zorgtaken naar de patiënt of de eerste lijn	Zeer positief - positief - neutraal - negatief - zeer negatief
Innovatie: het stimuleren tot het ontwikkelen en doorvoeren van innovaties die leiden tot lagere kosten bij gelijkblijvende gezondheid, of tot gezondheidswinst tegen lagere, gelijkblijvende, of – in verhouding tot de extra baten- beperkte extra kosten.	Procesinnovatie	De mate waarin een abonnementssysteem bijdraagt aan innovatie gericht op het reduceren van kosten	Zeer positief - positief - neutraal - negatief - zeer negatief
	Productinnovatie	De mate waarin een abonnementssysteem bijdraagt aan het verbeteren van de kwaliteit van de zorg	Zeer positief - positief - neutraal - negatief - zeer negatief
Toegankelijkheid: De mate waarin de zorg toegankelijkheid is voor iedereen	Risicoselectie	Het gevaar dat zorgaanbieders risicoselectie toepassen	Zeer groot - groot - neutraal - klein - zeer klein
	Wachttijden	Het gevaar op het ontstaan van wachttijden	Zeer groot - groot - neutraal - klein - zeer klein

§ 4.5 Data-analyse

Alle interviews zijn, met goedkeuring van de respondenten, opgenomen en getranscribeerd. Vervolgens zijn de transcripten gecodeerd. Coderen is een belangrijk hulpmiddel waarbij de onderzoeker thema's of categorieën onderscheidt door codes te schrijven in de kantlijn van documenten of door gebruik te maken van beschikbare software (Boeije, 2005). Codes zijn een "samenvattende notatie voor een stukje tekst, waarin de betekenis van het fragment wordt uitgedrukt" (Boeije, 2005 P.85). Bij het toekennen van codes is het mogelijk om meerdere codes aan een bepaald fragment toe te kennen, wanneer dit fragment over veel relevante informatie beschikt (Boeije, 2005). De interviews zijn eerst geanalyseerd door middel van open codes. De transcripten zijn

verdeeld in fragmenten en gelabeld met een code die de betekenis van dat fragment illustreert. Vervolgens is er gebruik gemaakt van axiale codes. Dit heeft als doel om een prioriteit aan de codes toe te kennen en het aantal codes te reduceren (Boeije, 2005).

§ 4.6 Validiteit en betrouwbaarheid

De kwaliteit van het onderzoek kan beoordeeld worden aan de hand van de validiteit en de betrouwbaarheid van het onderzoek (Boeije, 2005). Betrouwbaarheid heeft betrekking op de mate waarin de waarnemingen door toevallige of onsystematische fouten zijn beïnvloed. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek waarbij middels een interviewhandleiding gegevens uit de empirische werkelijkheid zijn verzameld. Dit zorgt voor een minder gestandaardiseerd karakter van de onderzoeksmethoden waardoor de betrouwbaarheid in het geding zou kunnen komen (Boeije, 2005). Dit komt doordat de rol van de onderzoeker hierdoor minder controleerbaar is en hij zich daardoor eerder onttrekt aan het oordeel van anderen (Boeije, 2005). De mogelijkheid om het onderzoek te repliceren wordt echter over het algemeen aanvaard als een belangrijke voorwaarde om onderzoek wetenschappelijk te noemen (Boeije, 2005). In voorgaande paragrafen is uitgebreid beschreven hoe dit onderzoek is uitgevoerd, waardoor er transparantie is geboden over de uitgevoerde methoden. Daarnaast is in de bijlage de interviewhandleiding toegevoegd, wat ervoor zorgt dat het onderzoek gerepliceerd kan worden. Dit zorgt ervoor dat de betrouwbaarheid is vergroot.

Validiteit is gerelateerd aan de beïnvloeding van het onderzoek door systematische fouten. Wanneer de onderzoeker meet of verklaart wat hij daadwerkelijk wil meten of verklaren, wordt dat gezien als valide (Boeije, 2005). Op het gebied van validiteit kan er een onderscheid gemaakt worden tussen interne en externe validiteit (Bleijenbergh, 2013; Boeije, 2005). Bij interne validiteit gaat het over de vraag of wat is gemeten ook hetgeen is waarvan het de intentie was om het te meten. Om de te verwachten effecten van een abonnementssysteem te achterhalen, zijn meerdere theorieën van verschillende auteurs gecombineerd met de inzichten en ervaringen van een veelvoud aan experts uit de gezondheidszorg. Dit zorgt ervoor dat theoretische triangulatie is toegepast wat bijdraagt aan de interne validiteit. Hierbij dient echter opgemerkt te worden dat een onderzoeker niet waarde vrij kan zijn. Hij kan echter wel proberen om ten gunste van de validiteit zijn onderzoek waarderingsvrij te laten zijn (Boeije, 2005). Om de interne validiteit te vergroten zijn indien gewenst de transcripten en resultaten naar de respondenten gestuurd zodat de bijdrage van de respondent aan het onderzoek te controleren was. Verder is er een scheiding aangebracht tussen de resultaten (hoofdstuk vier) en de daaruit getrokken conclusies (hoofdstuk vijf). Dit maakt het voor iedereen mogelijk om de resultaten zelf te interpreteren.

Externe validiteit gaat over de vraag of de conclusies van het onderzoek gelden voor andere, niet onderzochte situaties. Hierbij zijn vragen over de generaliseerbaarheid en de reikwijdte van de conclusies aan de orde (Boeije, 2005). De twijfel over de externe kwaliteit ontstaat vaak door de aard van het onderzoek en de geringe steekproef (Boeije, 2005). In dit onderzoek is voor het achterhalen van de te verwachten effecten van een abonnementssysteem gebruik gemaakt van dertien verschillende experts uit de gezondheidszorg. Dit zijn stuk voor stuk respondenten die over een grote mate van kennis en expertise beschikken en belangrijke posities bekleden in de Nederlandse gezondheidssector. In dit onderzoek is specifiek ingegaan op te verwachten effecten van een abonnementssysteem bij de Sint Maartenskliniek. De conclusies zijn echter ook generaliseerbaar naar vergelijkbare instellingen wanneer deze een abonnementssysteem afspreken met een zorgverzekeraar. Dit komt omdat de zorg voor patiënten met de diagnose Reuma Artritis (mede door nationale richtlijnen) grotendeels overeen komt. Hierdoor is dus sprake van een hoge externe validiteit.

Hoofdstuk 5: Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten weergegeven van de interviews die gehouden zijn met dertien experts uit de gezondheidszorg. Hierbij wordt per criterium ingegaan op alle met de experts besproken aspecten. Op het einde van iedere paragraaf wordt vastgesteld of er onder de respondenten steun te vinden is voor de gestelde hypotheses.

§ 5.1 Kostenbewust gedrag

In hoofdstuk twee (§2.1) is vastgesteld dat de afwezigheid van perverse volume prikkels en de mate waarin overbehandeling en onnodige dure zorg wordt voorkomen belangrijke elementen zijn om te komen tot kostenbewust gedrag. Hier is vervolgens aan toegevoegd (§2.3.1) dat indien besparingen ten goede komen aan een zorgaanbieder dit eveneens een belangrijk element is voor kostenbewust gedrag. Deze drie elementen zijn besproken met alle dertien respondenten waarna gevraagd is om antwoord te geven op de vraag of ze verwachten dat een abonnementssysteem een zeer positieve, positieve, neutrale, negatieve of zeer negatieve prikkel creëert op het criterium kostenbewust gedrag.

§ 5.1.1 Volume prikkel

Alle dertien respondenten geven allereerst aan dat de DOT-systematiek een perverse volume-prikkel bevat welke kan leiden tot overbehandeling of onnodig dure zorg. Typerende uitspraken hierover zijn: *“de DOT’s zorgen ervoor dat je betaald wordt voor diagnoses en behandelingen waardoor het de prikkel vergroot tot het stellen van veel diagnoses en het uitvoeren van veel behandelingen, wat een risico tot overbehandeling creëert.”* En *“Je wordt per verrichting betaald, dus je hebt de drive om zoveel mogelijk verrichtingen uit te voeren, want als ik meer verrichtingen maak verdien ik meer”*. Voor het tegengaan van deze prikkel tot volume hebben zorgverzekeraars en ziekenhuizen plafonddafspraken gemaakt over het maximaal aantal uit te voeren verrichtingen. Verschillende respondenten stellen dat ziekenhuizen ondanks de plafonddafspraken streven naar zoveel mogelijk productie. *“We zien dat sommige ziekenhuizen heel erg zitten op het draaien van productie om het jaar erop naar de verzekeraar toe te komen van kijk het ziekenhuis heeft overproductie dus het plafond moet omhoog”*.

De meerderheid van de respondenten stelt dat ondanks de perverse prikkel tot volume de arts vanuit zijn professionaliteit en morele plicht de best mogelijke zorg voor de patiënt wil leveren. Ze stellen daarom dat de extra verrichtingen vaak gevonden worden in de patiënt een extra keer op controle laten komen of een extra scan te maken, terwijl dit vanuit medisch oogpunt niet strikt noodzakelijk is. Verschillende respondenten geven daarnaast aan dat het van belang is om te kijken of de artsen in loondienst van de zorgaanbieder zijn, omdat dit verband houdt met de mate waarin ze profiteren bij het uitvoeren van extra verrichtingen. Hierbij wordt gesteld dat *“Bij de Sint Maartenskliniek de artsen in loondienst zijn waardoor ze niks extra’s verdienen wanneer ze meer verrichtingen uitvoeren”*. De meerderheid van de respondenten is het erover eens dat *“Het eigenlijk niet zo moet zijn dat het uitmaakt voor de beloning of ik een patiënt twee of drie keer terug laat komen”*. Alle respondenten stellen dat binnen een abonnementssysteem de prikkel tot volume verdwijnt. Ze stellen hierover: *“Wat je wilt is dat je die prikkel tot volume weghaalt en één van de manieren om dat te doen is een abonnementssysteem”* en *“Je wordt niet meer per verrichting betaald, dus je hebt niet meer een drive om per patiënt zoveel mogelijk verrichtingen uit te voeren”*.

§ 5.1.2 Overbehandeling en/of onnodig dure zorg

Alle respondenten geven aan dat door het verdwijnen van de prikkel tot volume de prikkel tot overbehandeling en/of onnodig dure zorg verdwijnt. *“Het is niet meer lonend om een patiënt een extra keer terug te laten komen omdat je toch een vast bedrag per patiënt ontvangt”*. Verschillende respondenten voegen hier aan toe dat een abonnementssysteem ervoor zorgt dat niet behandelen hetzelfde wordt beloond als wel behandelen. *“Eén van de voordelen van een abonnementssysteem is dat je niet afhankelijk bent van het handelen om een deel van je inkomen te vergaren, dus het is niet profijtelijk om heel veel te doen. Het is soms juist profijtelijk om te zeggen we doen even niks”*. Alle respondenten geven aan dat er binnen een abonnementssysteem geen sprake is van een prikkel tot overbehandeling of onnodig dure zorg.

§ 5.1.3 Besparingen

De respondenten geven daarnaast gezamenlijk aan dat de zorgaanbieder bij een abonnementssysteem gegarandeerd is van een vast bedrag dat hij ontvangt per patiënt. Twaalf respondenten stellen dat de ziekenhuizen hierdoor opnieuw gaan nadenken over de manier waarop behandeltrajecten zijn ingericht. *“Een abonnement geeft je echt de kans om dingen anders in te richten zonder dat je dan meteen in jezelf snijdt”*. Negen respondenten stellen verder dat de besparingen die geboekt kunnen worden door het herinrichten van de behandeltrajecten binnen een abonnementssysteem ten goede komen aan de zorgaanbieder, waardoor de zorgaanbieder meer een ondernemer wordt. *“Als wij binnen een abonnementssysteem op een nieuwe manier dingen kunnen organiseren met dezelfde uitkomst, maar waardoor wij de kosten kunnen laten dalen dan is de winst voor ons”*. Een andere respondent stelt hierover dat: *“Bij een abonnementssysteem hebben wij meer de prikkel om op het geld te letten omdat alles wat we besparen ten goede komt aan de Sint Maartenskliniek en niet in het grote potje van een zorgverzekeraar valt”*. Twaalf respondenten geven aan dat dit ten goede komt aan het kostenbewust gedrag van de zorgaanbieder.

Hoewel alle respondenten vinden dat wanneer een ziekenhuis erin slaagt de kosten te reduceren de bespaarde kosten in eerste instantie voor het ziekenhuis zijn, stellen verschillende respondenten dat de zorgverzekeraar op de langere termijn mee dient te profiteren. *“Als ik structureel in mijn zorg duidelijk maak dat ik iets niet meer doe dan moet je ook zo eerlijk zijn om tegen de verzekeraar te zeggen: het abonnementstarief kan omlaag want ik heb mijn inspanningen voor deze patiënten weten te verminderen”*. De respondenten geven hierbij aan dat in dit geval het jaar erop de hoogte van het abonnementstarief aangepast moet worden. *“Het is natuurlijk niet de bedoeling dat alle winst bij een zorgaanbieder blijft liggen. Ze moeten er natuurlijk wel voor beloond worden maar ook de zorgverzekeraar moet beloond worden, alleen zijn die altijd een stapje later”*. Drie respondenten voorzien problemen over de mate waarin de zorgverzekeraar zicht heeft op de verrichtingen (en de daarbij horende kosten) die de zorgaanbieder uitvoert voor de populatie Reuma Artritis patiënten. *“De zorgverzekeraar heeft straks minder zicht op wat voor zorg er geleverd wordt waardoor de verzekeraar geen beeld heeft of de hoogte van het abonnementssysteem niet te hoog is. De drie respondenten geven hierbij aan dat moeilijk in te schatten is of dit effect heeft op het criterium kostenbewust gedrag.*

§ 5.1.4 Bekostiging op basis van beschikbaarheid

Zes respondenten geven tijdens de interviews nog een aspect aan dat niet in de theorie naar voren is gekomen. De respondenten stellen dat het binnen de DOT-systematiek gebruikelijk is voor patiënten om periodiek een consult met de zorgaanbieder te hebben. Zij geven hierbij aan dat indien de zorgaanbieder de richtlijnen van de beroepsgroep voor reumatologen volgt, de reumatoloog een patiënt met een stabiele ziekteactiviteit ieder half jaar ter controle op consult ontvangt. Verschillende

respondenten stellen dat dit in sommige gevallen overbodig is en leidt tot onnodige kosten. *“Volgens de richtlijn van onze beroepsgroep moeten wij iedere patiënt met een stabiele ziekteactiviteit iedere zes maanden zien. Maar als ik dan sommige patiënten op mijn spreekuur zie, dan hebben ze helemaal geen klacht of niks. Dan denk ik wel eens wat kom je eigenlijk doen?”*. Deze respondenten geven aan dat dit door een abonnementssysteem veranderd. Zij stellen dat zorgaanbieders een vast bedrag per patiënt ontvangen, ongeacht het aantal bezoeken van de patiënt aan de zorgaanbieder. Hierdoor is het niet noodzakelijk dat iedere patiënt periodiek een bezoek brengt aan de zorgaanbieder indien de ziekteactiviteit stabiel is. De respondenten geven aan dat het belangrijker is dat patiënten, indien de ziekteactiviteit niet stabiel is, binnen een korte periode bij de reumatoloog terecht kan. Hierdoor wordt een zorgaanbieder niet langer bekostigd om een patiënt op consult te ontvangen, maar om beschikbaar te zijn indien de ziekteactiviteit hierom vraagt. Twee respondenten voegen hieraan toe dat dit ervoor kan zorgen dat patiënten minder gebruik gaan maken van de zorg in periodes met een stabiele ziekteactiviteit. *“Verschillende onderzoeken tonen aan dat wanneer mensen het vertrouwen hebben dat ze snel terug kunnen vallen op de expertise van de specialist indien dit nodig is, ze veel minder gebruik maken van de zorg”*. De respondenten zijn van mening dat dit een positief effect kan hebben op het criterium van kostenbewust gedrag.

§ 5.1.5 Antwoord op hypothese één

In hoofdstuk twee (§ 3.4.1) is als eerste hypothese gesteld dat de invoering van een abonnementssysteem een zeer positieve prikkel creëert op het gebied van kostenbewust gedrag. Nadat alle dimensies van het criterium kostenbewust gedrag met de respondenten zijn besproken is aan de respondenten gevraagd of ze verwachten dat een abonnementssysteem een zeer positieve, positieve, neutrale, negatieve of zeer negatieve prikkel creëert op het criterium kostenbewust gedrag. In tabel zes is af te lezen dat vijf respondenten hierop hebben geantwoord met “zeer positief”, zes respondenten met “positief” en twee respondenten met “neutraal”. Geen van de respondenten heeft gekozen voor de antwoorden “negatief” of “zeer negatief”. Hierdoor kan geconcludeerd worden dat er steun is voor hypothese één. Er is dus sprake van een positieve tot zeer positieve prikkel op het criterium kostenbewust gedrag.

Tabel 6: Het effect van het abonnementssysteem op het criterium kostenbewust gedrag

Voor wat voor prikkel zorgt een abonnementssysteem op het criterium kostenbewust gedrag?				
Zeer positief	Positief	Neutraal	Negatief	Zeer negatief
5 respondenten	6 respondenten	2 respondenten	0 respondenten	0 respondenten

§ 5.2 Kwaliteit

In hoofdstuk twee (§ 3.1) is vastgesteld dat onder kwaliteit de medisch technische kwaliteit van de behandelingen wordt verondersteld. Hier is vervolgens (§ 3.4.2) aan toegevoegd dat indien er sprake is van een prikkel tot onderbehandeling of een prikkel tot overbehandeling dit effect kan hebben op de medisch technische kwaliteit van behandelingen. Deze elementen zijn besproken met alle dertien respondenten.

§ 5.2.1 prikkel tot onderbehandeling

Eerder is gesteld (§ 5.1) dat de respondenten aangegeven hebben dat een zorgaanbieder door een abonnementssysteem opnieuw na gaat denken over de manier waarop zijn behandeltrajecten zijn ingericht. Hierbij is gesteld dat dit een positieve invloed kan hebben op het gebied van kostenbewust gedrag, omdat de eventueel gevonden besparingen ten goede komen aan het ziekenhuis. Ondanks de positieve prikkel op het criterium van kostenbewust gedrag kan dit een nadelig effect hebben op het

criterium kwaliteit. Alle respondenten erkennen dat hierdoor binnen een abonnementssysteem een prikkel tot onderbehandeling kan ontstaan. Een respondent verwoordt dit als volgt: *“Mensen zijn economische wezens, dus je gaat altijd je opbrengsten maximaliseren of je inspanningen minimaliseren. Als de opbrengsten gemaximaliseerd zijn dan ga je dus je inspanningen minimaliseren. Zo eenvoudig is het. Het gevaar bestaat echter dat je zegt van ik behandel helemaal niet meer want ondanks dat de ontstekingswaarde van de patiënt oplopen ontvang ik toch mijn vergoeding”*. Alle dertien de respondenten erkennen dat de prikkel tot onderbehandeling een negatieve invloed kan hebben op de kwaliteit van de zorg. Ofschoon alle respondenten het gevaar tot onderbehandeling erkennen, bestaan er verschillende inzichten over of er binnen een abonnementssysteem maatregelen moeten worden ondernomen om dit tegen te gaan.

De kleinste groep van twee respondenten erkent het gevaar tot onderbehandeling, maar stelt dat dit gevaar alleen theoretisch bestaat. Hierbij geven de respondenten aan dat wanneer er sprake is van onderbehandeling de patiënt dit zal merken in zijn gezondheidstoestand. Volgens één van de twee respondenten zorgt dit ervoor dat patiënten over zullen stappen naar een andere praktijk, waardoor een ziekenhuis het nooit zover zal laten komen. Hij stelt hierover dat: *“Wanneer wij gaan onderbehandelen leidt dat tot een verlies van kwaliteit en dan zijn er in Nederland allerlei manieren waardoor patiënten dat horen, wat ervoor zorgt dat patiënten weg gaan lopen dus dat gaat een ziekenhuis nooit laten gebeuren”*. De andere respondent stelt dat een ziekenhuis zich bij een abonnementssysteem voor langere tijd aan een Reuma Artritis patiënt verbindt en dat het op de lange termijn waarschijnlijk goedkoper is om de reuma onder controle te houden, omdat anders bij een verslechterde gezondheidstoestand duurdere medicatie nodig is. Door deze duurdere medicatie is de zorgaanbieder volgens deze respondent waarschijnlijk duurdere uit dan dat hij deze in eerste instantie onder controle had gehouden. Volgens een andere respondent is deze argumentatie echter discutabel en bestaat er wel degelijk een gevaar tot onderbehandeling. Deze respondent stelt: *“Wij zijn tegenwoordig in staat om op een gemiddelde DAS score van 2,5 uit te komen voor onze gehele populatie terwijl onderzoek heeft aangetoond dat patiënten een DAS score tot 3,5 als acceptabel ervaren. Hierdoor hoeft het er niet voor te zorgen dat patiënten bij onderbehandeling overstappen naar andere praktijken”*.

De andere groep van elf respondenten erkent dat onderbehandeling een reëel gevaar vormt binnen een abonnementssysteem. Hierbij geven drie respondenten aan dat het binnen de chronische zorg niet verkeerd is om een prikkel tot onderbehandeling te hebben, omdat je wilt dat het aantal verrichtingen af neemt. *“Als je zegt ik krijg een vast bedrag en je doet weinig activiteiten maar ik krijg nog steeds dat bedrag, dan kan daar een prikkel in zitten dat mensen minder gaan doen, maar dat is nou net wat we willen in de chronische zorg”*. Deze groep van respondenten geeft aan dat enkel een abonnementssysteem kan leiden tot een vermindering van de kwaliteit, waardoor het belangrijk is om inzicht te krijgen in de scores op het gebied van kwaliteit.

§ 5.2.2 Kwaliteitsindicatoren

Alle elf respondenten geven aan dat het van belang is voor de borging van voldoende kwaliteit om een set met kwaliteitsindicatoren op te stellen en te monitoren. *“Wij moeten ervoor zorgen dat de patiënt gezond blijft en dat betekent bij Reuma Artritis dat je de ontstekingen onder controle houdt. Dus je hebt objectieve indicatoren of maatstaven nodig om te kunnen beoordelen of je daarin slaagt”*. Drie respondenten geven hierbij wel aan dat de kwaliteit van deze indicatoren vaak discutabel is. Twee andere respondenten stellen dat verschillende onderzoeken aantonen dat het meten van uitkomsten in de zorg problematisch is. *“Het blijft keer op keer heel moeilijk om in de zorg goede uitkomst indicatoren af te spreken en als ze dan afgesproken zijn is daar zoveel discussie aan vooraf gegaan dat*

het vaak de vraag is wat ze eigenlijk meten". Een andere respondent is het hier niet mee eens en stelt *"Nou al die indicatoren zijn een indicatie van de werkelijkheid, dus het is niet de werkelijkheid dat moet je wel goed beseffen. Maar vaak zijn die indicatoren tot stand gekomen naar jarenlang onderzoek, is daar wetenschappelijke consensus over ontstaan. Dus om nu te zeggen het is allemaal flauwekul, dat gaat me ook te ver"*. Verder geven twee respondenten aan dat ziekenhuizen zich enkel kunnen gaan richten op de indicatoren of dat ze de uitkomsten betwisten. *"Als je een slechte uitkomst hebt, dan zijn misschien wel de ingewikkeldste patiënten naar jou toe gekomen"*.

Zeven andere respondenten erkennen deze problemen, maar stellen dat juist bij het ziektebeeld Reuma Artritis het mogelijk is om goede kwaliteitsindicatoren vast te stellen, die ook objectief kunnen worden gemeten. *"Bij het ziektebeeld Reuma Artritis kunnen we heel hard vast stellen wat de ziekteactiviteit is, ja dat kan via de DAS-28 scoren maar ook door de Consumer Quality Index. Wij scoren de hoogste polikliniekscore van Nederland, dus we hebben wel wat te verliezen op het gebied van kwaliteit"*. De overige respondenten geven aan niet genoeg specifieke kennis te hebben over de ziekte Reuma Artritis om hier een mening over te kunnen vormen. Tien van de elf respondenten stellen dat wanneer je er in slaagt de kwaliteit van de zorg middels kwaliteitsindicatoren inzichtelijk te maken, je hierdoor de prikkel tot onderbehandeling kan ondervangen. *"Als je de kwaliteit van onze dienstverlening inzichtelijk hebt en we veranderen iets waardoor we zien dat onze kwaliteit daalt, zullen we dat meteen weer terugdraaien"*.

Samenvattend kan gesteld worden dat twee respondenten binnen een abonnementssysteem geen prikkel tot onderbehandeling verwachten en dat deze dus geen invloed heeft op de kwaliteit van de zorg. De overige elf respondenten geven aan dat binnen een abonnementssysteem sprake kan zijn van een prikkel tot onderbehandeling, welke kan worden ondervangen door een set met kwaliteitsindicatoren. Hierbij voorzien enkele respondenten problemen met kwaliteit van de indicatoren, waar andere respondenten aangeven dat het ziektebeeld Reuma Artritis zich bij uitstek leent om hier gebruik van te maken. De elf respondenten die het gevaar van onderbehandeling binnen het abonnementssysteem herkennen, geven aan dat indien er sprake is van goede kwaliteitsindicatoren dit geen invloed heeft op de kwaliteit van de zorg.

§ 5.2.3 Prikkel tot overbehandeling

Eerder is beschreven dat respondenten aangeven dat een abonnementssysteem zorgt voor het verdwijnen van de prikkel tot overbehandeling (§ 5.1). Acht respondenten stellen dat het verdwijnen van deze prikkel een positieve invloed heeft op de kwaliteit van de zorg. *"Bij een abonnementssysteem zijn je inkomsten gegarandeerd waardoor je geen perverse prikkels hebt om iets te doen wat je medisch gezien niet moet doen"*. Drie respondenten voegen hier nog aan toe dat doordat de inkomstenkant per patiënt is gegarandeerd dit een bepaalde bedrijfseconomische rust geeft, waardoor artsen zich enkel nog maar hoeven te richten op de kwaliteit. *"Ik kan meer instrumenten inzetten om mijn kwaliteit te optimaliseren, want ik weet waar we financieel aan toe zijn en ik word niet gehinderd door allerlei financiële prikkels"*. Zes respondenten verwachten dat door het verdwijnen van de prikkel tot overbehandeling en/of het creëren van bedrijfseconomische rust er een positieve prikkel ontstaat op het criterium kwaliteit.

Eerder is ook beschreven dat respondenten verwachten dat zorgaanbieders opnieuw na gaan denken over de manier waarop behandeltrajecten binnen een abonnementssysteem zijn ingericht (§ 5.1). Volgens één respondent zorgt het opnieuw nadenken over de manier waarop de behandeltrajecten zijn ingericht er direct voor, dat de kwaliteit wordt verbeterd. Andere respondenten kunnen zich voorstellen dat dit de innovatie (§5.3) ten goede komt en dat daardoor verschillende nieuwe vormen van zorg worden bedacht. *"Ik denk dat een abonnementssysteem echt een bijdrage kan leveren aan de*

kwaliteit van de zorg en dan vooral de discussie over wat is nu kwaliteit van zorg, maar dat gaat dan meer over nieuwe vormen van zorg. Dus dat het je dwingt om anders naar zorg te kijken". Het merendeel van de respondenten geven aan dat ze het moeilijk in te schatten vinden wat de invloed hiervan is op het criterium van kwaliteit.

Drie respondenten geven aan dat ze niet verwachten dat een abonnementssysteem zorgt voor veranderingen op het criterium kwaliteit. Hiervoor geven twee respondent als reden dat een zorgaanbieder ongeacht het bekostigingssysteem altijd streeft naar de hoogst mogelijke kwaliteit die hij of zij met de beschikbare middelen kan bieden. Een andere respondent verwacht dat een abonnementssysteem weinig op het criterium van kwaliteit zal veranderen, omdat hij dit bijna niet meer mogelijk acht. *"Wij naderen met de effectiviteit van onze behandelingen al bijna de scores die onderzoekers in een laboratorium halen, dus ik denk dat er op het gebied van kwaliteit weinig meer valt te winnen"*.

§ 5.2.3 Antwoord op hypothese twee

In hoofdstuk twee is als tweede hypothese gesteld dat de invoering van een abonnementssysteem een neutrale invloed heeft op het criterium kwaliteit. Aan alle dertien de respondenten is de vraag gesteld: *"Heeft de invoering van een abonnementssysteem een zeer grote, grote, neutrale, negatieve of zeer negatieve invloed op het criterium van kwaliteit"*. In tabel zeven is af te lezen dat één respondent hierop het antwoord "zeer positief" heeft gegeven. Zeven andere respondenten stellen dat dit een positieve invloed heeft op het criterium kwaliteit en de vijf overige respondenten stellen dat een abonnementssysteem geen invloed heeft op de kwaliteit. Geen van de respondenten heeft gekozen voor de antwoorden "negatief" of "zeer negatief". Hierdoor kan geconcludeerd worden dat er steun is voor hypothese twee. De invoering van een abonnementssysteem zorgt dus voor een neutrale tot positieve prikkel op het criterium kwaliteit.

Hierbij dient vermeld te worden dat verschillende respondenten aangeven dat het moeilijk in te schatten is, wat het effect is van de invoering van een abonnementssysteem op het criterium van kwaliteit. Vaak wordt hierbij gesteld dat het verdwijnen van de prikkel tot overbehandeling de kwaliteit kan bevorderen, maar dat dit effect teniet kan worden gedaan als de kwaliteitsindicatoren ontoereikend zijn om de prikkel tot onderbehandeling tegen te gaan. Ook geven verschillende respondenten aan geen medicus te zijn waardoor implicaties op het criterium kwaliteit moeilijk zijn in te schatten.

Tabel 7: Het effect van een abonnementssysteem op het criterium kwaliteit

Wat voor effect heeft de invoering van een abonnementssysteem op het criterium kwaliteit?				
Zeer positief	Positief	Neutraal	Negatief	Zeer negatief
1 respondent	7 respondenten	5 respondenten	0 respondenten	0 respondenten

§ 5.3 Innovatie

In hoofdstuk twee (§ 3.1) is allereerst gesteld dat innovatie moeten leiden tot lagere kosten bij gelijkblijvende gezondheid of tot gezondheidswinst tegen lagere, gelijkblijvende of – in verhouding tot de extra baten- beperkte extra kosten. Hier is vervolgens (§ 3.4.3) aan toegevoegd dat een abonnementssysteem theoretisch gezien vooral mogelijkheden biedt tot het ontwikkelen van nieuwe vormen van zorg. Dit element is met alle dertien de respondenten besproken.

§ 5.3.1 Nieuwe vormen van zorg

Zes van deze respondenten stellen dat de DOT-systematiek innovatie belemmert omdat zorgaanbieders verplicht bepaalde verrichtingen uit moeten voeren om een DOT te kunnen declareren. *“Doordat je per DOT wordt afgerekend werkt dat innovatie tegen, want het ziekenhuis kan iets alleen maar declareren als er een declaratietitel voor bestaat, anders kan dat niet.”*. Het volgende citaat toont aan dat deze restricties kunnen leiden tot onwenselijke situaties:

“Wij hebben een eHealth programma opgezet voor jongeren met reuma. Die wil je als ziekenhuis dus zo goed mogelijk helpen en zoveel mogelijk de eigen regie laten voeren zodat ze niet onnodig naar het ziekenhuis hoeven te komen en dat ze zo min mogelijk medicatie gebruiken. Door deze toepassing kunnen jongeren nu zelf zien hoe het met ze gaat en kunnen professionals zien waar ze je kunnen helpen als ze zorg nodig hebben. Patiënten blij, behandelaars denken dat het helpt, alleen omdat patiënten niet meer langs het ziekenhuis komen kunnen wij geen DOT schrijven dus krijgen we geen vergoeding terwijl we wel allerlei kosten maken”.

Een groep van twaalf respondenten stelt dat door een abonnementsstelsel zorgaanbieders in staat zijn tot meer innovatie door het ontwikkelen van nieuwe vormen van zorg. Negen respondenten van deze groep geeft hiervoor als voornaamste reden dat een abonnementsstelsel zorgaanbieders meer vrijheid geeft om zelf te bepalen op welke manier ze de behandeltrajecten in willen delen. *“Ik denk dat de innovatie gaat toenemen, omdat je meer vrijheden hebt om het behandeltraject in te vullen, je bent niet meer verplicht bepaalde verrichtingen uit te voeren om te kunnen declareren, dus je hebt minder restricties of regeltjes, wat zeker zal leiden tot meer innovatiekracht”*. Doordat deze restricties wegvallen stelt een andere respondent: *“Je hebt een gegarandeerde zak met geld die je naar eigen inzicht kan benutten en als je denkt dat je door innovatie minder of goedkopere vormen van zorg nodig hebt, dan heb je door een abonnementsstelsel geen belemmeringen meer om dat niet te doen”*. Voorbeelden die hierbij worden genoemd is het thuis meten van de ziekteactiviteit of het bevorderen van patiënten die gebruik maken van eHealth.

Twee andere respondenten erkennen dat deze vrijheid de innovatiekracht zal vergroten. Zij stellen daarnaast dat het voor innovatie belangrijk is om een bepaalde mate van zekerheid te hebben aan je inkomstenkant. *“Of ik iets nu per verrichting of per abonnement betaal, daar wordt iets niet direct innovatiever van. Het zorgt er alleen voor dat je rust hebt aan je inkomstenkant dus dan kan je kijken van laten we nu eens de meest veelbelovende initiatieven onderzoeken, zodat we de kwaliteit kunnen verbeteren of de kosten kunnen verlagen maar liefst eigenlijk beide”*. Een andere respondent stelt dat zorgaanbieders willen streven naar het zo veel mogelijk verkopen van abonnementen waardoor ze er door middel van innovatie voor moeten zorgen dat de kwaliteit van de zorg hoog is. Deze respondenten stellen dat niet de extra vrijheid om het proces in te richten leidt tot meer innovatie, maar dat dit veroorzaakt wordt door de zekerheid die een abonnementsstelsel biedt aan de inkomstenkant.

Verscheidene respondenten geven ook aan dat een abonnementsstelsel eerder kan zorgen dat er nieuwe geneesmiddelen uit worden geprobeerd. *“Op het gebied van medicatie zullen wij nog eerder kijken naar welke middel goedkoop is en het meest effectief en deze toepassen, waarbij het dus niet meer belangrijk is wat voor vergoeding we ervoor af hebben gesproken met de zorgverzekeraar. Dat zorgt dus voor meer innovatie”*. Een andere respondent stelt dat een abonnementsstelsel ervoor zorgt dat er ook mogelijkheden ontstaan om, wanneer zorgaanbieders dat wenselijk achten onderzoek te doen dat niet direct verband houdt met het reduceren van de kosten. *“Innovatie gedijt vaak in een omgeving waar het niet perse meteen iets op hoeft te leveren, waar het ook even mag duren. Dat zien*

we bijvoorbeeld bij UMC's met fundamenteel onderzoek en door een abonnementssysteem kunnen ziekenhuizen ervoor kiezen hier toch op in te zetten".

Naast de twaalf respondenten die stellen dat een abonnementssysteem de innovatie zal bevorderen, geeft één respondent aan daar niet van overtuigd te zijn. Hij stelt hierbij dat doordat de inkomsten van de zorgaanbieder zijn gegarandeerd hij zijn inspanningen wil verminderen, dus ook geen energie of geld wil stoppen in innovatie. *"Ik denk dat een abonnementssysteem innovatie niet stimuleert, sterker nog, het kan ervoor zorgen dat mensen een beetje lui worden omdat ze toch een vast tarief krijgen"*. Deze respondent stelt daarom dat alleen indien een apart tarief voor innovatie beschikbaar is, er sprake is van dat een abonnementssysteem zorgt voor innovatie. *"Als er geen los tarief is gaan ziekenhuizen zeggen dat ze geen geld krijgen voor innovatie en daarom ook niet innoveren"*.

§ 5.3.2 Antwoord op hypothese drie

In hoofdstuk twee is als derde hypothese gesteld dat de invoering van een abonnementssysteem een zeer positieve invloed heeft op het criterium innovatie. Aan alle dertien de respondenten is de vraag gesteld: *"Heeft de invoering van een abonnementssysteem een zeer grote, grote, neutrale, negatieve of zeer negatieve invloed op het criterium van innovatie"*. In tabel acht is af te lezen dat zes respondenten hierop het antwoord "zeer positief" hebben gegeven. Zes andere respondenten stellen dat dit een positieve invloed heeft op het criterium kwaliteit en één respondent stelt dat een abonnementssysteem geen invloed heeft op de kwaliteit. Geen van de respondenten heeft gekozen voor de antwoorden "negatief" of "zeer negatief". Hierdoor kan geconcludeerd worden dat er steun is voor hypothese drie. De invoering van een abonnementssysteem zorgt dus voor een positieve tot zeer positieve prikkel op het criterium innovatie.

Tabel 8: het effect van een abonnementssysteem op het criterium innovatie

Voor wat voor prikkel zorgt de invoering van een abonnementssysteem op het criterium innovatie?				
Zeer positief	Positief	Neutraal	Negatief	Zeer negatief
6 respondenten	6 respondenten	1 respondent	0 respondenten	0 respondenten

§ 5.4 Substitutie en/of coördinatie

In hoofdstuk twee is gesteld (§ 3.1) dat het binnen de dimensie substitutie van belang is dat zelfmanagement wordt bevorderd, waardoor bepaalde zorgtaken overgenomen kunnen worden door de eerste lijn of de patiënt zelf. Bij de dimensie coördinatie is gesteld (§ 3.4.4) dat het voornamelijk van belang is om vast te stellen of er sprake is van een monopolistische of multidisciplinaire manier van bekostiging.

§ 5.4.1 Substitutie

Eerder is gesteld (§ 5.1.1) dat alle dertien de patiënten aangeven dat een abonnementssysteem ervoor zorgt dat de zorgaanbieder een vast bedrag per patiënt ontvangt, waardoor de hoogte van inkomsten per patiënt gegarandeerd zijn. Eerder is gesteld (§ 5.3.1) dat volgens twaalf respondenten hierdoor mogelijkheden ontstaan om opnieuw na te denken over de manier waarop behandeltrajecten zijn ingericht, waardoor er nieuwe vormen van zorg kunnen ontstaan. Elf respondenten geven aan dat hierdoor nieuwe mogelijkheden ontstaan op het gebied van substitutie, omdat wanneer de zorgaanbieders de kosten van het behandeltraject weten te verlagen, het verschil ten goede komt aan de eigen organisatie. *"Een abonnementssysteem zou voor ons een steuntje in de rug zijn om substitutie toe te passen naar de eerste lijn of de patiënt zelf, omdat het meestal voordeliger is en wij bij een abonnementssysteem dat verschil mogen houden"*. Drie respondenten voegen hieraan toe dat indien meerdere ziekenhuizen met elkaar concurreren middels een abonnementssysteem, de zorgverzekeraar in gesprek gaat met een zorgaanbieder indien een concurrent door het succesvol

toepassen van substitutie een lager abonnementstarief kan hanteren. *“De discussie zal hierdoor gaan over wat is doelmatige en kwalitatieve goede zorg. Als het ene ziekenhuis de zorg dichter bij de patiënt weet te organiseren waardoor het doelmatiger is met dezelfde uitkomst zal er druk ontstaan op andere ziekenhuizen. Zo van jij doet dingen anders dan anderen maar dat is niet optimaal, want dat ziekenhuis kan het slimmer en goedkoper met dezelfde uitkomst”.*

Indien het behandeltraject opnieuw wordt ingericht geven drie van de elf respondenten aan dat hierdoor bepaalde zorgtaken naar zowel de eerste lijn als naar de patiënt kan worden gesubstitueerd. *“Hierdoor gaan wij nadenken of wij alles nog wel zelf moeten doen of dat we bepaalde taken door de eerste lijn of de patiënt moeten laten doen”.* De respondenten geven hierbij aan ervan uit te gaan dat de eerste lijn de zorg goedkoper weet te organiseren. *“De insteek van substitutie is natuurlijk dat het een bepaalde prijsverlaging moet hebben, dus we verwachten dat de eerste lijn goedkoper is en meestal is dat ook zo”.*

De overige acht respondenten stellen dat bepaalde taken niet door de eerste lijn maar voornamelijk door de patiënt overgenomen kunnen worden. *“Ik denkt dat het bij reumatische aandoeningen maar beperkt is wat je kunt verplaatsen naar de eerste lijn maar ik denk wel dat je substitutie toe kan passen naar de patiënt zelf. Daar liggen denk ik veel kansen, zeker ook omdat het vaak goedkoper is”.* Verschillende respondenten geven aan dat ze voornamelijk kansen in substitutie naar de patiënt zelf zien, omdat veel patiënt doordat Reuma Artritis een chronische ziekte is, ervaringsdeskundige zijn met veel specifieke kennis van het eigen ziektebeeld. *“Omdat het een chronische ziekte is en mensen dat al jaren hebben zijn ze ervaringsdeskundige, waardoor ze over veel kennis over de ziekte beschikken. Hierdoor denk ik dat een gedeelte van de patiënten prima in staat is om zelf bepaalde dingen over te nemen en als het mis gaat kan je naar de reumatoloog”.* De respondenten geven hierbij aan dat niet alle patiënten in staat zijn bepaalde zorgtaken op zich te nemen. Het is volgens de respondenten daarom belangrijk dat er maatwerk wordt geleverd, waarbij de wensen van de patiënt centraal komen te staan. *“Ik denk dat je een gedeelte van de patiënten prima bepaalde handelingen kan laten doen en dat andere zeggen dat heb ik liever niet, ik kom graag twee keer per jaar naar de reumatoloog. Maar door een abonnementssysteem kan je maatwerk gaan leveren omdat je van je inkomsten gegarandeerd bent”.*

De respondenten geven aan dat indien bepaalde taken door de patiënt overgenomen kunnen worden, deze taken niet meer gefinancierd hoeven te worden omdat de patiënt handelingen verricht die zijn eigen gezondheid ten goede komt. Enkel de toepassingen die het voor de patiënt mogelijk maken om bepaalde zorgtaken over te nemen, zoals training en eHealth toepassingen dienen door de zorgaanbieder betaald te worden. *“Kijk als je dingen door de patiënt kan laten doen scheelt dat natuurlijk veel geld, want die hoeft je niet te betalen aangezien hij zichzelf helpt. Het enige wat je moet betalen zijn de toepassingen die de patiënt daarbij helpen, zoals eHealth-programma's”.* De respondenten geven aan dat het financieren van toepassingen binnen een abonnementssysteem mogelijk is omdat zorgaanbieders de vrijheid hebben de beschikbare middelen naar eigen inzicht in te zetten.

Twee respondenten geven dat in het verleden is gebleken dat substitutie van zorgtaken naar andere aanbieders of de patiënt problematisch is. Volgens de twee respondenten is de kans beperkt dat dit door een abonnementssysteem gaat verbeteren. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt doordat indien er substitutie van zorgtaken naar de eerste lijn of de patiënt zelf wordt toegepast, dit ten kosten gaat van de eigen organisatie. *“Dit zou nog wel eens lastig kunnen zijn omdat het raakt aan de existentie van mensen die in de Sint Maartenskliniek hun beroep uit oefenen en dat betekend dat er straks misschien geen twintig reumatologen nodig zijn maar bijvoorbeeld maar zeven”.*

§ 5.4.2 Coördinatie

Twee respondenten stellen dat het binnen een abonnementssysteem helder is welke partij verantwoordelijk is voor de zorg van een patiënt. Door deze duidelijkheid zijn de respondenten van mening dat wanneer dit in het belang van de patiënt is, binnen een abonnementssysteem eerder andere specialisten worden ingeschakeld. *“Door een abonnementssysteem leg je bij één partij het geld en de verantwoordelijkheid voor de patiënt, waardoor die partij zelf kan beoordelen of er andere specialisten nodig zijn”*. Deze twee respondenten geven hierom aan dat ze verwachten dat een abonnementssysteem een positieve prikkel geeft op de dimensie coördinatie.

Elf respondenten stellen dat door een abonnementssysteem weinig verandert op het gebied van coördinatie. Acht respondenten van deze groep geven hierbij aan dat het abonnementssysteem net als de DOT-systematiek een monopolistische manier van bekostiging is. *“Het is nog steeds reumazorg voor de Reuma Artritis patiënt, dus ik krijg een abonnement voor de Reuma Artritis patiënt waardoor ik geen beloning krijg voor de patiënt die bijvoorbeeld ook nog eens diabetes heeft”*. De drie andere respondenten geven aan dat het afhankelijk is van de invulling van een abonnementssysteem om te bepalen of er sprake is van een monopolistische manier van bekostiging. *“Als je een abonnementstarief afsprekt voor mensen met bijvoorbeeld Reuma Artritis en Diabetes dan is het dus geen bekostiging meer voor één enkele ziekte maar is het multidisciplinair”*. Deze elf respondenten zijn van mening dat de invoering van een abonnementssysteem niet zorgt voor een extra prikkel op de dimensie coördinatie.

Zes van deze elf respondenten geven aan dat de overlap met andere specialisme bij het ziektebeeld Reuma Artritis binnen de Sint Maartenskliniek zeer beperkt is. *“Bij de RA-patiënten van de Sint Maartenskliniek zit er weinig overlap met andere ziektes waardoor we weinig voor een ander specialisme zouden kunnen betekenen behalve een keer bloed prikken”*. Hierbij wordt aangegeven dat de Sint Maartenskliniek gespecialiseerd is in aandoeningen aan het bewegingsapparaat waardoor het niet dezelfde populatie patiënten heeft als bijvoorbeeld het Radboud Ziekenhuis. *“De overlap met andere specialisme valt in de Sint Maartenskliniek relatief mee, maar dat heeft te maken met de signatuur van dit ziekenhuis. Als ik in het Radboud kijk dan zijn dat patiënten die veel meer actief behandeld worden door andere specialisten, ik denk dat het percentage hier wat lager ligt”*. Een andere reumatoloog voegt hier nog aan toe: *“Daar komen bijvoorbeeld mensen die aan systeemziekte leiden, waarbij ook longen en de huid betrokken zijn en coördinatie dus erg belangrijk is. Maar deze patiënten komen niet in de Sint Maartenskliniek.”*

§ 5.4.3 Antwoord op hypothese vier A en B

In hoofdstuk twee zijn bij het criterium substitutie en/of coördinatie twee hypothesen opgesteld. Hypothese vier A stelt dat de invoering van een abonnementssysteem een positieve invloed heeft op de dimensie substitutie. Aan alle respondenten is de vraag gesteld of de invoering van een abonnementssysteem een zeer grote, grote, neutrale, negatieve of zeer negatieve invloed heeft op de dimensie zien dat geen van de respondenten het antwoord “zeer positief”, “negatief” of “zeer negatief substitutie. In tabel negen is terug te” heeft gegeven. Verder is uit te tabel af te lezen dat negen respondenten “positief” hebben geantwoord en vier respondenten “neutraal”. Hypothese vier B stelt dat de invoering van een abonnementssysteem geen prikkel op de dimensie coördinatie creëert. Ook hierop antwoorden geen van de respondenten met de antwoorden “zeer positief”, “negatief” of “zeer negatief”. Van de dertien respondenten geven twee respondenten het antwoord “positief” terwijl elf respondenten “neutraal” aangeven. Hierdoor wordt geconcludeerd dat voor beide hypothesen steun te vinden is bij de gesproken respondenten. De invoering van een abonnementssysteem zorgt hierdoor voor een positieve prikkel op het gebied van substitutie en een neutrale prikkel op het gebied van coördinatie. Gezamenlijk zorgt dit voor een neutrale tot positieve prikkel op het criterium substitutie en/of coördinatie.

Tabel 9: het effect van een abonnementssysteem op het criterium coördinatie en/of substitutie

Voor wat voor prikkel zorgt de invoering van een abonnementssysteem op de dimensies substitutie en coördinatie?					
	Zeer positief	Positief	Neutraal	Negatief	Zeer negatief
Substitutie	0 respondenten	9 respondenten	4 respondenten	0 respondenten	0 respondenten
Coördinatie	0 respondenten	2 Respondenten	11 respondenten	0 respondenten	0 respondenten

§ 5.5 Toegankelijkheid

§ 5.5.1 Risicoselectie

Twee respondenten geven op de vraag of er bij een abonnementssysteem een prikkel tot risicoselectie ontstaat aan, dat dit enkel theoretisch gezien zo is, maar dat dit in de praktijk niet zo werkt. Dit komt voornamelijk omdat de groep nieuwe patiënten volgens de respondenten beperkt is, waardoor de winst die te behalen is door het toepassen van risicoselectie waarschijnlijk beperkt is. *“Er komt ieder jaar wel een groep nieuwe patiënten bij, maar dat is maar een paar procent van het totaal dus dat maakt uiteindelijk geen heel groot verschil”*. Daarnaast stelt één van de twee respondenten dat de hoge kosten van medicatie aan het begin van een behandeltraject van een Reuma Artritis patiënt er alleen voor zorgt dat risicoselectie lonend is op de lange termijn. *“Wanneer een patiënt nieuw is, heeft hij waarschijnlijk een hogere medicatie nodig om de reuma onder controle te krijgen, waardoor hij door het vaste abonnementstarief waarschijnlijk in het begin verliesgevend is”*.

De overige elf respondenten geven aan dat binnen een abonnementssysteem het gevaar bestaat dat een zorgaanbieder risicoselectie toe gaat passen om zijn gemiddelde zorgvraag te laten dalen. *“Het gevaar bestaat dat ziekenhuizen zich richten op patiënten met een lichte vorm van Reuma Artritis en de zware Reuma Artritis patiënten doorsturen, zodat ze een lichtere zorgvraag hebben en daardoor minder kosten”*. Verschillende respondenten geven ook voorbeelden uit het verleden waarbij patiënten uit een andere praktijk zich melden bij de Sint Maartenskliniek met de diagnose Reuma Artritis, waarbij na het opnieuw vaststellen van de diagnose er geen sprake was van Reuma Artritis, maar van artrose. Dit zorgde ervoor dat er een hogere vergoeding kon worden ontvangen en dat de betreffende kliniek beter scoort op de uitkomstindicatoren. *“En dat had twee effecten, enerzijds kregen ze een hogere DOT en daarnaast starten ze dan een behandeling en hadden ze een hele lage ziekteactiviteit en zeggen ze van moet je eens kijken hoe goed wij scoren”*. Deze elf respondenten zijn het erover eens dat bij een abonnementssysteem een prikkel tot risicoselectie kan ontstaan wanneer de zorgaanbieders geheel vrij worden gelaten.

De elf respondenten stellen dat de prikkel tot risicoselectie kan worden geminimaliseerd door duidelijke criteria vast te stellen wanneer iemand de diagnose Reuma Artritis toegewezen krijgt en dus binnen de bekostiging van het abonnementssysteem valt. *“Je moet duidelijke afspraken maken over wanneer iemand een Reuma Artritis Patiënt is, want anders krijg je een perverse prikkel dat iemand zegt van dat is een RA- patiënt terwijl dat feitelijk niet zo is. Dan krijg je erosie en verschillen in de diversiteit en dan gaat het abonnementssysteem niet werken”*. De respondenten voegen hieraan toe dat de zorgverzekeraar inzicht dient te krijgen in de populatie die de zorgaanbieder behandelt. *“De verzekeraar heeft het recht om te weten wat voor patiënten het ziekenhuis behandelt, dus ik vind ook dat je een aantal indicatoren inzichtelijk moet maken waaraan de verzekeraar dat kan zien”*.

Negen respondenten voegen hier aan toe dat het van belang is dat het vaststellen van de diagnose Reuma Artritis gebeurt op basis van objectieve criteria. Twee respondenten geven hierbij aan dat ze over onvoldoende medische kennis van het ziektebeeld Reuma Artritis beschikken om te kunnen beoordelen of dit mogelijk is. De overige zeven respondenten stellen dat Reuma Artritis een ziektebeeld is waarbij een zeer beperkt grijs gebied bestaat over de vraag of er wel of geen sprake is van Reuma Artritis en dat er een aantal indicatoren is om dit te achterhalen. *“Dit is een hard groep zeg maar even waar een harde diagnose voor geldt, waar je niet in kunt manipuleren, want je bent RA-patiënt of je bent het niet”*. Een reumatoloog voegt hier aan toe: *“Als ik 100 RA-patiënten op een rijtje zet dan is ongeveer 70% vrouw, zoveel procent valt in een bepaalde leeftijdscategorie en 70 % heeft reumafactor in zijn bloed zitten. Dat zijn objectief meetbare gegevens waarmee je niet kan manipuleren, als je dan van heel je populatie dat inzichtelijk hebt gemaakt en dat wijkt ver af van het gemiddelde klopt er iets dus niet”*. De elf respondenten stellen dat hoewel er binnen een abonnementssysteem een prikkel kan ontstaan tot het toepassen van risicoselectie, deze geminimaliseerd kan worden door bepaalde kenmerken van de populatie inzichtelijk te voor de zorgverzekeraar.

§ 5.5.2 Wachttijden

Tien respondenten geven aan dat er door een abonnementssysteem geen wachttijden zullen ontstaan. Volgens zes respondenten komt dit doordat er nog steeds een verband ontstaat tussen de inkomsten van de zorgaanbieder en het aantal patiënten die hij behandelt. Doordat zorgaanbieders een hogere omzet generen indien zij meer patiënten behandelen, zullen ze geneigd zijn patiënten zo snel mogelijk in behandeling nemen. Zeven van de tien respondenten voegen hier aan toe dat daardoor de prikkel tot productiviteit nog steeds bestaat. *“Indien ik een RA-patiënt op kan nemen zal ik dat meteen doen, want dan krijg ik dus de afgesproken vergoeding dus die prikkel tot productie is er bij een abonnementssysteem nog steeds. Daarom verwacht ik niet dat er wachttijden zullen ontstaan”*. Aan deze groep respondenten is vervolgens gevraagd of er een risico bestaat dat zorgaanbieders door de prikkel tot productiviteit nieuwe patiënt aannemen, terwijl zij hiervoor onvoldoende capaciteit hebben voor vervolgfafspraken waardoor er wachttijden kunnen ontstaan. Drie respondenten geven hierbij aan dat dit risico bestaat en dat daarom de wachttijden als één van de indicatoren van kwaliteit dient op genomen te worden. De andere respondenten geven aan dat, indien een zorgaanbieder meer patiënten aan neemt dan hij kan behandelen, dit terug te zien zou zijn in verschillende indicatoren zoals de DAS-28 score en de patiënttevredenheid. *“Ja want dan zie je het duidelijk terug in die uitkomstindicatoren wanneer je wel elke nieuwe patiënt aan neemt, maar het vervolgens wel te druk hebt om een vervolgfafpraak in te plannen”*. Daardoor stellen de respondenten dat er bij een abonnementssysteem geen risico tot wachttijden ontstaan.

Acht respondenten van deze groep stellen dat de wachttijden in de DOT-systematiek soms worden veroorzaakt door plafondaafspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, maar dat deze binnen een abonnementssysteem overbodig worden. Hiervoor geven twee respondenten als argumentatie dat er binnen het abonnementssysteem geen perverse prikkels tot volume meer aanwezig zijn. *“Je hebt geen perverse prikkel meer waardoor de verzekeraars ook geen plafonds meer hoeft te hanteren. Dat zal de toegankelijkheid verbeteren”*. Zes andere respondenten stellen dat de prikkel tot productie door het verband tussen het aantal patiënten en de inkomsten van een zorgaanbieder er nog steeds is, waardoor de kernmerken van de populatie gedeeld moeten worden met de zorgverzekeraar om onjuiste diagnoses tegen te gaan (zoals gesteld in §5.5.1). *“Als de zorgverzekeraar inzicht heeft in de populatie en door indicatoren kan zien dat de gestelde diagnoses juist zijn, kunnen we eindelijk af van die gekke plafondaafspraken”*. Vijf van de acht respondenten denken dat het verdwijnen van de plafondaafspraken een positieve invloed kan hebben op het tegengaan van wachttijden.

Drie respondenten geven aan dat door een abonnementssysteem wachttijden kunnen ontstaan. Hiervan stellen twee respondenten dat de kans bestaat dat patiënten door een abonnementssysteem meer gebruik van de zorg willen maken. Ze geven hierbij aan dat het abonnementstarief altijd boven het eigen risico valt, dus dat alle drempels om gebruik te maken van de zorg verdwijnen. Ze stellen dat door deze grote zorgvraag zorgaanbieders te weinig capaciteit kunnen krijgen waardoor er wachttijden ontstaan. *“De kans bestaat dat patiënten veel meer zorg gaan gebruiken omdat ze vinden dat ze er door het abonnement recht op hebben en omdat het eigen risico eigenlijk weg valt, omdat het abonnement altijd duurder is dan het eigen risico. Hierdoor valt er dus een grote drempel weg om naar het ziekenhuis te gaan. Hierdoor zie ik het gebeuren dat er opnieuw wachttijden ontstaan”*. De andere respondent stelt dat de DOT-systematiek gunstig zou moeten zijn voor wachttijden omdat je per verrichting wordt betaald maar dat ook hier wachttijden bij bestaan. Hij verwacht daarom dat dit niet zal veranderen bij een abonnementssysteem.

§ 5.5.3 Antwoord op hypothese vijf

In hypothese vijf is gesteld dat de invoering van een abonnementssysteem een negatieve invloed heeft op de toegankelijkheid van de zorg. Aan alle dertien respondenten is de vraag gesteld “voor wat voor prikkel zorgt de invoering van een abonnementssysteem op het criterium toegankelijkheid? De gegeven antwoorden zijn terug te vinden in tabel tien. Hierin is af te lezen dat drie respondenten geantwoord hebben met “positief” en tien respondenten geantwoord hebben met “neutraal”. Er kan daarom geconcludeerd worden dat er geen steun is voor hypothese vijf, waarin gesteld wordt dat een abonnementssysteem een negatieve prikkel geeft op het criterium toegankelijkheid. De antwoorden van de respondenten wijzen uit dat het de verwachting is dat een abonnementssysteem een neutraal effect creëert op het criterium toegankelijkheid.

Tabel 10: het effect van een abonnementssysteem op het criterium toegankelijkheid

Voor wat voor prikkel zorgt de invoering van een abonnementssysteem op het criterium toegankelijkheid?				
Zeer positief	Positief	Neutraal	Negatief	Zeer negatief
0 respondenten	3 respondenten	10 respondenten	0 respondenten	0 respondenten

§ 5.6 Resumé

De voorgaande paragrafen tonen aan dat er onder de respondenten steun te vinden is voor vier van de vijf hypothesen. De uitkomsten van de voorgaande paragrafen hebben geresulteerd in tabel elf. In deze tabel zijn de effecten van zowel de DOT-systematiek als de te verwachten effecten van een abonnementssysteem op de vijf criteria van goede zorg terug te zien. In de tabel is onder andere af te lezen dat de respondenten verwachten dat een abonnementssysteem een positief tot zeer positief effect heeft op de criteria kostenbewust gedrag en innovatie. Tevens is af te lezen dat de respondenten verwachten dat een abonnementssysteem een neutraal tot positief effect heeft op de criteria kwaliteit en coördinatie en/of substitutie. Voor het criterium toegankelijkheid is af te lezen dat de respondenten verwachten dat een abonnementssysteem een neutraal effect heeft.

Tabel elf: Overzicht van de effecten DOT-systematiek en te verwachten effecten van een abonnementssysteem op de vijf criteria van goede zorg

 criterium van zorg	 Kostenbewust gedrag	 Kwaliteit	 Innovatie	 Coördinatie /substitutie	 Toegankelijkheid
 DOT-systematiek	Neutraal	Neutraal	Positief	Negatief	Neutraal
 Abonnementssysteem	Positief tot zeer positief	Neutraal tot positief	Positief tot zeer positief	Neutraal tot positief	Neutraal

Hoofdstuk 6: Conclusies

In de eerste vier paragrafen van dit hoofdstuk wordt per paragraaf een deelvraag van dit onderzoek beantwoord. Vervolgens wordt (§6.5) antwoord gegeven op de hoofdvraag van dit onderzoek: Waarin verschillen de effecten van de DOT-systematiek van de te verwachten effecten van een abonnementssysteem op de zorg voor patiënten met de diagnose Reuma Artritis in de Sint Maartenskliniek en leidt de invoering van een abonnementssysteem daardoor tot het verbeteren van de doelen van de “triple-aim”?

§ 6.1 Van publieke waarden naar vijf criteria voor goede zorg

Voor het beantwoorden van de hoofdvraag van dit onderzoek is het van belang om deelvraag één te beantwoorden: *“Waarom dient een bekostigingssysteem te voldoen om een bijdrage te leveren aan de doelen van de triple aim?”* Voor het beantwoorden van deze deelvraag is het belangrijk om criteria vast te stellen waaraan een bekostigingssysteem moet voldoen om de doelen van de “triple aim” te bereiken. Eerder is vastgesteld dat binnen de publieke sector drie verschillende kernwaarden zijn te onderscheiden: de Sigma, Theta en Lambda typen waarden (Hood & Jackson, 1991). Vanuit deze publieke waarden zijn vervolgens (§3.1.2) zes criteria vastgesteld om te beoordelen of een bekostigingssysteem bijdraagt aan het behalen van de doelen van de “triple aim”. Deze zes criteria zijn: kostenbewust gedrag, kwaliteit, innovatie, coördinatie en/of substitutie, preventie en toegankelijkheid.

Geconcludeerd kan worden dat indien een bekostigingssysteem zorgt voor een positief effect op de bovenstaande zes criteria, de doelen van de “triple aim” worden bereikt. Het criterium preventie is in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten, omdat de ziekte Reuma Artritis niet kan worden voorkomen. Hierdoor is het voor de bekostiging van de ziekte Reuma Artritis van belang dat een bekostigingssysteem een positief effect creëert op de criteria kostenbewust gedrag, kwaliteit, innovatie, substitutie en/of coördinatie en toegankelijkheid.

§ 6.2 De vier hoofdvormen van bekostiging in de zorg

Na het vaststellen van de vijf criteria waaraan een bekostigingssysteem dient te voldoen om de doelen van de “triple-aim” te bereiken, is deelvraag twee beantwoord: *“Welke hoofdvormen voor de bekostiging van de zorg zijn er in de literatuur te onderscheiden?”*. Er is vastgesteld dat in de literatuur vier hoofdvormen van bekostiging in de zorg zijn te onderscheiden. Deze hoofdvormen zijn: bekostiging per zorgactiviteit, bekostiging per zorgbundel per patiënt, bekostiging per zorgbundel per verzekerde en bekostiging per vast bedrag per periode.

Vervolgens is geconstateerd dat de manier van bekostiging zorgt voor prikkels die het gedrag van de arts beïnvloeden (§3.2.2). Hierbij is geconstateerd dat men zich bewust moet zijn van de principaal-agent relatie tussen de behandelende arts (agent) en de patiënt (principaal). De principaal-agent theorie is een economische benadering die stelt dat de mens een homo-economicus is, die handelt naar nutsmaximalisatie en het eigenbelang voorop stelt. Indien er sprake is van een gezonde principaal-agent relatie, handelt de reumatoloog enkel in het belang van de patiënt. Deze relatie wordt soms verstoord door onduidelijkheid over effecten van een behandeling en een informatie-asymmetrie tussen de reumatoloog en de patiënt. Dit verschaft de arts de mogelijkheid om de patiënt te beïnvloeden in het kiezen van de te verschaffen zorg. Door deze mogelijkheid is het van belang om te achterhalen wat de effecten van een bekostigingssysteem zijn.

§ 6.3 De effecten van de DOT-systematiek op de criteria van goede zorg

Na het beantwoorden van de tweede deelvraag is deelvraag drie beantwoord: *“Wat zijn de effecten van de DOT-systematiek op de criteria van goede zorg voor Reuma Arthritis patiënten?”* Voor het beantwoorden van deze deelvraag is per criterium (§3.3) vastgesteld wat het effect van de DOT-systematiek is.

De DOT-systematiek heeft op het criterium kostenbewust gedrag een neutraal effect. Dit komt omdat er sprake is van een positief effect en een negatief effect. Het positieve effect wordt veroorzaakt doordat zorgaanbieders streven naar kostenbeheersing binnen de zorgbundel. De vergoeding voor een zorgaanbieder staat binnen de DOT-systematiek namelijk vast, ongeacht de hoogte van de kosten. Hierdoor stijgt het resultaat van een zorgaanbieder indien hij zijn kosten weet te reduceren. Het negatieve effect wordt veroorzaakt doordat er sprake is van een perverse prikkel tot volume. Dit wordt veroorzaakt doordat er een verband bestaat tussen het aantal DOT's wat een zorgaanbieder uitvoert en de hoogte van zijn vergoeding. Dit verband leidt tot een prikkel tot overbehandeling of onnodig dure zorg.

Voor het criterium kwaliteit is vastgesteld dat de DOT-systematiek een neutraal effect heeft op het criterium kwaliteit. Dit komt doordat er sprake is van een negatieve en een positieve prikkel. De negatieve prikkel wordt veroorzaakt, doordat de zorgaanbieders een hogere vergoeding ontvangen indien een patiënt vaker op consult komt. Hierdoor ontvangen zorgaanbieders een extra vergoeding wanneer ze bij de eerste behandeling onvoldoende kwaliteit leveren waardoor de patiënt heropgenomen moet worden. De positieve prikkel wordt veroorzaakt doordat bij ieder consult (onder andere) de DAS-28 score wordt gemeten en mede door deze uitkomst een van tevoren vastgesteld zorgpad wordt gevolgd.

Op het criterium innovatie heeft de DOT-systematiek een positief effect. Dit effect wordt veroorzaakt doordat zorgaanbieders gestimuleerd worden om kosteneffectieve proces- en productinnovatie toe te passen. Ze worden hiertoe gestimuleerd doordat er binnen de DOT-systematiek geen verband bestaat tussen de hoogte van de kosten en de inkomsten. Hierdoor ontvangen de zorgaanbieders een vaste vergoeding per uitgevoerde DOT. Door deze vaste vergoeding zal het resultaat van een zorgaanbieder stijgen indien hij de kosten van het uitvoeren van een DOT weet te reduceren door het toepassen van innovatie. Doordat er geen verband is tussen de bekostiging en de gezondheidsuitkomsten van de patiënt wordt innovatie, die gericht is om de kwaliteit te verbeteren, niet gestimuleerd.

De DOT-systematiek heeft op het criterium coördinatie en/of substitutie een negatief effect. Dit komt allereerst doordat het een monopolistische manier van bekostiging is, waardoor coördinatie met andere zorgaanbieders niet wordt gestimuleerd en beloond. Daarnaast zorgt de DOT-systematiek voor een perverse volume prikkel, waardoor zorgaanbieders zoveel mogelijk DOT's zelf uit willen voeren. Dit gaat ten koste van het toepassen van substitutie naar andere zorgaanbieders.

Voor het criterium toegankelijkheid is vastgesteld dat de DOT-systematiek een neutraal effect heeft. Dit komt doordat er sprake is van een negatieve en een positieve prikkel. De negatieve prikkel wordt veroorzaakt doordat er binnen de DOT-systematiek is sprake van een gevaar van risicoselectie. Dit gevaar van risicoselectie kan de toegankelijkheid beperken omdat zorgaanbieders zich enkel kunnen richten op patiënten met een lager dan gemiddelde ziekteactiviteit. Dit is aantrekkelijk omdat dit kan leiden tot lagere behandelkosten, terwijl de inkomsten gelijk blijven. Tegenover het gevaar van risicoselectie staat dat de DOT-systematiek aanzet tot productiviteit, waardoor er een zeer beperkte kans op wachttijden bestaat. Deze beperkte kans op wachttijden vergroot de toegankelijkheid.

§ 6.4 Te verwachten effecten van een abonnementssysteem

Na het vaststellen van de effecten van de DOT-systematiek is deelvraag vier beantwoord: “Wat zijn de te verwachten effecten van een abonnementssysteem op de criteria van goede zorg voor *Reuma Arthritis patiënten en hoe kunnen deze worden verklaard?*” Voor het beantwoorden van deze deelvraag zijn vijf hypothesen opgesteld welke zijn getoetst bij de respondenten.

Hypothese één stelt dat het de verwachting is dat de invoering van een abonnementssysteem een zeer positief effect heeft op het criterium kostenbewust gedrag. Uit de antwoorden van de respondenten is op te maken dat er steun is voor deze hypothese. De respondenten verwachten namelijk dat de invoering van een abonnementssysteem een positief tot zeer positief effect heeft op het criterium kostenbewust gedrag. Deze verwachting is gebaseerd op drie argumenten. Allereerst stellen de respondenten dat het bij een abonnementssysteem niet loont om extra verrichtingen uit te voeren. Hierdoor is er binnen een abonnementssysteem geen prikkel tot overbehandeling of onnodig dure zorg. Ten tweede bestaat er binnen een abonnementssysteem geen relatie tussen de kosten en de opbrengsten van een zorgaanbieder. Hierdoor zullen zorgaanbieders actief op zoek gaan naar besparingen om het bedrijfsresultaat van de zorgaanbieder te vergroten. Ten derde biedt een abonnementssysteem (indien door de patiënt gewenst) de mogelijkheid tot bekostiging op basis van beschikbaarheid. Dit houdt in dat zorgaanbieders en patiënten met een stabiele ziekteactiviteit af kunnen spreken om niet periodiek een bezoek aan de reumatoloog te brengen, maar alleen als de ziekteactiviteit hier aanleiding tot geeft. Dit kan ertoe leiden dat het aantal bezoeken van patiënten met een stabiele ziekteactiviteit afneemt, wat bevorderlijk is voor het criterium kostenbewust gedrag.

De tweede hypothese stelt dat het de verwachting is dat de invoering van een abonnementssysteem een neutraal effect heeft op het criterium kwaliteit. De respondenten geven aan dat ze verwachten dat de invoering van een abonnementssysteem een neutraal tot positief effect heeft op het criterium kwaliteit. Hierdoor kan geconcludeerd worden dat ook voor de tweede hypothese steun te vinden is onder de respondenten. De respondenten verwachten dat er een neutraal tot positief effect wordt gecreëerd, omdat er sprake is van een positieve prikkel en een negatieve prikkel op het criterium kwaliteit. De positieve prikkel wordt veroorzaakt doordat er binnen een abonnementssysteem geen sprake is van een prikkel tot overbehandeling. Hierdoor worden alleen verrichtingen uitgevoerd die medisch noodzakelijk zijn. De negatieve prikkel wordt veroorzaakt doordat zorgaanbieders actief op zoek gaan naar besparingen waardoor ze het aantal uit te voeren verrichtingen willen minimaliseren. Dit kan leiden tot een prikkel tot onderbehandeling, wat een negatief effect heeft op de kwaliteit van de dienstverlening. De respondenten stellen echter dat het de verwachting is dat het gevaar van onderbehandeling bij de ziekte *Reuma Arthritis* geminimaliseerd kan worden. Dit komt omdat de ziekteactiviteit en kwaliteit van behandelingen middels verschillende (al bestaande) indicatoren inzichtelijk gemaakt kan worden. Hierbij kan gedacht worden aan de DAS-28 score, patiënttevredenheid en de Consumer Quality Index. Het is de verwachting van de respondenten dat, indien de scores op deze verschillende kwaliteitsindicatoren gedeeld worden met de zorgverzekeraar, het gevaar van onderbehandeling kan worden geminimaliseerd. Dit komt omdat zowel de zorgaanbieder als de zorgverzekeraar middels deze informatie vast kan stellen of er sprake is van onderbehandeling en waar nodig kan ingrijpen.

Verondersteld wordt bij hypothese drie dat de invoering van een abonnementssysteem een positief effect heeft op het criterium innovatie. Voor deze hypothese is steun te vinden onder de respondenten. De respondenten stellen namelijk dat het de verwachting is dat een abonnementssysteem een positief tot zeer positief effect creëert op het criterium innovatie. Dit komt door twee verschillende redenen. Allereerst hebben zorgaanbieders binnen een abonnementssysteem veel vrijheid om de behandeltrajecten naar eigen inzicht in te richten. Binnen een

abbonementssysteem gelden hiervoor zeer weinig beperkingen en worden de zorgaanbieders alleen afgerekend op de geleverde kwaliteit. Het is hierdoor de verwachting dat een abbonementssysteem leidt tot de ontwikkeling van nieuwe manieren van zorg, zoals e-Health toepassingen. Het is de verwachting dat de ontwikkeling van nieuwe manieren van zorg een positief effect heeft op het criterium innovatie. De tweede reden komt doordat een zorgaanbieder binnen een abbonementssysteem een vast bedrag per patiënt ontvangt. Hierdoor weten zorgaanbieders wat de inkomsten per patiënt zijn, wat zorgt voor een bepaalde mate van bedrijfseconomische rust. De respondenten geven aan dat dit een belangrijke voorwaarde is om innovatie toe te kunnen passen. Hierdoor stellen de respondenten dat bedrijfseconomische rust een positief effect heeft op het criterium innovatie.

Hypothese vier A stelt dat het de verwachting is dat de invoering van een abbonementssysteem een positieve invloed heeft op het gebied van substitutie. Hypothese vier B stelt dat het de verwachting is dat de invoering van een abbonementssysteem een neutraal effect heeft op het gebied van coördinatie. Voor beide hypothesen is onder de respondenten steun te vinden. De respondenten stellen namelijk dat een abbonementssysteem een positief effect heeft op het gebied van substitutie en een neutraal effect heeft op het gebied van coördinatie. Voor het criterium coördinatie en/of substitutie verwachten de respondenten dat de invoering van een abbonementssysteem een neutraal tot positief effect heeft. Dit komt omdat de respondenten verwachten dat door een abbonementssysteem de substitutie van zorg naar de patiënt of de eerste lijn wordt bevorderd. De substitutie van zorg wordt volgens de respondenten bevorderd omdat een abbonementssysteem leidt tot het ontwikkelen van nieuwe vormen van zorg die eventueel uitgevoerd kunnen worden door andere partijen. Daarnaast wordt de prikkel tot substitutie verder versterkt omdat besparingen binnen een abbonementssysteem ten goede komen aan de eigen organisatie. Hierdoor zullen zorgaanbieders eerder geneigd zijn substitutie toe te passen indien dat leidt tot het verlagen van de kosten. Doordat substitutie vaak wordt toegepast om de kosten te reduceren, bestaat er ook een verband tussen substitutie en het criterium kostenbewust gedrag. Daarnaast bestaat er ook een verband tussen substitutie en het criterium innovatie, omdat zonder innovatie geen nieuwe vormen van zorg kunnen worden ontwikkeld. Er is sprake van een neutraal effect op het gebied van coördinatie omdat een abbonementssysteem een monopolistische manier van bekostiging is. Hierdoor is de bekostiging gericht op één enkele ziekte wat coördinatie tussen verschillende zorgaanbieders bemoeilijkt.

De vijfde hypothese veronderstelt dat een abbonementssysteem een negatief effect heeft op het criterium toegankelijkheid. Onder de respondenten is voor deze hypothese geen steun te vinden. De respondenten verwachten namelijk dat de invoering van een abbonementssysteem een neutraal effect heeft op het criterium toegankelijkheid. Dit komt omdat de respondenten verwachten dat een abbonementssysteem leidt tot een positieve en een negatieve prikkel op het criterium toegankelijkheid. De positieve prikkel wordt veroorzaakt doordat de kans op wachttijden binnen een abbonementssysteem zeer beperkt is, omdat zorgaanbieders per patiënt een vergoeding ontvangen. Hierdoor is het de verwachting dat zorgaanbieders patiënten zo snel mogelijk willen helpen omdat vanaf dat moment het abbonementstarief wordt ontvangen. De negatieve prikkel komt doordat er een grote kans is binnen een abbonementssysteem op het toepassen van risicoselectie. Dit komt doordat er geen relatie bestaat tussen de inkomsten en de kosten van een zorgaanbieder. Hierdoor is het lonend voor een zorgaanbieder om zich te richten op patiënten met een minder dan gemiddelde zorgvraag, omdat dit ook leidt tot lagere kosten. De respondenten stellen dat het gevaar van risicoselectie geminimaliseerd kan worden indien de zorgaanbieder kenmerken van de populatie inzichtelijk moet maken voor de zorgverzekeraar. De respondenten stellen dat op deze manier niet langer sprake is van een informatie-asymmetrie tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar. Hierdoor ontstaat er een gezonde principaal-agent relatie, waardoor de kans op risicoselectie klein is. Doordat eerder onderzoek inzicht heeft gegeven in de kenmerken van een gemiddelde Reuma Artritis

populatie, is het bij de ziekte Reuma Artritis mogelijk om aan te tonen dat er geen risicoselectie wordt toegepast door de zorgaanbieder.

§ 6.5 Antwoord op de hoofdvraag

De vraagstelling voor dit onderzoek luidt: *“Waarom verschillen de effecten van de DOT-systematiek van de te verwachten effecten van een abonnementssysteem op de zorg voor patiënten met de diagnose Reuma Artritis in de Sint Maartenskliniek en leidt de invoering van een abonnementssysteem daardoor tot het verbeteren van de doelen van de “triple-aim”?”*

Het is de verwachting dat de invoering van een abonnementssysteem zorgt voor een verbetering op het criterium kostenbewust gedrag van neutraal naar positief tot zeer positief. Dit komt onder andere door het verdwijnen van de perverse volume prikkel waardoor het gevaar tot overbehandeling en onnodig dure zorg verdwijnt. Ook de verwachting dat zorgaanbieders binnen een abonnementssysteem het aantal verrichtingen willen verminderen levert hier een bijdrage aan. Daarnaast zorgt een abonnementssysteem ervoor dat patiënten met een stabiele ziekteactiviteit, in tegenstelling tot de DOT-systematiek, niet verplicht periodiek op consult bij de zorgaanbieder hoeven te komen.

Voor het criterium kwaliteit is het de verwachting dat de invoering van een abonnementssysteem leidt tot een verbetering van de score van neutraal naar neutraal tot positief. Dit komt voornamelijk doordat de prikkel tot overbehandeling verdwijnt. Hiervoor in de plaats ontstaat het risico op onderbehandeling. Volgens de respondenten is het bij het ziektebeeld Reuma Artritis echter mogelijk dit risico te minimaliseren door gebruik te maken van bestaande indicatoren voor kwaliteit.

Verwacht wordt dat het criterium innovatie door de invoering van een abonnementssysteem verbetert van positief naar positief tot zeer positief. Dit komt omdat zorgaanbieders niet langer gebonden zijn aan bestaande DOT's voor het ontvangen van een vergoeding, waardoor nieuwe vormen van zorg kunnen worden ontwikkeld. Ook verwachten de respondenten dat een abonnementssysteem meer bedrijfseconomische rust creëert, waardoor zorgaanbieders eerder innovatie durven toe te passen.

Een abonnementssysteem zorgt ervoor dat het criterium coördinatie en/substitutie verbetert van negatief naar neutraal tot positief. Dit komt omdat een abonnementssysteem substitutie naar de patiënt of de eerste lijn bevordert. Dit wordt bevorderd doordat zorgaanbieders op deze manier de kosten kunnen reduceren en een abonnementssysteem zorgt voor de ontwikkeling van nieuwe vormen van zorg. Op het gebied van coördinatie is de score van de twee bekostigingssystemen gelijk.

Het is de verwachting dat de invoering van een abonnementssysteem geen veranderingen veroorzaakt op het criterium toegankelijkheid. Dit komt allereerst doordat binnen beide bekostigingssystemen het gevaar bestaat dat zorgaanbieders risicoselectie toepassen. Hoewel dit gevaar binnen een abonnementssysteem groter is, kan dit beperkt worden door de informatie-asymmetrie tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder te beperken. Daarnaast is de kans op wachttijden binnen beide bekostigingssystemen zeer beperkt omdat zorgaanbieders binnen beide systemen zoveel mogelijk patiënten willen helpen.

Geconcludeerd kan worden dat een abonnementssysteem leidt tot een betere score op vier van de vijf onderzochte criteria. De score op één criteria blijft gelijk. Het is hierdoor de verwachting dat een abonnementssysteem een grote bijdrage kan leveren dan de DOT-systematiek aan het bereiken van de doelen van “triple aim” voor Reuma Artritis patiënten van de Sint Maartenskliniek. Aan de Sint Maartenskliniek wordt daarom aanbevolen om in de toekomst ook met andere zorgverzekeraars gebruik te maken van een abonnementssysteem.

Hoofdstuk 7: Discussie

In dit hoofdstuk wordt een reflectie gegeven op het onderzoek (§7.1). Hierbij wordt allereerst ingegaan op de gekozen theorieën. Vervolgens wordt ingegaan op de invloed van de gekozen onderzoeksmethodiek op het onderzoek. Tot slot wordt er een reflectie gegeven op de resultaten. Wanneer de reflectie op het onderzoek is gegeven, worden de beperkingen van dit onderzoek besproken (§7.2). Hierbij worden ook aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek.

§ 7.1 Reflectie op het onderzoek

§ 7.1.1 Reflectie op de theorie

De in hoofdstuk twee aangedragen theorieën zijn relevant gebleken voor het beantwoorden van de deelvragen en onderzoeksvraag van dit onderzoek. In dit onderzoek is allereerst ingegaan op welke waarden van belang zijn binnen de publieke sector. Hierbij is vastgesteld dat dit de Sigma, Theta en Lambda typen waarden zijn. Na het vaststellen van deze drie waarden zijn verschillende criteria vastgesteld waaraan een bekostigingssysteem dient te voldoen om de gestelde doelen van de “triple aim” te behalen. Door de beperkte tijd en omvang van dit onderzoek is het niet mogelijk gebleken te achterhalen of de Lambda type waarden in deze criteria voldoende zijn geborgen. Hierdoor is het onduidelijk of het systeem zich in ongunstige omstandigheden snel weet aan te passen. Er dient daarom verder onderzoek gedaan te worden om te achterhalen of de Lambda type waarden voldoende zijn geborgd binnen de vastgestelde criteria voor goede zorg voor Reuma Arthritis patiënten.

Het vaststellen van de criteria waaraan een bekostigingssysteem dient te voldoen heeft geresulteerd in vijf criteria. De respondenten geven aan dat deze vijf criteria alle aspecten omvatten die bij een bekostigingssysteem van belang zijn. Hierdoor is te concluderen dat deze criteria door de respondenten volledig zijn geacht. Hierdoor zijn er tijdens de interviews geen nieuwe criteria besproken. Na het vaststellen van de criteria waaraan een bekostigingssysteem dient te voldoen, is op basis van de literatuur achterhaald wat het effect van de DOT-systematiek op deze vijf criteria is. De vastgestelde effecten en mechanismes van de DOT-systematiek, die zijn besproken tijdens de interviews, zijn door de respondenten erkend en bevestigd.

§ 7.1.2 Reflectie op de gekozen onderzoeksmethodiek

Om de hypotheses te toetsen is gebruikt gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksmethodiek. Er is voor deze onderzoeksmethodiek gekozen omdat het de onderzoeker in staat stelt dieper in te gaan op de betekenisgeving van de respondent. Dit zorgt ervoor dat de onderzoeker de mogelijkheid heeft gekregen om te achterhalen waarom een respondent een bepaald effect van het abonnementssysteem verwacht. Door te kiezen voor kwalitatief onderzoek is de interne validiteit van dit onderzoek gewaarborgd. De keuze voor kwalitatief onderzoek heeft als gevolg dat de dataverzameling voor dit onderzoek intensief en tijdrovend is. Dit heeft invloed gehad op het aantal respondenten dat bij dit onderzoek kon worden betrokken. Voor het selecteren van de respondenten zijn alle medewerkers van de Sint Maartenskliniek, die betrokken zijn bij de invoering van een abonnementssysteem, met succes benaderd. Daarnaast is ook de betrokken zorginkoper van zorgverzekeraar VGZ geselecteerd. Hierdoor zijn alle betrokken actoren bij de overeenkomst tussen de Sint Maartenskliniek en zorgverzekeraar VGZ vertegenwoordigd in de groep van tien respondenten.

Naast alle betrokken actoren is getracht de groep respondenten verder uit te breiden met personen die niet werkzaam zijn bij de Sint Maartenskliniek of zorgverzekeraar VGZ. Voor het selecteren van mogelijke respondenten is als voorwaarde gesteld dat deze personen over een grote mate van deskundigheid over de effecten van verschillende bekostigingssystemen in de zorg dienen te beschikken. Ook is als voorwaarde gesteld dat de respondenten zich een voorstelling moeten kunnen maken over welke effecten te verwachten zijn wanneer er gebruik wordt gemaakt van een abonnementssysteem. Om dit te kunnen doen is een grote hoeveelheid ervaring vereist op bestuurlijk en/of strategisch niveau binnen de zorg. Hierdoor is het alleen mogelijk geweest om experts uit de

gezondheidszorg te benaderen waardoor de groep mogelijke kandidaten zeer beperkt is. Doordat er bij de onderzoeker geen andere studies of projecten bekend zijn waar gebruik wordt gemaakt van een abonnementssysteem is het ook moeilijk andere partijen te interesseren. Uiteindelijk waren er drie experts binnen de gezondheidszorg bereid om mee te werken aan het onderzoek. Doordat onder andere de Directeur Generaal Curatieve Zorg en de Voorzitter Raad van Bestuur van CZ bereid waren om hun medewerking aan het onderzoek te verlenen, kan geconcludeerd worden dat aan bij het selecteren van respondenten aan de gestelde voorwaarden is voldaan. Het vinden van andere respondenten met deze deskundigheid en bestuurlijke ervaring is door de beperkte grootte van deze groep helaas onmogelijk gebleken. Doordat bij het selecteren van de respondenten gebruik is gemaakt van “snowbal sampling” bestaat het gevaar dat respondenten verwijzen naar andere respondenten die dezelfde denkbeelden hebben als de respondent die de onderzoeker doorverwijst. Hierdoor ontstaat het risico dat de resultaten niet representatief zijn.

Doordat (voor zover bekend) de Sint Maartenskliniek en VGZ de eerste partijen zijn die voor de bekostiging van een chronische ziekte gebruik maken van een abonnementssysteem, is het niet mogelijk andere respondenten te selecteren om te vragen waarom zij een bepaald effect van een abonnementssysteem verwachten. Voor de verder aanvulling van de groep respondenten is daarom getracht respondenten te benaderen die belangrijke posities bekleden binnen de Nederlandse gezondheidszorg, omdat daarvan verwacht mag worden dat deze experts een goede inschatting kunnen maken over de effecten die op kunnen treden bij een abonnementssysteem. Deze opzet is geslaagd doordat onder andere de Directeur-Generaal van het Ministerie van Volksgezondheid en Sport en de voorzitter Raad van Bestuur van zorgverzekeraar CZ bereid zijn gevonden om mee te werken aan dit onderzoek. Doordat alle betrokken actoren van de overeenkomst tussen de Sint Maartenskliniek en VGZ zijn gesproken, aangevuld met belangrijke experts in de Nederlandse gezondheidszorg, is getracht om de best mogelijke inschatting te maken van de te verwachten effecten van het abonnementssysteem.

De data zijn tijdens de interviews op een consistente manier verworven doordat er van tevoren een interviewgide is opgesteld. Deze interviewgide is voorafgaand aan het empirisch onderzoek voorgelegd aan twee andere onderzoekers om de validiteit te vergroten. Na elf gehouden interviews is tijdens dit onderzoek het verzadigingspunt bereikt, waarna vervolgens voor de zekerheid nog twee extra interviews met experts zijn afgenomen.

§ 7.1.3 Reflectie op de resultaten

Het resultaat van dit onderzoek toont aan dat er onder de respondenten steun is voor vier van de vijf geformuleerde hypothesen. De hypothese waarvoor geen steun is onder de respondenten is hypothese vijf, waarbij gesteld wordt dat een abonnementssysteem een negatief effect heeft op het criterium toegankelijkheid. Het ontbreken van steun voor deze hypothese komt doordat volgens de respondenten op het gebied van wachttijden volgens de respondenten een ander mechanisme optreedt dan volgens de theorie wordt verondersteld. In de theorie wordt verondersteld dat een abonnementssysteem een vorm van een budget is. Hierdoor is er volgens de gekozen theorie geen prikkel tot productiviteit waardoor er een kans ontstaat tot wachttijden. Dit wordt door de respondenten niet erkend. De respondenten stellen dat binnen een abonnementssysteem sprake is van een prikkel tot productiviteit omdat zorgaanbieders per patiënt een vergoeding ontvangen. Hierdoor stellen de respondenten dat zorgaanbieders zoveel mogelijk patiënten willen helpen en daarom wachttijden zullen proberen te voorkomen. Het verschil tussen de theorie en de verwachtingen van de respondenten wordt wellicht veroorzaakt doordat de theorie het heeft over wachttijden tussen behandelingen in, terwijl respondenten het voornamelijk hebben over wachttijden tot je terecht kunt voor het eerste consult. Wanneer respondenten werden gevraagd naar wachttijden tussen behandelingen, stelde de respondenten dat opnames of operaties maar incidenteel voorkomen bij de behandeling van de ziekte Reuma Artritis. De respondenten stelden daarnaast dat voornamelijk

het consult tussen de patiënt en reumatoloog van belang is, omdat daar de medicatie aangepast kan worden. De respondenten stellen dat indien hier wachttijden optreden, deze een directe invloed hebben op de ziekteactiviteit van de patiënt en de geleverde kwaliteit van de behandeling. Hierdoor verwachten de respondenten dat de kans op wachttijden klein is.

De overige vanuit de literatuur veronderstelde mechanismes en theorieën worden door de respondenten bevestigd. Dit onderzoek toont hierdoor aan dat het de verwachting is dat voor de criteria kostenbewust gedrag, innovatie en substitutie en/of coördinatie een zeer positief tot positief effect wordt verwacht. Daarnaast toont het onderzoek aan dat voor de criteria kwaliteit en toegankelijkheid een neutraal effect wordt verwacht. Doordat deze uitkomsten overeenkomen met de gestelde hypothesen kan geconcludeerd worden dat onder de respondenten steun is voor vier van de vijf hypothesen. Hierdoor kan geconcludeerd worden dat de aangedragen theorieën en mechanismes relevant zijn voor dit onderzoek.

§ 7.2 Beperkingen van het onderzoek en aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Het doel van dit onderzoek is om te achterhalen welke effecten er worden verwacht bij een abonnementssysteem op de zorg voor Reuma Artritis patiënten van de Sint Maartenskliniek. Doordat nog geen gebruik wordt gemaakt van de bekostiging middels een abonnementssysteem, is het onmogelijk om onderzoek te doen naar de daadwerkelijk effecten die optreden bij een abonnementssysteem. Dit onderzoek pretendeert hierdoor niet dat de resultaten de daadwerkelijke effecten zijn die optreden bij een abonnementssysteem, maar spreekt consequent over verwachtingen. Reuma Artritis patiënten zijn afhankelijk van de geleverde zorg om dagelijks te kunnen functioneren. Hierdoor is het van belang om, ondanks dat het onmogelijk is vast te stellen dat de resultaten de werkelijke effecten zijn, onderzoek te doen naar welke effecten er verwacht worden. Na een periode van twee jaar is het mogelijk om te achterhalen welke effecten er daadwerkelijk opgetreden zijn door de invoering van een abonnementssysteem. Er wordt daarom geadviseerd om over twee jaar een vervolgonderzoek uit te voeren naar de effecten van een abonnementssysteem op de zorg voor Reuma Artritis patiënten van de Sint Maartenskliniek.

Deze studie toont aan dat door de sterke stijging van de kosten voor chronische patiënten het van belang is om voor de bekostiging van chronische patiënten gebruik te maken van een ander bekostigingssysteem. Dit onderzoek toont aan dat voor de bekostiging van de chronische ziekte Reuma Artritis een abonnementssysteem binnen de Sint-Maartenskliniek een grotere bijdrage kan leveren aan het behalen van de doelen van de “triple aim” dan de DOT-systematiek. Dit onderzoek beperkt zich tot één chronische ziekte bij één specifiek ziekenhuis. Het resultaat van dit onderzoek roept vragen op of dit resultaat te verwachten is bij andere chronische ziektes. Ondanks dat dit onderzoek zich beperkt tot de chronische ziekte Reuma Artritis, kan dit onderzoek als basis worden gebruikt om te beoordelen of andere chronische ziektes geschikt zijn voor de bekostiging door een abonnementssysteem. Het onderzoek toont namelijk aan dat een abonnementssysteem vele voordelen kent voor de bekostiging van een chronische ziekte, zoals een positief effect op de criteria kostenbewust gedrag, innovatie en substitutie en/of coördinatie. Het onderzoek toont echter ook aan dat een abonnementssysteem twee gevaren met zich mee brengt, namelijk een prikkel tot onderbehandeling en een gevaar tot risicoselectie. Doordat specifieke kenmerken van het ziektebeeld Reuma Artritis bekend zijn, kunnen deze gevaren worden geminimaliseerd. Zo kan op een objectieve manier de ziekteactiviteit gemeten worden, waardoor bepaald kan worden of er sprake is van onderbehandeling. Ook zijn verschillende kenmerken bekend over de samenstelling van een groep Reuma Artritis patiënten, waardoor vastgesteld kan worden of er sprake is van risicoselectie. Voor de generaliseerbaarheid naar andere chronische ziektes, is het van belang om vast te stellen of achterhaald kan worden of er sprake is van onderbehandeling of risicoselectie. Er wordt daarom geadviseerd om verder onderzoek te doen naar de effecten die optreden wanneer er gebruikt wordt gemaakt van bekostiging door een abonnementssysteem voor andere chronische ziektes.

Het resultaat van dit onderzoek roept ook vragen op of deze effecten ook te verwachten zijn in andere ziekenhuizen. De Sint Maartenskliniek is een gespecialiseerd ziekenhuis in aandoeningen aan het bewegingsapparaat. Dit betekent dat de kans bestaat dat de populatie Reuma Artritis patiënten niet overeen komt met de populatie patiënten in een algemeen of academisch ziekenhuis. Er wordt daarom geadviseerd om verder onderzoek te doen naar de te verwachten effecten van een abonnementssysteem in andere ziekenhuizen. Het is hierbij voornamelijk van belang om te achterhalen in hoeverre de populatie Reuma Artritis patiënten van andere ziekenhuizen ook leidt aan andere (chronische) aandoeningen, omdat dit een belangrijk verschil kan maken in de effecten die op kunnen treden op de vijf criteria van goede zorg voor Reuma Artritis patiënten.

Tijdens het uitvoeren van het onderzoek is gebleken dat de invoering van een abonnementssysteem een gevaar creëert tot onderbehandeling. Vervolgens is vastgesteld dat deze prikkel tot onderbehandeling voorkomen kon worden indien de geleverde kwaliteit op een objectieve manier gemeten kan worden door het gebruik van kwaliteitsindicatoren. Hierbij hebben de respondenten die over specifieke medische kennis beschikken, aangegeven dat bij het ziektebeeld Reuma Artritis sprake is van verschillende indicatoren die de ziekteactiviteit en de kwaliteit van behandelingen op een objectieve manier meten. De onderzoeker is zich ervan bewust dat het gebruik van indicatoren een actueel thema is in de gezondheidszorg en dat dit volgens verschillende wetenschappers problematisch kan zijn. Het is voor de onderzoeker moeilijk in te schatten in hoeverre het gebruik van indicatoren voor het monitoren van de kwaliteit de prikkel tot onderbehandeling kan reduceren. Dit komt doordat de onderzoeker geen medische achtergrond heeft. Daarnaast is het belang van indicatoren pas tijdens de interviews naar voren gekomen, waardoor dit niet mee is genomen in het theoretisch kader. Om voldoende kwaliteit binnen de behandelingen van een abonnementssysteem te borgen, wordt geadviseerd om vervolgonderzoek te doen naar het gebruik van indicatoren om de prikkel tot onderbehandeling tegen te gaan.

Literatuurlijst

- Asselman, F. (2012). *Kostprijzen in ziekenhuizen*. Bohn, Stafleu van Loghum.
- Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The triple aim: care, health, and cost. *Health Affairs*, 27(3), 759-769.
- Bleijenbergh, I. L. (2013). *Kwalitatief onderzoek in organisaties*. Den Haag: Boom Lemma.
- Boeije, H., 't Hart, H., Hox, J. (2009). *Onderzoeksmethoden*. Den Haag: Boom Lemma.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Amsterdam: Boom onderwijs.
- Bryman, A. (2012). *Social research methods*. Oxford University Press Inc. New York.
- Busse, R., Schreyögg, J., & Smith, P. C. (2006). Editorial: hospital case payment systems in Europe. *Health care management science*, 9(3), 211-213.
- Christensen, C. M., Grossman, J. H., & Hwang, J. (2009). *The innovator's prescription. A disruptive solution for health care*. New York: McGraw-Hill.
- Chorus, A. M. J., & Schokker, D. (2010). National monitor on musculoskeletal system 2010. *Leiden: TNO*.
- Davis, J. H., Schoorman, F. D., & Donaldson, L. (1997). Toward a stewardship theory of management. *Academy of Management review*, 22(1), 20-47.
- Dijk, C. E. van. (2012). Changing the GP payment system: do financial incentives matter? = Veranderen van het bekostigingssysteem van huisartsenzorg: doen financiële prikkels er toe?.
- Eijkenaar, F., & Schut, E. (2015). *Uitkomstbekostiging in de zorg: een (on) begaanbare weg?*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Hasaart, F. (2011). Incentives in the Diagnosis Treatment Combination payment system for specialist medical care. *A study about behavioral responses of medical specialists and hospitals in the Netherlands*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Hellinger, F. J. (1996). The impact of financial incentives on physician behavior in managed care plans: a review of the evidence. *Medical care research and review*, 53(3), 294-314.
- Hillman, A. L., Welch, W. P., & Pauly, M. V. (1992). Contractual arrangements between HMOs and primary care physicians: three-tiered HMOs and risk pools. *Medical Care*, 30(2), 136-148.
- Hoeymans, N., Schellevis, F. C., & Wolters, I. (2008). Hoeveel mensen hebben één of meer chronische ziekten. *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, 2.
- Hoeymans, N., Van Loon, A. J. M., & Schoemaker, C. G. (2011). Definitierapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. *RIVM rapport 270241002*.
- Hood, C. (1990). De-Sir Humphreyfying the Westminster model of bureaucracy: a new style of governance?. *Governance*, 3(2), 205-214.
- Hood, C., & Jackson, M. W. (1991). *Administrative argument* (Vol. 5). Aldershot: Dartmouth.
- Gold, M., Nelson, L., Lake, T., Hurley, R., & Berenson, R. (1995). Behind the curve: a critical assessment of how little is known about arrangements between managed care plans and physicians. *Medical Care Research and Review*, 52(3), 307-341.

- Gosden, T., Forland, F., Kristiansen, I., Sutton, M., Leese, B., Giuffrida, A., ... & Pedersen, L. (2000). Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: *effects on the behaviour of primary care physicians*. *The Cochrane Library*.
- Kleef, R. van., Schut, E., & van de Ven, W. (2014). Evaluatie Zorgstelsel en Risicoverevening. Acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet: *succes verzekerd?*.
- Matsaganis, M., & Glennerster, H. (1994). The threat of 'cream skimming' in the post-reform NHS. *Journal of health economics*, 13(1), 31-60.
- National Reuma Arthritis Society. (2016). Geraadpleegd op 14 juni 2016, van <http://www.nras.org.uk/the-das28-score>
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2014). *Advies Bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg: Het 3-segmenten-model*.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2016). DBC-systematiek. [Website] geraadpleegd op <https://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/ziekenhuiszorg/veelgestelde vragen/dbc-systematiek/>.
- Raad voor Volksgezondheid en Zorg. (2010). *Perspectief op gezondheid 20/20*, Den Haag.
- Robinson, J. C. (2001). Theory and practice in the design of physician payment incentives. *The Milbank Quarterly*, 79(2), 149-177.
- Schrijvers, G. (2014). *Zorginnovatie volgens het cappuccinomodel*. Amsterdam: *Thoeris*.
- Sint Maartenskliniek. (2015). Jaarverslag en jaarrekening 2015: *De meest patiëntvriendelijke kliniek van Nederland*. Nijmegen.
- Sint Maartenskliniek. (2016). Sint Maartenskliniek en VGZ intensiveren samenwerking [Persbericht]. Geraadpleegd op <https://www.maartenskliniek.nl/nieuws/persberichten/5664323/>.
- Ursum, J., Rijken, M., Heijmans, M., Cardol, M., & Schellevis, F. (2011). NIVEL Overzichtstudies: zorg voor chronisch zieken: organisatie van zorg, zelfmanagement, zelfredzaamheid en participatie.
- Thiel, S. van. (2007). *Bestuurskundig onderzoek: een methodologische inleiding*. Bussum: Coutinho.
- Thiel, S. van & Hendriks, R. (2014). Aansturing van zelfstandige bestuursorganen door ministeries: stijlverschillen. *Boom Lemma Uitgevers*.
- Woodward, R. S., & Warren-Boulton, F. (1984). Considering the effects of financial incentives and professional ethics on 'appropriate' medical care. *Journal of Health Economics*, 3(3), 223-237.