

# Eerste verkenning effecten hoofdlijnenakkoorden

In opdracht van het Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Johan Visser  
Lydia van 't Veer  
Jori Hoendervanger  
Katlin Gaspar  
Niek Stadhouders  
Xander Koolman  
Jan-Peter Heida

SiRM - Celsus Academie - Talma Institute



Maart 2017

# Impact van hla's vooral op kosten, minder op zorginhoud

Zowel in de MSZ als in de GGZ heeft de Minister van VWS meerdere Hoofdlijnenakkoorden (hla's) afgesloten met de sector. Met deze hla's beoogt de overheid de kosten te beteugelen, zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorgverlening. De hla's zijn vrijwillige akkoorden tussen de zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheid. In deze rapportage beschrijven we een eerste verkenning van de resultaten van de hla's op basis van 9 interviews met aanbieders van medisch specialistische zorg (MSZ) en geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Het doel van dit onderzoek is om een eerste grove inventarisatie te maken van de effecten van de hla's. Welke acties hebben de verschillende partijen doorgevoerd? Het doel van het onderzoek was niet om na te gaan welke specifieke afspraken uit de hla's wel of niet zijn nagekomen.

De geïnterviewde zorgaanbieders geven in meerderheid aan dat de hla's toegevoegde waarde hebben gehad. De impact van de hla's schatten de geïnterviewden wel verschillend in. De hla's hebben veranderingen gefaciliteerd en geholpen in de discussie om als sector gezamenlijk doelstellingen te bepalen. De bestuurders geven aan dat de meeste maatregelen ook genomen zouden zijn zonder de hla's, maar dat de effectiviteit dan lager was geweest. Een belangrijk aspect is dat veel acties die genomen zijn niet direct aan een hla gekoppeld kunnen worden. Daarnaast maken bestuurders niet altijd onderscheid welke acties wel of niet aan de hla's zijn gebonden. In de periode van de hla's zijn namelijk ook andere wijzigingen in wet- en regelgeving doorgevoerd, welke zijn doorvertaald naar beslissingen. Veelal is het een combinatie van de hla's en overige wetgeving die er

toe heeft geleid dat acties zijn ondernomen.

De demping van de kostenontwikkeling komt volgens de geïnterviewden zowel voort uit de plafondafspraken die zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben gemaakt als uit de laagconjunctuur. De hla's hebben hiermee de mogelijkheden geboden om met name de groei te beperken. De bestuurders van zorgaanbieders zijn mede door de hla's in staat gesteld om de contractuele afspraken met zorgverzekeraars door te vertalen naar de interne organisatie. De inhoudelijke agenda van de hla's heeft de noodzakelijke druk gegeven om gepast gebruik en de doelmatigheid van de zorg te verbeteren (quotes 1 en 2).

## MSZ en GGZ

*(1) Voor macrobeheersing is er de zogenaamde 'kurk op de fles' geplaatst. De bestuurder begrijpt dat er vanuit publiek belang sturing op de kostenontwikkeling moet plaatsvinden. Echter, bij de huidige vormgeving komt de inhoud onvoldoende aan bod.*

*(2) De GGZ heeft externe druk nodig om intern veranderingen door te voeren.*

De hla's zijn niet bepalend geweest voor de inhoudelijke agenda (quotes 3-6). In de GGZ was al een hoge mate van consensus over de te nemen maatregelen, zoals substitutie naar lichtere vormen van zorg en extramuralisering. De bestuurders van de ziekenhuizen relateren hun acties om de doelmatigheid te verbeteren niet direct en alleen aan de hla's.

## GGZ

*(3) Er was al consensus over de substitutie en de beddenreductie voorafgaand aan het hoofdlijnenakkoord.*

*(4) De hla's hebben de GGZ structureel veranderd.*

## MSZ

*(5) Binnen het ziekenhuis waren al veel initiatieven om de doelmatigheid te verbeteren.*

*(6) De hla's hebben een belangrijke toegevoegde waarde.*

*Zonder de hla's hadden we niet dezelfde reductie in de groei bereikt. Alleen het macrobeheersingsinstrument (mbi) had niet hetzelfde resultaat gehad. Van het mbi gaat namelijk een verkeerde prikkel uit.*

*(7) De bestuurder geeft aan dat het gewenst is om een inhoudelijke analyse van zorgconsumptie per regio te maken. Deze inhoudelijke analyse biedt inzicht in gewenste regionale budgetten, praktijkvariatie in het zorggebruik en ook in de mogelijkheden voor substitutie.*

Bijna alle bestuurders hebben aangegeven dat een regionaal budget waarin schotten tussen sectoren zijn opgeheven de mogelijkheden om doelmatige afspraken te maken zouden verbeteren. Met dergelijke afspraken kan ongewenste praktijkvariatie, een van de doelstellingen van de hla's, bijvoorbeeld worden tegengegaan (quote 7).

# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>5</b>
1.1	Methode . . . . .	5
1.2	Leeswijzer . . . . .	5
1.2.1	Bevindingen . . . . .	5
1.2.2	Methode . . . . .	6
<b>I</b>	<b>Bevindingen</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>De hla's hebben bijgedragen aan demping van de kostengroei</b>	<b>8</b>
2.1	Geïnterviewden geven aan dat contractafspraken met zorgverzekeraars voornamelijk over kosten gaan; de inhoud zou meer leidend moeten worden . . . . .	8
2.1.1	Huidige contractafspraken gaan voornamelijk over kosten . . . . .	8
2.1.2	Contractafspraken zouden meer over de inhoud moeten gaan . . . . .	12
2.2	Bestuurders geven aan dat ook andere ontwikkelingen substantiële impact hebben op de kostengroei . . . . .	14
2.2.1	Overige ontwikkelingen hebben ook substantiële impact op de gewenste demping van de kostengroei in de MSZ en GGZ. . . . .	14
2.2.2	De conjunctuur heeft ook een belangrijke impact op de groeireductie gehad . . . . .	15
2.2.3	Overbodige capaciteit in ziekenhuizen en instellingen wordt afgebouwd . . . . .	15
<b>3</b>	<b>Inhoudelijke agenda van de hla's is niet leidend geweest</b>	<b>17</b>
3.1	In de hla's is afgesproken dat substitutie moet plaatsvinden om de gewenste volumebeperking te realiseren en kwaliteit en doelmatigheid te vergroten . . . . .	17
3.1.1	Sommige substitutieprojecten zijn succesvol . . . . .	17
3.1.2	Enkele initiatieven waar substitutie centraal staat zijn niet succesvol . . . . .	18
3.1.3	In de GGZ bestond al consensus over de inhoudelijke agenda . . . . .	19
3.2	Volgens bestuurders worden de hla's gebruikt om interne doelmatigheidsverbeteringen door te voeren . . . . .	20
3.2.1	Een deel van de ziekenhuizen gebruikt de hla's om de interne organisatie aan te spreken . . . . .	20
3.2.2	Alle geïnterviewden sturen op doelmatigheid in het voorschrijven van geneesmiddelen en bij diagnostiek . . . . .	20
3.2.3	Interne doelmatigheidsonderzoeken en ontwikkeling van zorgprogramma's stimuleren gepast gebruik in de GGZ . . . . .	21
3.3	Volgens bestuurders komt spreiding en specialisatie van ziekenhuisfuncties beperkt tot stand . . . . .	21

<b>4</b>	<b>Suggesties van bestuurders voor aanscherping van de hla's</b>	<b>23</b>
4.1	De overheid kan haar regierol verbeteren . . . . .	23
4.1.1	De overheid is systeemverantwoordelijke en moet zorgen voor helderheid in de regelgeving . . . . .	23
4.1.2	De introductie van integrale tarieven en de invoer van het hoofdbehandelaarschap hebben niet tot de gewenste verbetering van doelmatigheid geleid . . . . .	24
4.1.3	Heldere regelgeving is noodzakelijk om tot doelmatigheidsverbetering te komen . . . . .	25
4.1.4	Overige gewenste rollen voor de overheid . . . . .	26
4.2	De zorg moet ontschot worden om de doelmatigheid te verbeteren . . . . .	27
4.3	Afspraken uit de hla's moeten worden gemonitord . . . . .	27
<b>II</b>	<b>Methode</b>	<b>28</b>
<b>5</b>	<b>Vormgeving hoofdlijnenakkoorden</b>	<b>29</b>
5.1	Hoofdlijnenakkoorden medisch specialistische zorg . . . . .	29
5.2	Hoofdlijnenakkoorden GGZ . . . . .	30
<b>6</b>	<b>Literatuuronderzoek</b>	<b>31</b>
6.1	Methode en opzet . . . . .	31
6.2	Theoretisch kader: succesfactoren bij vrijwillige afspraken . . . . .	31
6.3	Mogelijke strategieën zorgaanbieders . . . . .	32
6.3.1	Efficiency . . . . .	33
6.3.2	Doorverwijzing (naar andere zorgaanbieder) . . . . .	34
6.3.3	Minder zorgverlening . . . . .	34
6.3.4	Lagere kwaliteit . . . . .	34
6.3.5	Cherry picking . . . . .	35
6.3.6	Beperken aantal behandelingen /wachtlijsten . . . . .	35
6.3.7	Gepast gebruik / praktijkvariatie . . . . .	35
6.3.8	Substitutie . . . . .	36
6.4	Conclusie . . . . .	36
<b>7</b>	<b>Opzet van de interviews</b>	<b>38</b>
<b>8</b>	<b>Literatuur</b>	<b>40</b>

# Hoofdstuk 1

## Inleiding

We hebben in deze verkenning interviews met bestuurders en directeuren van zorgaanbieders gevoerd. Zij staan als het ware tussen alle partijen die gezamenlijk de hla's hebben getekend, en hebben zo een goed beeld van de effecten van de hla's en de inspanningen die partijen hebben geleverd. Het doel van dit onderzoek was niet om na te gaan welke specifieke afspraken uit de hla's al dan niet zijn nagekomen, maar om een eerste indruk van de effecten te krijgen.

### 1.1 Methode

Deze rapportage geeft de inzichten van de geïnterviewde bestuurders weer. De bevindingen vormen een samenvatting van de interviews. De bevindingen van interviews en de quotes opgenomen in het rapport zijn geaccordeerd door de bestuurders. Daarmee geeft de rapportage niet noodzakelijkerwijs de inzichten van SiRM weer.

In dit rapport geven we de belangrijkste bevindingen weer van de interviews aan de hand van de verslagen van de interviews met de zorgaanbieders. We hebben voor dit verkennend onderzoek vijf interviews met bestuurders en directeuren van ziekenhuizen en vier interviews met bestuurders en directeuren van GGZ aanbieders gehouden. De ziekenhuizen zijn verschillend van omvang. We hebben geen bestuurders van UMC's geïnterviewd. In de GGZ betrof het voorheen gebudgetteerde instellingen. De inzichten uit dit onderzoek leiden daarmee niet tot een representatief beeld van alle bestuurders van ziekenhuizen en GGZ-instellingen. De beweringen van de bestuurders hebben we niet bij andere

partijen getoetst. De interviews hebben allemaal op basis van dezelfde structuur plaatsgevonden. Deze structuur is gebaseerd op de resultaten van literatuuronderzoek.

### 1.2 Leeswijzer

In deel I bespreken we de bevindingen en in deel II de opzet van het onderzoek

#### 1.2.1 Bevindingen

In deze rapportage gaan we eerst in op de financiële randvoorwaarden van de hla's (hoofdstuk 2). De geïnterviewden geven aan dat de afgesproken maximale groei in de MSZ en GGZ niet overschreden is. De reductie van de kostengroei komt onder andere door de contractafspraken met de zorgverzekeraars (paragraaf 2.1). Daarnaast hebben ook overige ontwikkelingen, zoals de toenemende administratieve lasten, de conjunctuurontwikkeling en afbouw van overbodige capaciteit impact op de kostengroei (paragraaf 2.2).

Daarna gaan we in op de inhoudelijke afspraken uit de hla's (hoofdstuk 3). De inhoudelijke agenda van de hla's bestaan uit afspraken over substitutie (paragraaf 3.1), verbetering van doelmatigheid (paragraaf 3.2) en afspraken over spreiding en specialisatie (paragraaf 3.3).

Als laatste bespreken we de suggesties van bestuurders voor aanscherping van de hla's (hoofdstuk 4). De geïnterviewden geven aan dat de overheid meer de regierol moet oppakken en dat heldere regelgeving noodzakelijk is om tot

doelmatigheidsverbetering te komen (paragraaf 4.1). Tevens kan de overheid haar rol oppakken in het ontschotten van de zorg (paragraaf 4.2) en om de zorg transparanter te maken (paragraaf 4.3).

### **1.2.2 Methode**

In Deel II geven we een nadere toelichting op de vormgeving van de hoofdlijnenakkoorden in de GGZ en de MSZ en de manier waarop we de interviews hebben uitgevoerd. Daarnaast bevat dit deel het literatuuronderzoek naar het gebruik van convenanten en naar de mogelijkheden om op kosten te besparen dat we voorafgaand aan de interviews hebben uitgevoerd.

# Deel I

# Bevindingen



## Hoofdstuk 2

# De hla's hebben bijgedragen aan demping van de kostengroei

Uit de interviews blijkt dat de hla's een bijdrage hebben geleverd aan de reductie van de kostengroei in de MSZ en de GGZ. Deze demping komt volgens de geïnterviewden zowel voort uit plafonddafspraken die zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben gemaakt als uit de laagconjunctuur. Zorgverzekeraars stimuleren doelmatigheid in de GGZ door sturing op de gemiddelde DBC prijs en door selectieve inkoop. Overige aspecten, zoals hoge administratieve lasten en overbodige capaciteit, werken juist kostenverhogend. Om de inhoudelijke agenda te realiseren, moeten de zorgverzekeraars meer sturen op de inhoud en niet enkel op de kosten.

In de hla's zijn landelijk maximale groeipercentages afgesproken van 2,5% per jaar in 2012 aflopend naar 1,0% per jaar vanaf 2015. Deze groeipercentages zijn exclusief de jaarlijkse indexatie voor loon- en prijsbijstelling. Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk om bij de zorginkoop te letten op doelmatige en gepaste zorg en een beheerste uitgavenontwikkeling. Dit zie je terug in de contracten die zorgaanbieders met de zorgverzekeraars sluiten.

### 2.1 Geïnterviewden geven aan dat contractafspraken met zorgverzekeraars voornamelijk over kosten gaan; de inhoud zou meer leidend moeten worden

Geïnterviewde bestuurders en directeurs van de zorgaanbieders gaven aan dat de gesprekken met de zorgverzekeraars voornamelijk gaan over geld en niet of nauwelijks over de inhoud van de zorg. Meerdere geïnterviewden geven aan dat de zorgverzekeraars meer zouden moeten sturen op de inhoud om zodoende de inhoudelijke afspraken (o.a. gepast gebruik, specialisatie, substitutie) van de hla's ook te realiseren. In de huidige setting vindt voornamelijk sturing plaats op de financiële doelstelling van de hla's, onder andere door plafonddafspraken met doorleverplicht. Zorgverzekeraars stimuleren doelmatigheid onder andere door middel van selectieve inkoop en door het bieden van een voordelige vergoeding voor ambulante ten opzichte van klinische zorg.

#### 2.1.1 Huidige contractafspraken gaan voornamelijk over kosten

De gesprekken met de zorgverzekeraars gaan voornamelijk over geld en niet of nauwelijks over

de inhoud van zorg. Daarnaast worden er verschillende contracten afgesloten met verschillende zorgverzekeraars.

In beide sectoren is er vaak sprake van een doorleverplicht. Dit is een eis die zorgverzekeraars opnemen in de inkoopcontracten waardoor zorgaanbieders na het bereiken van hun budgetplafond verplicht worden zorg te blijven leveren zonder daarvoor kosten in rekening te brengen. Voornamelijk voor kleinere zorgaanbieders kan dit een grote impact hebben op het rond krijgen van de begroting.

### De kosten zijn leidend in de onderhandelingen tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar

Zorgverzekeraars proberen financiële risico's zoveel mogelijk af te wentelen op de ziekenhuizen en focussen in de inkoopgesprekken op de kosten. Het bereiken van de doelstellingen van de hla's vormt echter een gezamenlijke inspanningsverplichting van de sector. Tevens willen zorgverzekeraars, volgens geïnterviewden, vaak kostenbesparingen te snel realiseren. Een geïnterviewde zou graag hierover samen in gesprek gaan en onderzoeken wat natuurlijke momenten zijn om de besparingen verder vorm te geven (quotes 8-10).

#### MSZ

(8) Het gesprek met de zorgverzekeraar gaat voornamelijk over geld (90%) en nauwelijks over de inhoud (10%). Het is daarbij lastig om afspraken te maken over een toename van ons marktaandeel in de buitengebieden. Wij moeten van de zorgverzekeraar onderling met het andere ziekenhuis regelen dat er budget wordt overgeheveld.

(9) De focus van de zorgverzekeraar bij de onderhandeling is op een financiële reductie of een financiële nullijn. Het hla biedt meer ruimte voor groei, namelijk 1,0%. De relatie tussen de focus van de zorgverzekeraar en het hla is voor de bestuurder onduidelijk. Zorgverzekeraars willen over het algemeen slechts kortlopende afspraken maken, mede als gevolg van de steeds wijzigende regelgeving.

(10) Verzekeraars willen vaak te snel op kosten besparen en gaan vaak niet realistisch de onderhandeling in. Door het ziekenhuis en de verzekeraar moeten gezamenlijk natuurlijke momenten worden gevonden om besparingen te realiseren (zoals pensionering of vervanging van een apparaat).

### Door de plafondafspraken met doorleverplicht krijgen de zorgaanbieders niet alle geleverde zorg vergoed

Uit de interviews blijkt dat de zorgaanbieders aparte budgetafspraken maken met alle zorgverzekeraars over het maximale zorgvolume. Het totaalbudget van de plafondafspraken dekt op dit moment de geleverde zorg. Door de plafondafspraken met individuele zorgverzekeraars krijgt de zorgaanbieder niet dit totale budget. Voornamelijk voor kleinere instellingen en ziekenhuizen kan dit zorgen voor niet sluitende begrotingen. Grotere instellingen of ziekenhuizen hebben meer ruimte in de begroting om de fluctuaties in patiënten op te vangen (quotes 11-12)

#### MSZ

(11) De zorgverzekeraar probeert het financiële risico zoveel mogelijk af te wentelen op het ziekenhuis. Hiermee kan de zorgverzekeraar het ziekenhuis dwingen tot een behandelstop. Ondanks het feit dat patiënten naar het ziekenhuis komen met een legitieme zorgvraag, moeten het ziekenhuis en de medisch specialist deze patiënten weigeren, aangezien de zorgverzekeraar op grond van een productieplafond de behandeling door het ziekenhuis niet aan het ziekenhuis vergoedt. Cruciaal is natuurlijk dat de zorgverzekeraar - die de geldkraan dichtdraait - zelf tijdig zijn verzekerden hierover informeert. Nu krijgt het ziekenhuis boze patiënten aan de balie die een behandeling eisen.

(12) In het contract met een andere zorgverzekeraar is een doorleverplicht opgenomen. Echter, door een sterke toename in de hoeveelheid geleverde zorg moet er opnieuw een onderhandeling plaatsvinden. Zorg kan niet worden geleverd zonder dat hier een financiële vergoeding tegenover staat.

Bestuurders in de GGZ kaarten aan dat daarnaast een probleem ontstaat door verschuivingen in het marktaandeel van verzekeraars bij de instelling. Onderproductie bij de ene verzekeraar leidt tot lagere inkomsten en overproductie bij de andere verzekeraar tot hogere kosten die niet gedekt worden. De totale inkomsten sluiten daardoor niet meer aan bij de kosten (quotes 13-14).

#### GGZ

(13) Met alle zorgverzekeraars maakt de instelling aparte budgetafspraken over de maximaal te leveren zorg. Het totaalbudget van de plafondafspraken dekt op dit moment de geleverde zorg. Door de plafondafspraken met individuele zorgverzekeraars krijgt de zorgaanbieder niet dit totale budget. Bij sommige zorgverzekeraars is sprake van een overschrijding en bij andere van een onderschrijding. De overschrijding wordt niet vergoed, de onderschrijding wel gekort.

(14) Binnen de afspraken met zorgverzekeraars is sprake van een doorleverplicht voor patiënten die reeds zorg krijgen van de instelling. Wanneer een budgetplafond is gehaald,

hoeft de instelling geen nieuwe patiënten aan te nemen. Dit vindt de aanbieder een goede afspraak, indien de productieafspraken in de lijn met de zorgvraag ligt.

## Volloop van het plafond wordt zo vroeg mogelijk aangekaart bij de zorgverzekeraar

Enkele geïnterviewden geven aan dat ze een mogelijke overschrijding zo vroeg mogelijk in het jaar aankaarten bij de zorgverzekeraar. De zorgaanbieders gaan dan het gesprek aan met de zorgverzekeraar over de mogelijke oorzaken van de volloop van het plafond. De afspraken in de hla's moeten niet ertoe leiden dat patiënten geen zorg meer kunnen krijgen (quotes 15-17). Uit de literatuur blijkt dat de relatie tussen lagere budgetten en wachtlijsten sterk is. Geen van de bestuurders noemde een toename van wachtlijsten als resultante van plafondoverschrijdingen.

### MSZ

(15) Een voorbeeld van de beperkingen van de huidige wijze in inkoop, is de situatie waarin het plafond gedurende het jaar beperkend blijkt te zijn. In de concrete situatie dat het ziekenhuis het plafond overschreed, leidde de publiciteit over een eventuele opnamestop tot de ophoging van het budget door de zorgverzekeraar. Het ziekenhuis kiest ervoor om transparant te zijn naar de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars en ziekenhuis zitten periodiek om tafel om de volloop van het plafond te bespreken.

### GGZ

(16) De instelling geeft mogelijke overschrijding zo vroeg mogelijk in het jaar aan. De meeste zorgverzekeraars staan dan wel open voor een gesprek hierover. Een toets of het passende zorg betreft, is dan wel vaak aan de orde. Zorgverzekeraars denken in toenemende mate met ontwikkelingen voor de toekomst mee t.b.v. meerjarenafspraken, onder andere over de kwaliteit, de klantbeleving, de effectiviteit van zorg en welke zorg elders geleverd dient te worden.

(17) De oorzaak van de overschrijding van het aantal patiënten zoekt de zorgverzekeraar vaak enkel bij de instelling en niet bij overige partijen, zoals de eerste lijn. Bij overschrijding krijgt de instelling vaak de vraag van de zorgverzekeraar hoe het geregeld is in de regio, neemt de instelling niet te veel zorg over van de eerste lijn?

## In contracten met zorgverzekeraars worden afspraken gemaakt over marges voor krimp en groei.

Een geïnterviewde geeft aan dat er per zorgverzekeraar specifieke afspraken met het ziekenhuis gemaakt worden. In de contracten verschillen bijvoorbeeld de afspraken hoe om te gaan met groei in geleverde zorg. Deze groei kan dan

de in de hla's afgesproken landelijke maximale groei van 1,0% overstijgen (quote 18).

### MSZ

(18) Het ziekenhuis heeft in verband met de (ver)nieuwbouw een meerjarencontract met een zorgverzekeraar afgesproken. In het contract zijn marges voor krimp en groei afgestemd.

## Spreiding en concentratie van topklinische en topreferente zorg mag niet leiden tot beperking toegankelijkheid van reguliere MSZ

In de hla's is afgesproken dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars spreiding en specialisatie van ziekenhuisfuncties zullen bewerkstelligen waar dit vanuit kwaliteit, doelmatigheid en innovatie wenselijk is. Enkele geïnterviewden merken dat de zorgverzekeraars verschillende afspraken met verschillende (soorten) ziekenhuizen maken. De UMC's en topklinische ziekenhuizen zouden de kosten van de reguliere medisch specialistische zorg opdrijven. De concentratie van topklinische zorg en beperking van het aantal expertisecentra zou volgens de geïnterviewden een belangrijk agendapunt moeten zijn. De toegankelijkheid van reguliere zorg mag hier niet onder lijden. De overheid en zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk om de toegankelijkheid van de zorg te garanderen (quotes 19 en 20).

### MSZ

(19) De bestuurder merkt op dat zorgverzekeraars blijkbaar een verschillend beleid voeren ten aanzien van UMC's en STZ-ziekenhuizen. De topreferente en het topklinische portfolio bedraagt slechts 10 tot maximaal 15% van de totale medisch specialistische zorg in Nederland en toch zijn er onder de 85 ziekenhuizen in Nederland 8 UMC's en 26 topklinische ziekenhuizen met een zware infrastructuur, die kosten van de reguliere medisch specialistische zorg enkel maar opdrijven. De concentratie van deze - in volume beperkte - complexe zorg en beperking van expertisecentra zou een belangrijk agendapunt moeten zijn. De zorgvraag van chronisch zieken en kwetsbare ouderen en de toegankelijkheid van reguliere zorg mag hier niet onder lijden.

(20) Bestuurders geven aan dat marktwerking volgens hen niet geschikt is voor de gehele zorg. Om doelmatige en betaalbare zorg te kunnen leveren, is er een meer inhoudelijke benadering nodig die voortkomt uit samenwerking van zorgprofessionals. Voor sommige vormen van zorg wil je dat dichtbij georganiseerd kan worden, terwijl andere zorg juist meer gespecialiseerd kan worden. Gereguleerde marktwerking vormt niet voor alle vormen van zorg het juiste mechanisme.

Eerste verkenning effecten hoofdlijnenakkoorden

## Zorgverzekeraars stimuleren doelmatigheid door sturing op de gemiddelde DBC-prijs en door selectieve inkoop

Alle geïnterviewden in de GGZ geven aan dat de zorgverzekeraars de doelmatigheid zoals afgestemd in de hla's stimuleren door sturing op de gemiddelde DBC-prijs en door selectieve inkoop (quotes 21-26). Vanuit de literatuur wordt genoemd dat efficiëntie kan plaatsvinden door opnamedagen te verminderen of te besparen op overhead en verbetering van de operationele processen. De rol die de zorgverzekeraars hierin hebben opgepakt wordt als positief ervaren door de bestuurders. Er moet echter wel rekening gehouden worden met de casemix, anders kan het voorkomen dat de gemiddelde kostprijs van een behandeling hoger is dan de vergoeding. In een uiterlijk geval kan dit ertoe leiden dat de kwaliteit, veiligheid en innovatiekracht van de zorg niet op een hoger niveau komt, zoals wel afgesproken in de hla's.

### GGZ

(21) De geïnterviewde is positief over de rol die de zorgverzekeraars hebben opgepakt met betrekking tot selectieve inkoop. Het is belangrijk dat de selectieve inkoop tot stand komt door middel van een gesprek met de zorgprofessionals. Hierdoor ontstaat een cyclische verbetering, zoals de concentratie van hoog specialistische zorg en keuzes in het aanbodportfolio.

(22) Zorgverzekeraars zijn in het verleden niet altijd trouwe akkoordpartners geweest. De laatste tijd hebben zij hun rol goed opgepakt. Hierdoor kunnen afspraken tot verbetering van de doelmatigheid gemaakt worden. Als voorbeeld geeft de bestuurder de sturing op de gemiddelde DBC prijs. Hierdoor ontstaat druk bij de aanbieder om de zorg doelmatig te leveren.

(23) Het kan voorkomen dat de gemiddelde kostprijs van een behandeling hoger is dan de gemiddelde vergoeding. Gegeven de portfolio van de instelling is het soms niet mogelijk om de behandeling te geven voor het gemiddelde tarief.

(24) De zorgverzekeraars hebben een behoorlijke invloed op de bedrijfsvoering gehad. Na de invoering van het hla is er meer aandacht besteed aan de transparantie van zorg (de instelling is minder een black box), de samenwerking met de eerste lijn en aandacht voor ambulantisering.

(25) Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor de zorg aan de patiënt. Zorgverzekeraars stellen zich overwegend verantwoordelijk op, er is bijvoorbeeld soms extra geld beschikbaar om de lange wachtlijsten te verminderen.

(26) Een deel van de zorgverzekeraars wil kostenefficiënte en kwalitatief goede zorg inkopen. Andere zorgverzekeraars focussen meer op zorgpaden/zorgprogramma's. Een derde optie is om te sturen op een budgetplafond los van kwaliteit. Zilveren Kruis is begonnen met de prestatiein-

koop van verslavingszorg en depressiezorg. Om in aanmerking te komen voor een contract voor specifieke vormen van zorg moet een GGZorganisatie bij de verzekeraar aantonen dat de geleverde zorg kostenefficiënt en van hoge kwaliteit is.

De bestuurders denken wisselend over het transparant maken van de tarieven. In een interview werd aangegeven dat het transparant maken van de tarieven voor de consument niet gaat werken omdat het te complex is. Een andere bestuurder gaf aan dat zij juist vinden dat de tarieven transparanter moeten worden (quotes 27-28).

### MSZ

(27) Verder zou het de zorg ten goede komen wanneer alle afgesproken tarieven tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars openbaar zouden worden, bijvoorbeeld door het publiceren van prijslijsten op de websites van de zorgaanbieders. De informatieasymmetrie zou hiermee afnemen. Het ziekenhuis is daarom grote voorstander om deze tarieven op haar website te publiceren. De zorgverzekeraar was hier echter geen voorstander van.

(28) Het vermelden van declaraties en prijzen op de rekening voor de consument werkt mogelijk tegengesteld. De productstructuur is door de complexiteit niet herkenbaar voor de patiënt.

## Verkoopteams dragen bij aan de contractonderhandelingen met de zorgverzekeraars

Twee geïnterviewden geven aan dat ze een verkoopteam met artsen hebben opgezet om de onderhandeling met de zorgverzekeraar beter te laten verlopen. Hierdoor richt het zorginkoopproces zich meer op de inhoud, in plaats van enkel op de kosten. Dit stimuleert doelmatige zorginkoop en past binnen de doelstellingen van de hla's. In de hla's is afgesproken dat zorgaanbieders transparant zijn over de geleverde 'gepaste en doelmatige zorg' richting patiënten, zorgverzekeraars en overheid (quotes 29 en 30).

### MSZ

(29) Onderdeel hiervan is het opzetten van een verkoopteam om de onderhandelingen met de zorgverzekeraars beter te laten verlopen. In dit verkoopteam zijn onder andere artsen aangesloten die training hebben gehad in het voeren van onderhandelingen.

### GGZ

(30) De aanbieder streeft naar een reductie in de overhead. Wel heeft de aanbieder een afdeling verkoop ingericht. Deze afdeling is effectief. De extra overhead wordt ruimschoots vergoed door de extra middelen die deze afdeling oplevert.

Eerste verkenning effecten hoofdlijnenakkoorden

(31) Een maatregel die de zorgverzekeraars hebben getroffen is een betere prijs te bieden voor ambulante zorg. Hierdoor werd het voor de instelling aantrekkelijker om deze patiënten te ambulantisieren.

## Zorgverzekeraars hebben een faciliterende rol bij substitutie naar de ambulante zorg

Een geïnterviewde geeft aan dat zorgverzekeraars een faciliterende rol hebben opgepakt bij de ambulantisering. De zorgverzekeraars hebben dit onder andere gefaciliteerd door een betere prijs aan te bieden voor ambulante dan voor klinische zorgproducten (quote 31).

### 2.1.2 Contractafspraken zouden meer over de inhoud moeten gaan

De geïnterviewden zouden graag enkele aanpassingen in de contractafspraken zien. Zo zouden er andere prikkels moeten komen in de contracten en moet er meer gestuurd worden op de inhoud. Dit zorgt voor meer gepast gebruik en verhoogt de kwaliteit van zorg. Dit zijn belangrijke aspecten van de hla's.

### Zorgverzekeraars moeten meer sturen op de inhoud van zorg bij zorginkoop

Uit de interviews blijkt dat het gewenst is dat zorgverzekeraars meer aandacht besteden aan de inhoud bij de zorginkoop. Zorgverzekeraars moeten leren op inhoud te sturen.

Een geïnterviewde geeft aan dat zorgverzekeraars de budgetten van ziekenhuizen niet bepalen op basis van de inhoud van de geleverde zorg. De bestuurder zou graag zien dat de zorgverzekeraars hier meer op gaan sturen (quote 32).

#### MSZ

(32) Vanuit historisch perspectief is de zorgverzekeraar niet gewend om de budgetten van ziekenhuizen te bepalen op basis van de inhoud van de geleverde zorg. Het verdient aanbeveling dat zorgverzekeraars dit meer gaan doen. Er wordt echter nog altijd veelal gewerkt met budgetplafonds, waarbij het ziekenhuis heeft kunnen afspreken dat ze geen doorleverplicht kennen. Ook zit er een spanningsveld tussen het meerjarige perspectief van de hoofdlijnenakkoorden en de voornamelijk eenjarige zorginkoop van de zorgverzekeraar.

(33) Het bestuurslid benadrukt het een positieve ontwikkeling te vinden dat zorgverzekeraars meer sturen op inhoud.

(34) De zorgverzekeraar moet mede bepalen wat voor portfolio een instelling heeft. De zorgverzekeraar is als financier de spreekbuis van de cliënt. Als we in Nederland een optimale verdeling van geld voor cliënten nastreven, moeten we misschien wel accepteren dat we niet ook de hoogste kwaliteit van zorg kunnen leveren. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder om een keuze te maken hoeveel geld er voor welke zorg is en met welke kwaliteit deze geleverd wordt.

(35) De instelling wil nu afspraken maken met zorgverzekeraars over volledige transparantie over de kostprijs en de kwaliteit van de behandeling. Gezamenlijk met de zorgverzekeraars wil de instelling bedenken hoe de portfolio zich moet ontwikkelen. Deze gesprekken gaan dan wel gepaard met meerjarenakkoorden.

(36) De zorgaanbieder en de cliënt hebben een relatie op het niveau van de behandeling. De zorgaanbieder en de zorgverzekeraar moeten gezamenlijk de keuze maken welke behandelingen aangeboden dienen te worden in de portfolio. De zorgverzekeraars denken nog te weinig mee. Zorgverzekeraars moeten leren op inhoud te sturen. Ze moeten bijvoorbeeld de zorgaanbieder verantwoording laten afleggen over veel voorkomende behandelingen. Door het gesprek met de zorgaanbieder aan te gaan en vragen te stellen over de inhoud van de behandelingen, gaat de zorgaanbieder zelf ook nadenken over de invulling van de zorgpaden en de portfolio van behandelingen. Zorgverzekeraars kunnen van aanbieders eisen dat ze evidence-based werken.

(37) Daarbij zijn er voornamelijk verschillen tussen zorgverzekeraars bij het betrekken van de beleidsstrategie bij de inkoop. Inkoopers met weinig inhoudelijke kennis sturen vaker op het budget. Een ander deel van de inkoopers denkt inhoudelijk mee hoe de zorginkoop binnen de organisatie plaats kan vinden op thema's als case-mix verschillen en de kosten van zware zorggebruikers (1% van de gebruikers heeft 20% van de kosten).

Ook in de GGZ zien enkele geïnterviewden graag dat de zorgverzekeraars een meer prominente rol spelen bij de inrichting van de behandelportfolio van aanbieders in de GGZ. De zorgverzekeraars denken nog te weinig mee. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder om een keuze te maken hoeveel geld aan welke zorg besteed wordt en met welke kwaliteit deze zorg geleverd wordt (quotes 33-37).

### Zorgaanbieders zouden graag andere prikkels in de contracten zien

Enkele zorgaanbieders geven aan dat ze graag andere prikkels willen zien in de contracten met de zorgverzekeraar. In beide hla's wordt kort ingegaan op de inkoopprikkels. De kwaliteit van

Eerste verkenning effecten hoofdlijnenakkoorden

zorg kan worden verbeterd door de prikkels in het stelsel goed te zetten.

Een bestuurder van een ziekenhuis ziet graag dat de zorgverzekeraar een vangnet biedt voor de financiële risico's die het ziekenhuis loopt door fluctuaties in de zorgvraag. (quotes 38 en 39).

Een geïnterviewde geeft aan dat de prikkel in de bekostiging van de specialistische GGZ verkeerd ligt. Het bekostigingssysteem moet er zijn voor de relatie tussen de inzet van zorg en de betaling van zorg. In de GGZ DBC systematiek zorgen de tijdsblokken echter voor een prikkel tot overbehandeling (quote 40).

#### MSZ

(38) Het ziekenhuis ervaart dat de zorgverzekeraar de bovenliggende partij is in de onderhandelingen. De zorgplicht van de zorgverzekeraar leidt ertoe dat de zorgverzekeraar bepalend is in het opstellen van de zorgcontracten, het inkoopbeleid en de tarieven.

(39) Het ziekenhuis zou graag zien dat de zorgverzekeraar een vangnet biedt voor de financiële risico's die het loopt door fluctuaties in de zorgvraag. De zorgverzekeraar neemt niet het initiatief om een dergelijk vangnet te creëren. Andere, grotere ziekenhuizen krijgen meer speelruimte van de zorgverzekeraar, omdat zij meer marktmacht hebben.

#### GGZ

(40) Een ander probleem is de bekostiging in de GGZ. Het bekostigingssysteem moet er zijn voor de relatie tussen de inzet en betaling van zorg. Door de DBC's met tijdsranges is een perverse prikkel ontstaan, er is geen verhouding tussen prijs en inzet in de tijdsranges. De bestuurder ziet liever dat er minuten worden geschreven in combinatie met een functiecasmixcorrectie. De instellingen worden dan in een benchmark getoetst op de gemiddelde prijs en aantal minuten.

### Er moeten afspraken met zorgverzekeraars gemaakt worden over non-concurrentiële punten

Een geïnterviewde wil gedragsregels afspreken met de zorgverzekeraars. Deze gedragsregels moeten onder andere gaan over de informatie-asymmetrie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder en over hoe om te gaan met verze-kerdenmutaties aan het einde van het jaar. Het is tevens van belang dat de zorgprofessionals meegenomen worden in de onderhandelingen. Dit draagt bij aan het goed zetten van de prikkels in het stelsel (quotes 41-43).

#### GGZ

(41) De sector moet samen met de zorgverzekeraars gedragsregels opstellen over hoe om te gaan met de informatie-asymmetrie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. De zorgverzekeraar heeft meer inzicht in de afgesloten contracten. De zorgverzekeraar kan de contracten tussen verschillende instellingen vergelijken. De zorgaanbieder heeft daarentegen meer informatie over de patiënten. De instelling weet bijvoorbeeld welke patiënten veel kosten met zich mee zullen brengen.

(42) Er moeten enkele non-concurrentiële punten met de zorgverzekeraar geformuleerd worden, bijvoorbeeld bij de mutaties van verzekerden aan het einde van het jaar. Deze patiënten stappen over naar een andere zorgverzekeraar, maar deze mutatie wordt niet verwerkt in de contracten met de instelling.

(43) De geïnterviewde geeft aan dat de GGZ-sector externe druk nodig heeft om te veranderen. Het is echter altijd belangrijk dat de professionals meegenomen worden in de onderhandeling. Hierdoor zullen ze de maatregelen later niet als top-down opgelegd ervaren.

### De ROM moet weer gebruikt worden vanuit inhoudelijke beweegredenen

In de hla's GGZ is afgestemd dat partijen uitwerken welke Routine Outcome Monitoring (ROM) percentages ze willen bereiken. Zorgverzekeraars maken gebruik van de ROM om de kwaliteit van een GGZ-instelling te meten. Ze gebruiken de uitkomsten van de ROM om de verschillende instellingen met elkaar te vergelijken en te benchmarken. Echter, de ROM is in de inkoop niet goed te gebruiken door het verschil in casemix tussen instellingen. Bestuurders geven aan dat het oorspronkelijke idee van de ROM - om deze te gebruiken bij de behandeling - daarmee naar de achtergrond is verdwenen. De ROM wordt niet meer vanuit inhoudelijke beweegredenen gebruikt (quotes 44-46).

#### GGZ

(44) Zorgverzekeraars maken vaak gebruik van de ROM om de kwaliteit in een GGZ-instelling te meten. Ze gebruiken de uitkomsten van de ROM om de verschillende instellingen met elkaar te vergelijken en te benchmarken. Echter, de ROM is nog onvoldoende ontwikkeld om verschillende soorten instellingen tegen elkaar af te zetten.

(45) De overheid en zorgverzekeraars moeten erop sturen dat de ROM wordt gebruikt in de behandeling en wordt teruggekoppeld aan de cliënt. De ROM moet niet meer als inkoopinstrument gebruikt worden, maar als behandel- en leerinstrument voor professionals. De ROM is in de inkoop niet goed te gebruiken, door het verschil in casemix tussen instellingen.

(46) Doordat de ROM gebruikt wordt bij de zorginkoop, wordt deze gezien als 'opgelegd door de zorgverzekeraars'. Het oorspronkelijke idee van de ROM - gebruik bij de behandeling - is daarmee naar de achtergrond verdwenen. De

ROM wordt niet meer vanuit inhoudelijke beweegredenen gebruikt. De sector heeft druk nodig om te veranderen, maar niet zo gedetailleerd als met de ROM is gebeurd.

## Zorgaanbieders moeten enkel evidence based zorg leveren

Een geïnterviewde in de GGZ geeft aan dat de zorgaanbieders evidence based zorg moeten leveren. De zorgaanbieders moeten stoppen met het leveren van niet-effectieve zorg. Als het GGZ landschap weer tot rust is gekomen, krijgt het veld hier weer tijd voor. Het leveren van evidence based zorg stimuleert gepast gebruik. De GGZ sector voert op dit moment een ambitieus kwaliteitsprogramma voor de ontwikkeling van behandelrichtlijnen en de bijbehorende instrumenten door (quote 47).

### GGZ

(47) *Zorgaanbieders moeten geen concessies doen aan het leveren van evidence-based zorg. De bestuurder geeft aan dat de eerste generatie van richtlijnen veel gedaan heeft, maar de vraag is of de richtlijnen worden nageleefd. De bestuurder vraagt zich af wat de behandelintegriteit - in de zin van naleven van richtlijnen - is. Daarnaast moeten aanbieders stoppen met alle niet-effectieve zorg. Door alle aanpassingen in de wet- en regelgeving heeft het veld hier tot nu toe geen tijd voor gehad.*

## Inhoudelijke verbeteringen door starten van dialoog

Een geïnterviewde geeft aan dat de inhoudelijke verbeteringen in de zorg het beste bereikt kunnen worden vanuit de dialoog. Als de belangen en wensen bekend zijn, zijn mensen beter in staat om de vraagstukken gezamenlijk op te lossen. Op bestuurlijk niveau vindt het gesprek al plaats. Dat heeft onder meer geleid tot de hla's. Het is van belang dat medische professionals ook de dialoog starten (quote 48).

### MSZ

(48) *De bestuurder geeft aan dat de inhoudelijke verbeteringen in de zorg het best bereikt kunnen worden vanuit de dialoog. Als mensen elkaar kennen en weten wat hun belangen zijn en op welke manieren ze tegen vraagstukken aankijken, zijn ze beter in staat om de vraagstukken gezamenlijk op te lossen. Een voorbeeld hiervan is de 'warme' overdracht tussen de transfer- en wijkverpleegkundige. Zij hanteren verschillende protocollen vanuit een verschillend medisch perspectief: een patiënt met een open wond stelt hogere eisen binnen het ziekenhuis qua infectiepreventie dan de cliënt, die ontslagen is uit het ziekenhuis en vanuit de wijkverpleging*

wondverzorging ontvangt. Doordat de transverpleegkundige en de wijkverpleegkundige elkaar kennen, komt de behandeling van de patiënt op de eerste plaats en zijn de verschillen in protocollen ondergeschikt.

## 2.2 Bestuurders geven aan dat ook andere ontwikkelingen substantiële impact hebben op de kostengroei

Naast de hla's hebben ook andere ontwikkelingen en de conjunctuur een belangrijke rol gespeeld.

### 2.2.1 Overige ontwikkelingen hebben ook substantiële impact op de gewenste demping van de kostengroei in de MSZ en GGZ.

Bestuurders in de MSZ benoemen ook de conjunctuur als belangrijke oorzaak van de groeireductie. De demping in groei kan nog versterkt worden door de afbouw van overbodige capaciteit. De toename van de administratieve lasten, onder andere door toename van regeldruk en het aantal contractpartners, werkt juist kostenverhogend. Dit wordt in beide sectoren als een belangrijk probleem gezien.

De geïnterviewden geven aan dat de toename van de regeldruk een probleem is. In alle interviews kwam naar voren dat de zorgaanbieders deze toename van de regeldruk als een belemmering zien om de doelmatigheid van de zorg te vergroten. De doelstelling in beide hla's om lagere administratieve lasten te krijgen, is niet gerealiseerd (quotes 49 en 50).

### MSZ

(49) *De regeldruk vanuit Den Haag is de afgelopen jaren sterk toegenomen. De beheersing van de zorgkosten vindt plaats door nog meer regels in te voeren, wat leidt tot een sterke toename van de administratieve lasten. De bestuurder noemt het gezegd: 'Als je registreert wat je doet, doe je niet wat je registreert'. Het aantal indicatoren is bijvoorbeeld in een aantal jaren sterk toegenomen van ongeveer 500 tot 3100. De administratieve lastendruk voor medisch specialisten en verpleegkundigen bedraagt tegenwoordig al zo'n twee uur per werkdag.*

Eerste verkenning effecten hoofdlijnenakkoorden

(50) Het uitvoeren van een zelfevaluatie betekent dat we de mensen op de administratie aan de zelfevaluatie moeten zetten en dat ze daarmee niet hun reguliere taken konden uitvoeren. Het niet uitvoeren van een zelfevaluatie is problematisch, omdat de NZa had aangegeven dat dit potentieel hoge boetes kan opleveren bij overtredingen. Onze inschatting was dat doordat de regelgeving complex is de NZa altijd wel een overtreding zou kunnen vinden.

Alle geïnterviewden geven aan dat er veel is veranderd in de wetgeving in de GGZ. Sinds 2008 is het aantal partijen waar de GGZ instellingen afspraken mee moeten maken, gestegen van twee naar minimaal 13 partijen. De instellingen moeten naast afspraken met het regionale zorgkantoor nu ook afspraken maken met alle zorgverzekeraars en omliggende gemeenten. Alle contractpartners hebben een eigen visie over de inrichting van de GGZ. Hierdoor zijn aanbieders veel tijd kwijt. Ook zijn de administratieve lasten hierdoor hoog (quotes 51-57).

#### GGZ

(51) Er is veel veranderd in de wetgeving in de GGZ. Sinds 2008 is het aantal partijen waar de instelling afspraken mee moet maken, gestegen van twee partijen naar minimaal 13 partijen. De instelling moet naast afspraken met het regionale zorgkantoor nu ook afspraken maken met alle zorgverzekeraars en omliggende gemeenten. De twee geïnterviewden vermoeden dat de overheid bij het aanpassen van de wetgeving niet goed heeft stilgestaan bij de consequenties voor de zorgaanbieders.

(52) Door de ontwikkelingen in de regelgeving van de GGZ moet de instelling nu contractafspraken maken met alle zorgverzekeraars en omliggende gemeenten.

(53) Door de transitie is de financiële administratie verdrievoudigd. De bestuurder meldt dat GGZ NL wil dat minimaal een derde van de regelgeving verdwijnt, om de zorginkoop weer overzichtelijk te maken.

(54) Al de verschillende contractpartners hebben vaak een andere visie over de wijze waarop de GGZ ingericht dient te worden. Tevens hebben de verschillende overheidsinstanties ook allen een eigen visie over de inrichting van de GGZ.

(55) Doordat de regelgeving soms niet duidelijk is en daarmee open voor eigen interpretatie, kunnen partijen van mening verschillen over welke zorg in de Wlz en welke zorg in de Wmo thuishoort. Dit vergt tijd om met de betrokken gemeente in overleg te gaan.

(56) Voor alle maatregelen was draagvlak in de sector. Echter, doordat alle maatregelen tegelijkertijd ingevoerd zijn, is de GGZ-sector bijna onbestuurbaar geworden. De geïnterviewde geeft aan dat de pijngrens in het beperken van de groei in de GGZ nu wel bereikt is. Dit is onder andere goed te zien doordat veel instellingen onder bijzonder beheer staan.

(57) Door afschaffing van het representatiemodel is het speelveld gewijzigd. GGZ aanbieders moeten met iedere zorgverzekeraar afzonderlijk afspraken maken. Deze afspraken bestaan uit afspraken over de prijs, kwaliteit en het vo-

lume van zorg. In abstracte zin is de beleidsstrategie van de verschillende zorgverzekeraars vergelijkbaar. In het zorginkoopbeleid is wel sprake van verschillen.

Een geïnterviewde stipt aan dat de gemeenten niet hebben meegesproken over de afspraken in de hla's, maar ze er nu wel aan moeten meewerken. Deze samenwerking komt niet altijd even makkelijk van de grond (quote 58).

#### GGZ

(58) De gemeenten hebben niet meegesproken over de afspraken in de hla's, maar ze moeten nu wel meewerken. Niet alle gemeenten werken even intensief mee aan de samenwerking met de instellingen. Veel is afhankelijk van de verantwoordelijke wethouders. In de ene gemeente leidt dit tot een goede samenwerking, in de andere gemeente is dit moeizamer. Het kost zorgaanbieders veel tijd om de relaties met alle gemeentes te onderhouden.

## 2.2.2 De conjunctuur heeft ook een belangrijke impact op de groeireductie gehad

Naast het actief sturen op de groeireductie door zorgverzekeraars en zorgaanbieders heeft ook de conjunctuur impact op de groeireductie gehad. De geïnterviewden geven aan dat de hla's wel degelijk hebben bijgedragen, maar dat de conjunctuur uiteindelijk doorslaggevend is geweest in het behalen van de groeireductie door de ziekenhuizen (quotes 59 en 60). Het ministerie van VWS meldt dat mede door de hla's de beperking van de groei behaald is.

#### MSZ

(59) Een belangrijk aspect is wel de groeiruinimte. In de afgelopen jaren heeft de conjunctuur mede de realisatie in de groei bepaald. Nu de conjunctuur aantrekt, zal ook de groei in de ziekenhuizen weer aantrekken. Het CPB geeft een groei van 3,5% in de Zvw aan. Deze groei in budget zal niet beschikbaar gesteld worden door de overheid. Een nieuw groeipercentage van 0% lijkt dan volgens de zorgaanbieder niet realistisch.

(60) De bestuurder geeft aan dat de daling van de groei in de kosten voor een belangrijk deel ook te maken had met de conjunctuur.

## 2.2.3 Overbodige capaciteit in ziekenhuizen en instellingen wordt afgebouwd

De in de hla's afgesproken kostenreductie wordt belemmerd door kapitaallasten van (overbodige) capaciteit in de ziekenhuizen en instellingen.

Eerste verkenning effecten hoofdlijnenakkoorden



In de interviews is beperkt ter sprake gekomen dat de overbodige ziekenhuiscapaciteit wordt afgebouwd. In een interview werd genoemd dat de gemeente ook een belangrijke rol speelt bij de herontwikkeling van de ziekenhuiscapaciteit (quote 61).

Een geïnterviewde geeft aan dat veel GGZ instellingen hoge afschrijfkosten hebben van gebouwen die tussen 1996 en 2000 zijn gebouwd. Deze kosten drukken nog altijd op de begroting. Dit zorgt voor een vertraging in de ambulantisering (quote 62).

#### MSZ

*(61) Bij deze (ver)nieuwbouw zal het ziekenhuis ook in aanvullende mate samenwerken met huisartsen. In het verleden heeft de betrokken gemeente al aangegeven geen rol voor zichzelf te zien weggelegd bij fusies. De bestuurder vindt een actieve rol voor de gemeenten bij fusies - zoals in sommige gemeenten gebeurt - niet passend.*

#### GGZ

*(62) Tussen 1996 en 2000 zijn veel nieuwe gebouwen gebouwd (conform het toenmalige beleid). Deze gebouwen zijn nu halverwege de afschrijvingsperiode. De overheid zou de rol als facilitator op zich moeten nemen om een nieuwe functie te vinden voor het overschot aan gebouwen. Met minder gebouwen, en dus minder afschrijfkosten, zal de ambulantisering versnellen. Immers in de nieuwe situatie hoeven de afschrijvingskosten dan niet meer gedragen worden.*

## Hoofdstuk 3

# Inhoudelijke agenda van de hla's is niet leidend geweest

De geïnterviewden geven aan dat de inhoudelijke agenda van de hla's niet leidend is geweest voor het verbeteren van de doelmatigheid. Uit de interviews komt naar voren dat een deel van de ziekenhuizen de hla's hebben gebruikt om de interne organisatie aan te spreken om inhoudelijke verbeteringen met impact op doelmatigheid door te voeren. Volgens de geïnterviewden heeft de beoogde substitutie van zorg in de praktijk beperkt plaatsgevonden. Wel geven geïnterviewden aan dat doelmatigheidsverbeteringen gerealiseerd zijn bij het geneesmiddelenbeleid en diagnostiek. Daarnaast hebben zorgaanbieders zorgprogramma's ontwikkeld. Vaak zijn de verbeteringen van de doelmatigheid vooral doorgevoerd vanwege concurrentie of financiële druk.

### 3.1 In de hla's is afgesproken dat substitutie moet plaatsvinden om de gewenste volumebeperking te realiseren en kwaliteit en doelmatigheid te vergroten

In de hla's is afgestemd dat substitutie moet plaatsvinden om de gewenste volumebeperking te realiseren en kwaliteit en doelmatigheid te vergroten. Uit de literatuur is bekend dat besparing

op kosten plaats kan vinden door substitutie. In de meeste interviews is de maatregel substitutie aan de orde gekomen. Een deel van de geïnitieerde initiatieven heeft geresulteerd in de gewenste substitutie, maar een deel van de projecten heeft om verschillende redenen niet het beoogde succes behaald.

De meeste geïnterviewden geven aan dat de huidige reguleringsvorm tot allerlei knelpunten leidt. Zo is het veelal niet goed mogelijk om budget van de ene zorgaanbieder naar een andere zorgaanbieder over te hevelen. Dat geldt zowel voor de zorg die van de tweede naar de eerste lijn gesubstitueerd wordt, als voor de zorg die verplaatst wordt van het ene ziekenhuis naar het andere. Zorgverzekeraars zijn volgens de geïnterviewden niet goed in staat om deze herschikking van de budgetten te realiseren.

De geïnterviewden geven aan dat substitutie in de GGZ, onder andere door ambulantisering en beddenreductie, ook zonder de hla's plaats had gevonden. Er bestond namelijk over het algemeen al consensus over de inhoudelijke agenda voor de GGZ.

#### 3.1.1 Sommige substitutieprojecten zijn succesvol

Enkele geïnterviewden noemen succesvolle substitutieprojecten waarin wordt samengewerkt met de eerste lijn om besparingen en doelmatigheid te realiseren.

In twee ziekenhuizen zijn bijvoorbeeld afspra-

ken gemaakt over samenwerking met huisartsen voor de behandeling van patiënten met COPD of ontregelde suikerziekte. Daarnaast meldt een ziekenhuisbestuurder dat substitutie ook door natuurlijk verloop van specialisten plaats kan vinden, bijvoorbeeld door pensionering (quote 63-65).

#### MSZ

(63) Een succesvol voorbeeld van samenwerking met de eerste lijn is dat medisch specialisten uit het ziekenhuis de huisartsen in de regio bijscholen in het behandelen van patiënten met een aanval van COPD of een ontregeling van suikerziekte. Hierdoor kunnen patiënten vaker in de eerste lijn blijven en zijn er minder aanmeldingen op de SEH.

(64) Het ziekenhuis zoekt de samenwerking met de eerste lijn. Er zijn ideeën om in de praktijk van de huisartsen ook consultmogelijkheden bij de medisch specialist mogelijk te maken (een anderhalvelijns centrum).

(65) Een diabetoloog in het ziekenhuis is met pensioen gegaan. Vervolgens bleek dat veel van zijn patiënten in de eerste lijn behandeld konden worden.

Een geïnterviewde geeft aan dat alle patiënten bij de voorkeur van de GGZ instelling een objectieerbare triagetest krijgen. Deze screening geeft een advies welke patiënten terug verwezen kunnen worden naar de basis GGZ. (quote 66).

Een geïnterviewde GGZ aanbieder meldt dat zorgverzekeraars geen faciliterende rol hebben opgepakt bij de (in de hla afgesproken) beddenreductie. Ze hebben de verantwoordelijkheid hiervan bij de zorgaanbieders gelegd (quote 67).

#### GGZ

(66) Elke patiënt krijgt bij de voorkeur een objectieerbare triagetest. Deze screening geeft een advies over welke patiënten in de basis GGZ en welke patiënten in de specialistische GGZ thuishoren. De patiënten die in de basis GGZ thuishoren worden vervolgens weer terugverwezen naar de huisartsen. De geïnterviewden geven aan dat dit nauwelijks tot veranderingen in de instroom in de specialistische GGZ of doorverwijzingen naar de basis GGZ heeft geleid, maar door de objectieve uitslag is het gesprek met de huisarts over terugverwijzing beter te voeren. Daarmee verbetert ook de kennis van de huisarts over welke patiënten moeten worden doorverwezen naar de basis GGZ en specialistische GGZ.

(67) De maatregelen die de zorgaanbieder moest doorvoeren zijn slechts beperkt gefaciliteerd door de zorgverzekeraar. De geïnterviewde geeft als voorbeeld de afbouw van de klinische bedden met 30%. De zorgverzekeraar heeft de verantwoordelijkheid hiervoor bij de instellingen zelf gelegd.

### 3.1.2 Enkele initiatieven waar substitutie centraal staat zijn niet succesvol

Een deel van de geïnitieerde substitutie initiatieven in de MSZ bleek in de praktijk niet succesvol. Oorzaken hiervan betreffen een verschil in opvatting over de voorwaarden voor samenwerking, belemmeringen vanuit zorginkoop en regulering en praktische bezwaren. In de GGZ lijken er minder moeilijkheden te zijn bij substitutie van zorg, mede omdat het vaak gaat om verplaatsing naar lichtere vormen van zorg binnen de eigen organisatie.

Een geïnterviewde ziet het verschil tussen ambitie en realiteit als belangrijke oorzaak voor falen van een groot initiatief. Daarnaast is een belangrijke voorwaarde voor succes, dat de verschillende partijen eenzelfde beeld hebben over de voorwaarden voor samenwerking. Een bestuurder geeft een voorbeeld waarin de betrokken partijen hier een verschillend beeld over hebben (quotes 68 en 69).

Een geïnterviewde meldt dat de regierol van de zorgverzekeraar essentieel is bij de oplossing van problemen die zich voordoen bij de herstructurering van het zorglandschap. Het gaat dan voornamelijk over inkomstenderving van het ziekenhuis (quote 70).

#### MSZ

(68) Er is een project gestart met het doel om substitutie van zorg naar de eerstelijns te realiseren. De doelstelling in het project was bepaald door huisartsen en zorgverzekeraars - zonder overleg met de ziekenhuizen en medisch specialisten - om binnen 5 jaar een besparing te realiseren. Een inhoudelijke onderbouwing ontbrak. Een sprekend voorbeeld: de huisarts kwam tot een andere conclusie wat betreft de maximaal te behalen substitutie. Een dergelijke kloof tussen ambitie en realiteit legt een grote negatieve druk op alle betrokkenen. De beoogde resultaten voor substitutie zijn derhalve niet gehaald.

(69) Om substitutie te bewerkstelligen heeft het ziekenhuis het afgelopen jaar een bedrag beschikbaar gesteld aan huisartsen. Per brief werden de huisartsen uitgenodigd om ideeën voor substitutie aan te dragen. De huisartsen hebben hierop gereageerd door de zorgverzekeraar een brief te sturen met de vraag waarom dit budget niet standaard voor de eerstelijnszorg bestemd is. Hiermee is de gewenste substitutie niet bereikt.

(70) Het zou helpen als de zorgverzekeraar een garantie afgeeft over het toekomstige budget bij substitutie, zoals bij sommige ziekenhuizen wel is gebeurd. Veel ziekenhuizen zouden graag zorg substitueren naar bijvoorbeeld de eerste lijn, maar kunnen het verlies aan inkomsten niet zomaar

verwerken. De zorgverzekeraar moet de regie oppakken en helpen bij het bedenken van oplossingen over bijvoorbeeld de kapitaallasten en de bezettingsgraad.

Enkele geïnterviewden stuiten op praktische belemmeringen. Substitutie vraagt om herstructurering van het zorglandschap. Lange termijn afspraken met de betrokken partijen zijn hiervoor essentieel. Daarnaast benadrukt een geïnterviewde dat substitutie ook tot meer patiënten in zorg kan leiden, omdat er beter nagedacht wordt welke zorg nodig is. Er is sprake van een gemiddelde kostendaling per patiënt, maar een overall kostenstijging (quotes 71-73).

#### MSZ

(71) Substitutie vraagt om lange termijn afspraken over de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Op die manier kan het ziekenhuis zich voorbereiden op wat komen gaat en natuurlijke momenten aangrijpen om op de kosten te besparen en daarmee de substitutie ook tot een besparing te laten leiden.

(72) De geïnterviewden merken op dat substitutie soms ook zorgt voor een stijging in het aantal patiënten. Doordat de spotlights op de aandoening staan, wordt er veel gesproken en nagedacht over welke zorg deze patiënten echt nodig hebben. Er worden heldere afspraken gemaakt, waardoor er soms juist meer patiënten behandeld of doorverwezen worden. De substitutie leidt dan wel tot een kostendaling per patiënt, maar niet tot een algehele kostendaling vanwege de toename van het aantal patiënten.

(73) Ten aanzien van de mogelijkheden om kosten te besparen door aan substitutie te doen, merkt het ziekenhuis op dat dan bij de huisarts wel voldoende mogelijkheden moeten zijn om de zorg te kunnen substitueren. Het ziekenhuis merkt dat er in de regio veel belemmeringen zijn om de zorg vanuit het ziekenhuis te substitueren (budget voor de huisarts, beschikbare tijd voor de huisarts, inhoudelijke belemmeringen). Bij de substitutie naar de huisarts merkt het ziekenhuis op dat het eerstelijnszorgcentrum niet ook een groot gebouw met allerlei ondersteunende afdelingen moet worden. In dat geval heeft substitutie mogelijk als consequentie dat veel kennis wordt weggegooid, zonder dat het een besparing oplevert.

Geïnterviewden in de GGZ noemen in de interviews minder moeilijkheden bij substitutie, omdat er in de meeste gevallen een verplaatsing naar lichtere vormen van zorg binnen de eigen organisatie plaatsvindt. Een geïnterviewde geeft aan dat de substitutie naar de basis en POH-GGZ een moeizaam proces was. Het was voor de professionals lastig om deze zorg los te laten (quote 74).

#### GGZ

(74) Het is een moeizaam proces geweest voor de professionals om de basis en POH-GGZ zorg los te laten. Deze substitutie ging makkelijker bij de Jeugd-GGZ. Hier werd van oudsher al veel gewerkt met regionale netwerken, waardoor

verdere samenwerking eenvoudiger gerealiseerd kon worden.

### 3.1.3 In de GGZ bestond al consensus over de inhoudelijke agenda

Alle geïnterviewden in de GGZ geven aan dat er over het algemeen al consensus bestond over de inhoudelijke agenda voor de GGZ, onder andere over de beddenreductie, ambulantisering en introductie van de basis GGZ. De geïnterviewden melden dat door de overeenstemming in de hla's over de te nemen maatregelen, deze maatregelen ook een belangrijke rol hebben gespeeld in de afgelopen periode. Alle geïnterviewden geven aan dat de maatregelen ook zonder de hla's plaats hadden gevonden, maar dat de hla's gefaciliteerd hebben om de doelen te realiseren. Wellicht is dat door de hla's ook sneller gerealiseerd (quotes 75-77).

#### GGZ

(75) Voor het inhoudelijke doel van beddenreductie was reeds overeenstemming en acceptatie in de sector. De geïnterviewde geeft aan dat dit een maatschappelijk proces was dat al gaande was.

(76) De geïnterviewden geven aan, dat de ambulantisering ook plaats zou hebben gevonden zonder de hla. Ambulantisering is namelijk de wens van de patiënt. Het proces zou wel langzamer plaats gevonden hebben. De hla hebben mede voor de druk gezorgd om de getroffen maatregelen mogelijk te maken.

(77) Het hoofdlijnenakkoord heeft veranderingen gefaciliteerd en heeft geholpen in de discussie om als sector gezamenlijk te bepalen welke doelstellingen bereikt moeten worden. De meeste maatregelen zouden ook genomen zijn zonder het bestaan van het hla. Het opzeggen van het akkoord heeft geresulteerd in een nadere inhoudelijke betrokkenheid bij de akkoorden. Daarmee heeft het hla de bestuurder geholpen bij het doorvoeren van maatregelen om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Zonder het hla was dit waarschijnlijk ook gelukt, maar had het mogelijk langer geduurd.

## 3.2 Volgens bestuurders worden de hla's gebruikt om interne doelmatigheidsverbeteringen door te voeren

In de hla's is afgesproken dat partijen zich inzetten voor gepast gebruik, doelmatigheid, efficiency en substitutie. In de MSZ zijn tevens afspraken gemaakt over doelmatig geneesmiddelengebruik.

Uit de interviews komt naar voren dat een deel van de zorgaanbieders de hla's gebruikt om de interne organisatie aan te spreken om inhoudelijke verbeteringen door te voeren. De zorgaanbieders hebben doelmatigheidsverbeteringen gerealiseerd door aanpassing in het beleid van onder andere het voorschrijven van geneesmiddelen, toepassen van diagnostiek en het ontwikkelen van zorgprogramma's. Alle doelmatigheidsverbeteringen stimuleren gepast gebruik van zorg.

### 3.2.1 Een deel van de ziekenhuizen gebruikt de hla's om de interne organisatie aan te spreken

Een ziekenhuis geeft aan dat de hla's gebruikt zijn om de interne organisatie aan te spreken om doelmatigheidsverbeteringen te realiseren. Een ziekenhuis meldt dat het de hla's niet heeft gebruikt om druk op het personeel binnen de eigen organisatie te vergroten. Er waren al veel initiatieven binnen het ziekenhuis om de doelmatigheid te verbeteren (quotes 78 en 79). Volgens de literatuur bevordert het betrekken van de interne organisatie de kans van slagen van de gemaakte afspraken (Sethi, 1999).

#### MSZ

(78) Het hoofdlijnenakkoord heeft het zorgveld laten zien dat de bomen niet tot de hemel reiken. Daarmee helpt het hoofdlijnenakkoord partijen met het oppakken van hun verantwoordelijkheid. Het hoofdlijnenakkoord geeft extra steun om binnen de eigen organisatie medewerkers te overtuigen om stappen ter verbetering van de doelmatigheid te nemen. De toegevoegde waarde van het hoofdlijnenakkoord is daarmee vooral geweest om de druk op de partijen te verhogen.

(79) Het ziekenhuis maakt, mede aangemoedigd door de hoofdlijnenakkoorden, keuzes waar ze primair in investeert. Een voorbeeld is het (kostbare) informatiesysteem Epic, wat het ziekenhuis graag zou aanschaffen maar ervoor kiest om het geld aan de zorgverlening zelf te besteden.

### 3.2.2 Alle geïnterviewden sturen op doelmatigheid in het voorschrijven van geneesmiddelen en bij diagnostiek

Uit de interviews is naar voren gekomen dat ziekenhuizen sturen om meer doelmatige zorg te leveren. In de agenda 'doelmatigheidsverbeteringen' in de hla's zijn afspraken gemaakt om meer doelmatige zorg te leveren. In de interviews bij ziekenhuizen zijn voornamelijk doelmatigheidsverbeteringen bij het geneesmiddelen- en diagnostiekbeleid aan de orde gekomen.

In alle interviews in de MSZ gaven de bestuurders aan dat ze sturen op doelmatig geneesmiddelengebruik. Hierbij werden verschillende mogelijkheden benoemd: overstappen op biosimilars, tijdig stoppen met het toedienen van geneesmiddelen, het voorkomen van spillage, een gezamenlijke inkoop bij farmaceuten en de inkoop van exacte hoeveelheden in plaats van zelf aanmaken. De verschillende ziekenhuizen passen verschillende methoden toe (quotes 80-84). Vanuit de literatuur zijn vooral doelmatigheidsverbeteringen vanuit medicatietherapiemanagement (MTM) bekend (zie paragraaf 6.3).

#### MSZ

(80) Veel patiënten die gebruik maken van dure geneesmiddelen zetten we om naar biosimilars. Daarnaast wordt er samen met de apotheker gekeken bij welke middelen het wenselijk en haalbaar is om de dosering te verdunnen en of er manieren zijn om spillage tegen te gaan.

(81) Een ander voorbeeld van het leveren van doelmatige zorg is dat het ziekenhuis cytostatica in het buitenland is gaan kopen. De grootschaligere productie aldaar zorgt voor lagere kosten. Het inkopen van cytostatica leidt tot lagere spillage, maar hogere kosten per eenheid. De zorgverzekeraars sturen echter op prijs per eenheid en niet op de totale hoeveelheid. Hierdoor ontstond wel een discussie met de zorgverzekeraar.

(82) Het ziekenhuis in een Strategische inkoopcombinatie van Intrakoop Nederland en Prosspitalia Duitsland (10x groter inkoopvolume en deelname van 20 Nederlandse ziekenhuizen met meer dan 100 Duitse ziekenhuizen) gestart, met hierdoor grotere inkoopmacht. Hierdoor kunnen ze het monopolistisch prijsbeleid van mondiale leveranciers beïnvloeden. We moeten ons realiseren dat Nederland op deze

internationale markt niet meer voorstelt dan een Duitse deelstaat.

(83) De dure geneesmiddelen vormen een belangrijk onderdeel van de onderhandeling met de zorgverzekeraar. Met een zorgverzekeraar heeft het ziekenhuis afspraken gemaakt over nacalculatie van volumes als het ziekenhuis transparantie verleent over de prijs, richtlijnen en spillage.

(84) De zorgverzekeraar stuurt primair op het overzetten naar goedkopere alternatieven. Doordat de medisch specialist echter op inhoud de discussie aanging met de adviserend geneeskundige van de zorgverzekeraar hoefde een specifieke groep patiënten niet te worden overgezet op het goedkopere alternatief. De zorgverzekeraar stond open voor de inhoudelijke discussie.

Een geïnterviewde geeft aan dat de diagnostiek een belangrijk aandachtspunt is om doelmatigheidsverbeteringen te realiseren. Diagnostiek leidt volgens de geïnterviewde mogelijk tot onnodige zorg (quotes 85 en 86). In de literatuur wordt vooral het proces van diagnostische tests aangekaart en de snelheid waarmee gegevens beschikbaar komen.

#### MSZ

(85) Bij nieuwe investeringen in technologie, zoals het aanschaffen van een MRI-scan wordt het nut en de noodzaak van de investering in kaart gebracht.

(86) In het ziekenhuis is een sterke toename waargenomen van de productie van CT-scan. Het ziekenhuis is actief bezig om te achterhalen wat de oorzaak van deze sterke productiewijziging is, met het doel om de onnodige zorg te vermijden. Het betreft voor een deel geruststellingsgeneeskunde.

### 3.2.3 Interne doelmatigheidsonderzoeken en ontwikkeling van zorgprogramma's stimuleren gepast gebruik in de GGZ

Ook in de hla's GGZ zijn afspraken over doelmatigheid gemaakt. In het bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014 staat: 'Vertegenwoordigers dragen gezamenlijk de verantwoordelijkheid om bij te dragen aan een gevarieerd aanbod van kwalitatief goede en doelmatige zorg voor patiënten met psychische aandoeningen.' Uit de interviews is naar voren gekomen dat in de GGZ doelmatigheidsverbeteringen voornamelijk gehaald worden bij de ontwikkeling van zorgprogramma's en bij interne doelmatigheidsonderzoeken.

Een geïnterviewde geeft aan dat ze de doelmatigheid van de zorg en efficiency in het zorgproces verbeteren. Dit doen ze bijvoor-

beeld door interne doelmatigheidsonderzoeken en door te toetsen bij welke behandelingen minder zorg geleverd kan worden. Dit kwam echter niet voort uit de hla's, de aanbieder was hier reeds voor de hla's mee gestart (quotes 87 en 88).

#### MSZ

(87) De aanbieder houdt intern doelmatigheidsonderzoeken, bijvoorbeeld naar de verhouding tussen prijs en kwaliteit van deeltijd en ambulante behandelingen.

(88) De aanbieder toetst of behandelingen verder verdund kunnen worden en wat de effecten daarvan zijn. Hiermee krijgt de aanbieder inzicht in wat acceptabele zorg is.

Enkele geïnterviewden geven aan dat er veel aandacht uitgaat naar gepast gebruik van zorg. Ze hebben hiervoor nieuwe zorgpaden ontwikkeld, die sterk gericht zijn op doelmatige en effectieve zorg voor de patiënt. De patiënten krijgt de juiste (hoeveelheid) zorg geleverd door de juiste professional op de juiste plek (quotes 89-92).

#### GGZ

(89) De aanbieder heeft met een externe partij zorgpaden ontwikkeld. Deze zorgpaden zijn zo gedetailleerd mogelijk geformuleerd. Per module zijn de activiteiten, de behandelaar en het gemiddeld aantal minuten bepaald. De aanbieder toetst of de modules en tijdsbesteding volgens de zorgpaden worden geleverd.

(90) De instelling heeft veel geïnvesteerd in de ontwikkeling van zorgprogramma's. Deze zorgprogramma's zijn sterk gericht op gepast gebruik, zoals het niet langer dan noodzakelijk behandelen van patiënten. Hierdoor zijn de gemiddelde kosten per patiënt afgenomen als gevolg van een korte ligduur en minder poliklinische behandelingen per patiënt.

(91) Deze zorgprogramma's hebben er tevens toe geleid dat behandelaars meer inzicht hebben welke patiënten ook in de basis GGZ behandeld kunnen (en moeten) worden. Er ontstaat een cultuur waarin behandelaars elkaar onderling aanspreken over waar een behandeling plaats dient te vinden (bGGZ of sGGZ)

(92) De organisatie hanteert de strategie om kort en goed te behandelen. Hierdoor neemt de gemiddelde behandelduur af. Routine Outcome Monitoring (ROM) geeft hierbij sturing.

## 3.3 Volgens bestuurders komt spreiding en specialisatie van ziekenhuisfuncties beperkt tot stand

De structuur van het zorglandschap is een belangrijk aspect om de doelstellingen uit de hla's

Eerste verkenning effecten hoofdlijnenakkoorden

te bewerkstelligen. In de hla's zijn afspraken gemaakt over spreiding en specialisatie in de MSZ. Daarbij speelt de aanwezigheid van concurrentie in het ziekenhuislandschap een belangrijke rol. Uit een interview is naar voren gekomen dat de mate van spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties beperkt is. In andere interviews is het onderwerp niet ter sprake gekomen.

Een geïnterviewde geeft aan dat op sommige punten weliswaar initiatieven zijn, maar dat ook vaak sprake is van belemmeringen om actief ziekenhuisfuncties te spreiden of te specialiseren. Welke zorg gespreid en welke zorg juist gespecialiseerd moet worden is nog steeds onderwerp van discussie (quotes 93 en 94).

#### MSZ

*(93) Als de volumenormen niet gehaald worden, wordt de zorg niet geleverd in het ziekenhuis. De patiënt wordt dan doorverwezen naar een ander ziekenhuis.*

*(94) De zorgverzekeraar helpt deels mee met het implementeren van de hla's. Echter, de zorgverzekeraar helpt niet bij het creëren van mogelijkheden voor verplaatsen van zorg naar een ander ziekenhuis. Dit moet het ziekenhuis zelf regelen. Het ziekenhuis moet bijvoorbeeld zelf het gesprek met een ander ziekenhuis aangaan over het verplaatsen zorg. Het is dan lastig om afspraken te maken over het verschuiven van het budget van het ene naar het andere ziekenhuis.*

## Hoofdstuk 4

# Suggesties van bestuurders voor aanscherping van de hla's

Alle negen geïnterviewden onderschrijven het belang van de hla's. Zij geven aan dat deze duidelijkheid bieden in de verantwoordelijkheden die de verschillende partijen hebben. Een eventuele aanscherping van de verantwoordelijkheden kan plaatsvinden door daarnaast ook duidelijk te maken bij wie de (financiële) risico's neergelegd worden. De geïnterviewden gaven aan dat ook de rol van de overheid verder kan verbeteren.

Regie is een van de aspecten die de kans op het nakomen van vrijwillige afspraken bepaalt. Sethi (1999) heeft richtlijnen opgesteld die de kans vergroten dat vrijwillige afspraken worden nagekomen. Deze richtlijnen gaan voornamelijk over de aard van de afspraken, monitoring en controle van de afspraken (zie ook deel II).

### 4.1 De overheid kan haar regierol verbeteren

Alle geïnterviewde bestuurders en directeuren van de zorgaanbieders gaven aan dat de overheid haar regierol kan verbeteren. In de hla's heeft de overheid de systeemverantwoordelijkheid op zich genomen. Deze systeemverantwoordelijkheid uit zich volgens de geïnterviewden in de invulling van de regierol en in de helderheid van de regelgeving. Op beide punten kan de overheid volgens de geïnterviewden verbeteren. Uit interviews komen daarbij verschillende punten naar voren. Vanuit de literatuur is

bekend dat helderheid van de regelgeving bevorderend werkt voor het naleven van afspraken (Sethi, 1999).

#### 4.1.1 De overheid is systeemverantwoordelijke en moet zorgen voor helderheid in de regelgeving

Sommige geïnterviewden gaven aan dat de overheid te veel op afstand staat en daardoor geen zicht heeft op wat er in de zorg gebeurt. In andere interviews lag juist de nadruk op de gedetailleerdheid en in sommige gevallen tegenstrijdigheid van de regelgeving. Geen van de aanbieders was negatief over de hla's (quotes 95-99).

##### MSZ

(95) De bestuurder geeft aan dat de afstand tussen de overheid en de zorgverlening groot is. Hierdoor pakt regulering door de overheid niet altijd goed uit. Regulering is vaak zeer gedetailleerd vormgegeven en opgesteld door personen met beperkt inhoudelijk inzicht. In de praktijk neemt daardoor het overzicht af voor de verschillende partijen. Dit vergroot de kans op handelen vanuit eigenbelang.

(96) De landelijke overheid bepaalt grotendeels de kaders waarbinnen het ziekenhuis moet opereren. De kaders passen echter niet altijd bij de realiteit. De bestuurder noemt het voorbeeld van de honorariumcomponent. De NZa had eerst in de bekostiging een groeiend aandeel voor de honorariumcomponent opgenomen. Dat paste echter niet bij de groei van ziekenhuiszorg en de demografische groei (deze bleef gecentreerd rond een nullijn). Het ziekenhuis heeft destijds stappen gezet om de groei van zorg bij de medisch specialisten te voorkomen.

(97) De kaders van de overheid zijn niet altijd realistisch.



Zoals bijvoorbeeld bij de vormgeving van de honorarium-component. De groei in het aandeel honorarium was niet in overeenstemming met de nullijn van de ziekenhuiszorg.

#### GGZ

(98) De bestuurder licht toe dat de overheid haar rol als aanjager van het hla op een juiste manier vervult.

(99) De bestuurder is kritisch op de rol van de overheid. Over de hla's is de bestuurder wel positief. Het is een typisch Nederlandse oplossing om gezamenlijk ambities te formuleren. De hla's vormen een richtinggevend akkoord en zijn nodig voor het (financieel) in de hand houden van het ingewikkelde Nederlandse zorgsysteem.

De hla's hebben volgens enkele geïnterviewden stabiliteit opgeleverd. Voor het besturen van een ziekenhuis en/of GGZ instelling is regulingszekerheid van belang. Aanbieders zijn relatief veel tijd kwijt geweest met het doorvoeren van alle veranderingen in de regelgeving. In enkele andere interviews werden de veranderingen in de regelgeving die voortvloeiden uit de hla's juist als een extra belemmering ervaren. Bij dit laatste punt werd in de GGZ het hoofdbehandelaarschap benoemd en in de ziekenhuizen de introductie van integrale tarieven (quotes 100-103).

#### MSZ

(100) Het is belangrijk om stabiliteit te creëren, om adequaat op de dynamiek in de sector te kunnen reageren. Kabinetten die ieder op zich steeds weer systeemwijzingen willen doorvoeren in zeer korte tijd trekken een grote wissel op de verandercapaciteit van de sector, de motivatie van professionals en het draagvlak van bestuurders die in dit complexe krachtenveld adequate maatregelen trachten te nemen. In het complexe speelveld tussen landelijke en regionale politiek, zorgverzekeraars, andere zorgaanbieders en specialisten is het daarmee lastig om beoogde doelstellingen te bereiken.

(101) In het algemeen ontbreekt er heldere regelgeving. Er is te weinig stabiliteit in het systeem door ieder jaar (kleine) wijzingen in de regelgeving. Dit zorgt voor onrust en bemoeilijkt het besturen. De bestuurder wenst een grotere betrokkenheid vanuit de overheid. De overheid kan dit bereiken door een klankbordgroep van kleine en grote zorgaanbieders in te stellen die de overheid informeert over wat er speelt in de zorg.

(102) De manier hoe de NZa fraude aanpakt, past niet bij de manier waarop de huidige regelgeving is vormgegeven.

(103) Initiatieven omtrent integrale geboortezorg stuiten op belemmeringen vanuit wet- en regelgeving. Dit terwijl door integrale geboortezorg juist een besparing gerealiseerd kan worden.

De versnippering in de regulering speelt volgens de geïnterviewden een belangrijke rol. Met name in de GGZ, waar de gemeenten ook een belangrijke rol spelen is dit van belang. In enkele interviews werd daarnaast de versnippering

in regulering tussen de verschillende ZBO's genoemd (quotes 104-106).

#### GGZ

(104) De transitie van de Jeugdwet is een goede ontwikkeling. Maar de overheid had meer regie moeten oppakken, bijvoorbeeld bij eenheid van administratie. De verschillende administratiesystemen van de gemeentes zorgen voor extra kosten en daarmee voor ondoelmatige zorg.

(105) De landelijke overheid heeft geen greep op de regionale overheid, ze functioneren niet als één overheid. Gemeentes hebben soms lak aan wetten die opgelegd zijn vanuit de landelijke overheid. Een voorbeeld hiervoor vormt de Mededingingswet en de Wet bescherming persoonsgegevens. In sommige gevallen lijken gemeentes zich hier niet aan te houden of voorwaarden te stellen die niet binnen de kaders van deze wetten passen.

(106) Er wordt veel regie ondergebracht bij aparte overheidsinstanties, niet zijnde de landelijke overheid. Maar de vraag is of deze instanties de partijen in het veld aanspreken op de verantwoordelijkheden van die partijen in het zorgstelsel.

### 4.1.2 De introductie van integrale tarieven en de invoer van het hoofdbehandelaarschap hebben niet tot de gewenste verbetering van doelmatigheid geleid

Twee afspraken uit de hla's die zijn doorgevoerd, de integrale tarieven in de MSZ en het hoofdbehandelaarschap in de GGZ, hebben volgens de geïnterviewden niet tot de gewenste verbetering van doelmatigheid geleid.

De integrale tarieven in de MSZ hadden juist moeten leiden tot hogere doelmatigheid van de geleverde zorg. Door het integreren van het macrobudget voor de medisch specialisten met dat van de ziekenhuizen zouden partijen de interne organisatie van de te leveren zorg beter af kunnen stemmen op de behoeften en wensen van patiënten. De besparingen voor het zorgsysteem zijn afhankelijk van het bekostigingssysteem. Bij integrale bekostiging, waarbij aanbieders een bedrag voor het gehele zorgpad krijgen, loont het voor de aanbieder om te investeren in het voorkomen van complicaties. Het Nederlandse DBC-systeem rekent complicaties binnen 30 dagen toe aan de DBC. Het loont daarom voor aanbieders om te investeren in het voorkomen van complicaties in de eerste 30 dagen, hoewel dit niet per definitie leidt tot la-

Eerste verkenning effecten hoofdlijnenakkoorden

gere kosten voor het gezondheidssysteem. Het hoofdbehandelaarschap heeft als doel dat de zorg steeds geboden wordt door de hulpverlener die daartoe het best geëquipeerd is en die de zorg het meest doelmatig kan bieden. Er zijn criteria vastgesteld waar de hoofdbehandelaar aan dient te voldoen. Echter, zorgverzekeraars hebben ieder hun eigen visie over het hoofdbehandelaarschap. Hierdoor lukt het instellingen minder goed om doelmatige zorg te leveren.

### De introductie van integrale tarieven en de vormgeving van de MSB's heeft grote impact gehad bij enkele ziekenhuizen

In enkele interviews werd de introductie van het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) genoemd als belemmerend voor de verbetering van de doelmatigheid. De introductie van het MSB leidde in dit ziekenhuis niet direct tot verbetering van de doelmatigheid, maar eerder tot het vergroten van de discussie over het verdelen van de middelen. In de andere ziekenhuizen werd de introductie van het MSB niet als problematisch ervaren. Dit heeft mogelijk te maken met het feit dat de maatschappen reeds gefuseerd waren (quotes 107-109).

#### MSZ

(107) De impact van de organisatie van het Medisch specialistisch bedrijf (MSB) is groot. De vormgeving van het MSB is nog in ontwikkeling. De RvB heeft de wens voor een participatiemodel, waarin de RvB en het MSB beiden hun eigen verantwoordelijkheid hebben.

(108) Het gehanteerde Logex model is niet altijd bevorderend voor de kwaliteit van zorg. Het Logex model is een horizontale benchmark van de productie. Volgens de bestuurder zal de manier van benchmarking in de toekomst veranderen.

(109) Wij hebben maar een maatschap in het ziekenhuis, waardoor de impact van de introductie van de integrale tarieven niet groot was.

### Het hoofdbehandelaarschap wordt door betrokken partijen in de GGZ voor verschillende doeleinden gebruikt

Uit verschillende interviews blijkt dat de betrokken partijen in de GGZ het hoofdbehandelaarschap voor verschillende doeleinden gebruiken. Dit is mogelijk doordat de regelgeving open is voor interpretatie. Zoals al eerder geformuleerd is het van belang dat de afspraken specifiek en meetbaar moeten zijn om de slagingskans te

vergroten (Sethi, 1999). De zorgverzekeraars hebben allen een eigen visie over het hoofdbehandelaarschap. Deze visie uit zich in verschillende invulling van de contracten met de instellingen. Omdat het voor de instelling niet mogelijk is in de zorg onderscheid te maken bij wie de patiënt verzekerd is, gaat de instelling uit van de strengste eisen (quotes 110 en 111).

#### GGZ

(110) Een ander voorbeeld van onduidelijke regelgeving is de regelgeving rondom het hoofdbehandelaarschap. Deze wetgeving is middels een brief van het Ministerie vastgesteld. De regelgeving is open voor eigen interpretatie. Hierdoor verschillen zorgaanbieders en zorgverzekeraars met elkaar van mening over de invulling van de regel. De zorgverzekeraars verschillen ook onderling met elkaar van mening. Bij sommige zorgverzekeraars mag een verpleegkundig specialist de hoofdbehandelaar zijn van een patiënt, bij andere zorgverzekeraars niet. Omdat het onmogelijk voor de instelling te regelen is om andere zorg te leveren voor patiënten met andere zorgverzekeraars, gaat de instelling uit van de strengste eisen die gesteld worden.

(111) Het hoofdbehandelaarschap is een instrument dat top down is ingevoerd door de overheid. Alle partijen gebruiken de regelgeving voor een ander doeleinde. Echter, het instrument leidt nu niet tot hogere kwaliteit en doelmatigheid in de specialistische GGZ. Er zijn te weinig artsen en klinisch verpleegkundigen om hoofdbehandelaar te zijn. Een professional is nu verantwoordelijk voor ongeveer 300 patiënten. In de praktijk is dat niet werkbaar.

### 4.1.3 Heldere regelgeving is noodzakelijk om tot doelmatigheidsverbetering te komen

Meerdere geïnterviewden geven aan dat heldere regelgeving noodzakelijk is om te komen tot doelmatigheidsverbetering. Als systeemverantwoordelijke is de overheid hiervoor verantwoordelijk. Geïnterviewden geven meerdere voorbeelden waar dit tot besparing van kosten of hogere kwaliteit van zorg kan leiden.

#### Duidelijkheid van de regulering kan verder verbeteren

In de interviews kwam ter sprake dat de vormgeving van de regulering complex is. Hierdoor is het moeilijk voor aanbieders om in de bedrijfsvoering adequaat op de regulering in te spelen. Een geïnterviewde zou graag zien dat de overgang naar de Wlz op inhoudelijke criteria wordt

gemaakt in plaats van op het aantal jaren zorg dat een cliënt heeft gehad (quotes 112-114).

#### MSZ

(112) *Het is voor het ziekenhuis ingewikkeld om in te spelen op externe (beperkt beïnvloedbare) wijzigingen in de spelregels. De afgelopen jaren hebben veel grote veranderingen in bijvoorbeeld de financieringsystematiek plaatsgevonden. Rust in de regels is belangrijk om hier bij de bedrijfsvoering juist op in te spelen en de effecten te kunnen beoordelen.*

#### GGZ

(113) *Tevens zouden de geïnterviewden graag zien dat er een objectieve toets komt voor patiënten waarvan na een jaar al duidelijk is dat deze in de Wlz thuishoren. De overgang naar de Wlz zou op basis van inhoudelijke criteria plaats moeten vinden. Specialisten geven aan dat deze selectie op basis van inhoudelijke factoren mogelijk is.*

(114) *Een voorbeeld van ongewenste beleidsregel zijn patiënten waarvan al snel duidelijk is dat ze chronisch ziek zijn en dus in de Wlz thuishoren. Deze patiënten komen echter pas na 3 jaar in de Wlz terecht. De patiënten zitten eerst 1 jaar in de Zvw, daarna 2 jaar in de langdurige GGZ. Deze patiënten zorgen onder andere voor een sterke stijging in het aantal ligdagen.*

### Een transitieperiode is nodig om rekening te houden met inkomstendaling

Uit de literatuur is bekend dat de kans van slagen van afspraken wordt vergroot als de afspraken overeenkomen met de beloningsstructuur en cultuur binnen een bedrijf. In een interview is aangegeven dat de transitieperiode voor wijzigingen als te kort werd ervaren. De mogelijkheden voor meerjarenafspraken en een langere transitieperiode bij grote wijzigingen helpen bij de implementatie. De overheid moet hier bij de afspraken in de hla's meer rekening mee houden (quote 115).

#### MSZ

(115) *Er moeten (meer) mogelijkheden zijn om transities over meerdere jaren te laten plaatsvinden. Op deze manier kan beter rekening gehouden worden met inkomstendalingen.*

### Het landschap van de GGZ inkoop moet beheersbaar gemaakt worden

Als belangrijkste vervolgstap geven alle geïnterviewden het beheersbaar maken van het GGZ landschap aan. Het is ondoenlijk voor de instellingen om met alle partijen te onderhandelen en aan de verschillende administratiesyste-

men te voldoen. Volgens hen moet de overheid hier actie ondernemen als systeemverantwoordelijke. Er is meer eenheid van regelgeving nodig (quotes 116 en 117).

#### GGZ

(116) *Vooraf bij de curatieve GGZ is het van belang dat het landschap van de zorginkoop weer beheersbaar wordt. Het is ondoenlijk voor de instelling om met alle aparte partijen te onderhandelen. Een goede aansluiting bij de care is van belang voor o.a. op- en afschaling.*

(117) *Ten eerste moet de regeldruk in de GGZ verminderen. Deze is de afgelopen jaren sterk toegenomen.*

### 4.1.4 Overige gewenste rollen voor de overheid

In enkele interviews kwamen meer gewenste rollen van de overheid ter sprake zoals inkoop bij dure geneesmiddelen, beschikbaarheidsbijdrage en het ontwikkelen van zelfmanagement en e-health. De overheid zou volgens geïnterviewden een sterkere regierol moeten nemen. Overigens kwamen deze onderwerpen niet in alle interviews ter sprake, wat niet uitsluit dat andere geïnterviewden het wel kunnen onderschrijven (quotes 118-120).

#### MSZ

(118) *De overheid moet de regierol binnen het stelsel oppakken. De overheid moet de randvoorwaarden creëren waarbinnen de partijen hun eigen rol kunnen vervullen. Bij de dure geneesmiddelen zou de overheid ook de inkooprol bij de farmaceuten sterker op zich moeten nemen. De individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn te klein om een tegenkracht te vormen voor de farmaceuten.*

(119) *Een voorbeeld waar de overheid meer haar verbindende rol zou kunnen pakken, is de discussie over de beschikbaarheidsbijdrage. Het heeft relatief lang geduurd voordat hiervoor een oplossing gevonden is. Daarvoor was het noodzakelijk dat eerst de publiciteit gezocht werd. De overheid voert op dit vraagstuk naar mening van het ziekenhuis onvoldoende regie.*

#### GGZ

(120) *Er zijn meerdere ontwikkelingen in het veld, zoals zelfmanagement en e-health. E-health staat nu nog in de kinderschoenen en de effectiviteit is nog niet genoeg aangetoond. Maar de te behalen winst is potentieel groot. De overheid zou zelf met financiering, bijvoorbeeld met een subsidie via ZonMW, de ontwikkelingen kunnen steunen, of ervoor moeten zorgen dat banken de ontwikkelingen gaan financieren. Als Nederland een voorloper wordt in de E-health, kan Nederland deze producten ook buiten Nederland exporteren.*

## 4.2 De zorg moet ontschot worden om de doelmatigheid te verbeteren

In bijna alle interviews gaven bestuurders (zowel MSZ als GGZ) aan dat de schotten in de zorg de mogelijkheden voor verbetering van de doelmatigheid beperken.

Enkele geïnterviewden geven aan dat door de schotten in de zorg de financiering niet op de beste plek terecht komt. Investerings in de GGZ zouden de kosten in het ziekenhuis kunnen verminderen en vice versa. Ontschotting van zorg leidt zo tot een versnelling in de gewenste doelmatigheidsverbetering (quotes 121 en 122).

### GGZ

(121) *Het bestuurslid licht toe dat de zorgverzekeraar zorg inkoop zoals die past binnen de schotten van zorg, terwijl dit niet altijd passend is voor de patiënt. Deze situatie is lastig voor de zorgorganisatie, omdat de benodigde zorg voor een cliënt vaak over schotten heengaat. Deze schotten zijn ook lastig voor de zorgverzekeraar bij de inkoop van zorg. De bestuurder hoopt dat dit in de toekomst eenvoudiger georganiseerd wordt.*

(122) *Als laatste geven de geïnterviewden aan dat schotten blijven bestaan, bijvoorbeeld tussen de GGZ en ziekenhuis financiering. Investerings in de GGZ zouden de kosten in het ziekenhuis kunnen verminderen en vice versa. Er wordt echter alleen gekeken naar kosten per discipline en niet over de schotten heen.*

Daarbij gaven de geïnterviewden aan dat het vormen van een regionaal budget een mogelijke oplossing zou kunnen vormen voor de schotten in de zorg (quotes 123-126).

### MSZ

(123) *De bestuurder oppert de mogelijkheid voor een regiobudget op zorginhoud.*

(124) *Voor het succesvol kunnen naleven van de hoofdlijnenakkoorden is het volgens de bestuurders nodig om de schotten tussen de verschillende vormen van zorg weg te nemen. Een vorm hiervoor zouden regionale budgetten kunnen zijn.*

### GGZ

(125) *Bij care is het van belang dat de zorg domeinoverstijgend geregeld en gebudgetteerd wordt. De care richt zich veelal op de vraag 'Hoe organiseer ik het met elkaar'.*

(126) *De bestuurder oppert de mogelijkheid voor een regiobudget voor specifieke doelgroepen waarin de gehele zorg van de keten samenkomt.*

Ook buiten de zorg zien bestuurders mogelijkheden voor verbetering van de doelmatigheid. Ook hier lopen ze echter tegen de schottenproblematiek aan (quote 127).

### MSZ

(127) *Het ziekenhuis heeft aan een zorgverzekeraar voorgesteld om bij verbetering van de zorg ook naar de besparingen op verzuim te kijken. Een voorbeeld is een pilot bij een ICT-bedrijf. Hierdoor konden zowel de continuïteit van het bedrijf en de concurrentiekracht gediend worden, de zorgkosten beperkt worden, als ook de premies voor de inkomstenverzekeringen beperkt worden. Het bleek onmogelijk om projecten over de schotten van de zorg te definiëren, die mogelijk besparingen in andere schotten opleveren.*

## 4.3 Afspraken uit de hla's moeten worden gemonitord

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat het maken van 'smart' afspraken en het monitoren daarvan bijdraagt aan het nakomen van de afspraken. Het is daarbij wel essentieel dat de betrokken partijen transparant zijn in de voortgang van de uitkomsten (zie deel II). In de hla's zijn expliciet afspraken gemaakt over het monitoren van financiële realisatie, maar niet over het monitoren van alle overige afspraken. De overheid of een andere onafhankelijke partij zou deze taak op zich kunnen nemen. Een van de geïnterviewden heeft dit expliciet aangegeven in het interview. Het is nu onbekend of de afspraken uit de hla's nagekomen zijn (quote 128).

Bij een aanbieder kwam ook de samenwerking in de proeftuinen aan bod. Zij gaven aan dat de mogelijkheden om gegevens uit te wisselen tussen aanbieders bij deze proeftuin beperkt werden door de overheid, waardoor de benodigde transparantie tussen de betrokken aanbieders voor een shared savings contract niet geboden kon worden (quote 129).

### GGZ

(128) *De overheid zou meer regie moeten voeren. Dat houdt in dat de overheid de kaders moet creëren waarbinnen een probleem opgelost dient te worden. Daarna moet de overheid monitoren of de afgesproken doelen zijn bereikt. Het is aan het veld zelf om de exacte invulling te geven.*

(129) *Een ander voorbeeld van samenwerking vormt de proeftuin. Hier proberen aanbieders gezamenlijk tot een shared savings contract te komen. De zorgaanbieders liepen hier aan tegen de belemmering vanuit de overheid om gegevens uit te wisselen. Hierdoor werd de constructie voor een shared savings contract onnodig ingewikkeld.*

# Deel II

# Methode

## Hoofdstuk 5

# Vormgeving hoofdlijnenakkoorden

### 5.1 Hoofdlijnenakkoorden medisch specialistische zorg

De hoofdlijnenakkoorden zijn door het vrijwillige karakter een vorm van zelfregulatie door de sector. In de literatuur wordt zelfregulatie, al dan niet gestimuleerd door de overheid, opgevat als de inspanningen van een private partij om een set van regels te formuleren waaraan het bedrijf zich houdt, zonder dat de regels worden geformaliseerd door de overheid.

Bij zelfregulering is het belangrijk om te kijken of een sector brede benadering of een individuele benadering het meest kansrijk is. Sectorafspraken lijken een kosteneffectieve benadering om een gezamenlijk doel te formuleren en eensgezindheid te tonen. Toch kennen sectorafspraken enkele nadelen:

1. Er moet consensus worden gevonden tussen de partijen, wat lang kan duren. Bedrijven kunnen implementatie dwarszitten door het onderhandelingsproces te rekken.
2. Ook is het mogelijk dat de richtlijnen zijn afgestemd op de minst presterende bedrijven in de sector, waardoor de afspraken niet stringent genoeg worden.

Individuele zelfregulering kan leiden tot een afspraak die beter past bij het bedrijf en naleving eenvoudiger maakt (Sethi, 1999)

In de hoofdlijnenakkoorden voor de medisch specialistische zorg staat het doel van de overeenkomst geformuleerd: *'Gezamenlijke intentie de kosten te beheersen door het uitwerken*

*van een inhoudelijke agenda'*. Daarnaast benoemen partijen de uitgangspunten (reeds uitgevoerde wijzigingen in de bekostiging), de ambities (maximale groei) en de inspanningen van partijen om die ambitie waar te maken. Het akkoord is ondertekend door de koepels van zorgaanbieders (NFU, NVZ, ZKN), de koepel van zorgverzekeraars (ZN) en de overheid (Ministerie van VWS)

Het hoofdlijnenakkoord 2014-2017 vormt een aanvulling op het hoofdlijnenakkoord 2012-2015 en bevat nog aanvullende afspraken. Het onderhandelaarsakkoord 2014-2017 is ook door de Orde van Medisch Specialisten ondertekend.

De gemaakte inhoudelijke afspraken in het tweede akkoord zijn ingedeeld in zes categorieën:

1. Agenda kwaliteit en doelmatigheidsopgave
2. Invoering integrale bekostiging
3. Verbetering informatievoorziening
4. Proces contractering / gelijk speelveld
5. Onderzoek beheerste introductie zorgvoorzieningen
6. E-health

De afspraken uit het eerste akkoord kunnen op dezelfde wijze worden ingedeeld.

BOX 1. Verantwoordelijkheden van partijen (Uit hoofdlijnenakkoord 2012-2015 Medisch specialistische zorg)

Zorgaanbieders (ziekenhuizen, ZBC's en specialisten) zijn verantwoordelijk voor het leveren van doelmatige en gepaste zorg en zullen hierover transparant zijn richting patiënten, zorgverzekeraars en overheid. Zij zijn hierbij gedreven door een wens de kwaliteit, veiligheid en innovatiekracht van de ziekenhuiszorg steeds op een hoger niveau te brengen.

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk om hun zorgplicht jegens hun verzekerden na te komen. Zij zullen dat zo doelmatig mogelijk doen. Voor in ieder geval die zorg die onder de naturapolissen valt, zullen ze dat doen door bij de zorginkoop te letten op doelmatige en gepaste zorg en die zoveel mogelijk te vertalen in een beheerste uitgavenontwikkeling.

Verzekeraars zien toe op de naleving van de bij de inkoop gemaakte afspraken. Hoe in dit verband moet worden omgegaan met restitutiepolissen wordt nader bezien. Zorgverzekeraars sturen op een doelmatige inrichting van het zorglandschap waarbij kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid uitgangspunten zijn.

## 5.2 Hoofdpijnenakkoorden GGZ

Het bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014 is ondertekend door de koepels van zorgaanbieders en behandelaren (GGZ-NL, NIP, NVVP thans LVVP, NvVP, LVE, Meer GGZ, LVG, thans InEen), koepel van cliëntenorganisaties (LPGGZ), zorgverzekeraars (ZN) en overheid (Ministerie van VWS). Het bestuurlijk akkoord bevat als uitgangspunt dat de zorg rond de patiënt wordt georganiseerd, en niet de patiënt rond de zorg. Vertegenwoordigers dragen gezamenlijk de verantwoordelijkheid om bij te dragen aan een gevarieerd aanbod van kwalitatief goede en doelmatige zorg voor patiënten met psychische aandoeningen. Essentieel daarbij is dat er een taal is voor kwaliteit en dat de uitkomsten onderling vergelijkbaar zijn. Door een gezamenlijke

inhoudelijke agenda kan de zorg in de toekomst kwalitatief hoogwaardig en betaalbaar blijven.

Ook in de GGZ is een tweede akkoord afgesloten. *Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2014-2017*. Dit tweede akkoord is aanvullend ondertekend door Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN).

In de bestuurlijke akkoorden GGZ zijn inhoudelijke afspraken gemaakt over:

- Kwaliteit, transparantie en informatievoorziening
- Ambulantisering, destigmatisering en zelfmanagement
- E-health
- Toegankelijkheid
- Hoofdbehandelaarschap
- Gelijk speelveld en keuzevrijheid voor patiënten
- Versnelling contracteercyclus
- Nieuwe toetreders
- Selectieve zorginkoop/ artikel 13/ restitutiepolis
- Onderhanden werk
- Tarieven gespecialiseerde GGZ
- Uitbreiding MBI
- Veranderingen in de generalistische basis-GGZ en de gespecialiseerde GGZ
- Uniform screeningsinstrument
- Integrale zorg
- Jeugd GGZ
- Hervorming langdurige zorg
- Opleidingsplaatsen
- Eigen bijdrage
- Risicoverevening
- Administratieve lasten

## Hoofdstuk 6

# Literatuuronderzoek

Het doel van het literatuuronderzoek is om meer inzicht en achtergrondinformatie vanuit nationale en internationale literatuur te verkrijgen aan welke voorwaarden succesvolle afspraken moeten voldoen. We hebben in beeld gebracht hoe aanbieders reageren (of mogelijk anderszins kunnen reageren) op lagere inkomsten en welke acties aanbieders kunnen ondernemen om de kosten te verlagen. Daarbij zijn we tevens nagegaan in hoeverre deze strategieën in Nederland kunnen worden toegepast en wat de effecten op de publieke belangen zijn vanuit de literatuur. Het literatuuronderzoek is gezamenlijk uitgevoerd door Het Talma Instituut en de Celsus Academie.

### 6.1 Methode en opzet

We hebben relevante internationale artikelen geselecteerd door gebruik te maken van selectieve zoekwoorden en de meest relevante resultaten te verkennen. We benadrukken dat dit geen systematische literatuurstudie is, en dat de gevonden artikelen niet uitputtend zijn.

We bespreken aanbieders die binnen dat thema maatregelen hebben genomen om kosten te reduceren. De literatuurstudie heeft als doel om weer te geven wat de mogelijke reacties van aanbieders zijn op een daling van de inkomsten. Hoewel de internationale literatuur aanwijzingen geeft over de wijze waarop Nederlandse aanbieders kunnen reageren, passen niet alle reacties in het Nederlandse zorgstelsel. Om deze reden geven we per categorie de toepasbaarheid binnen het Nederlandse zorgstelsel.

### 6.2 Theoretisch kader: succesfactoren bij vrijwillige afspraken

De hoofdlijnenakkoorden zijn door het vrijwillige karakter een vorm van zelfregulatie door de sector. In de literatuur wordt zelfregulatie, al dan niet gestimuleerd door de overheid, opgevat als de inspanningen van een private partij om een set van regels te formuleren waaraan het bedrijf zich houdt, zonder dat de regels worden geformaliseerd door de overheid. Zelfregulatie valt in twee groepen in te delen:

1. Marktgerichte regulering, bijvoorbeeld afspraken over compatibiliteit van producten, en
2. Morele gedragscodes, gericht op het oplossen van een maatschappelijk probleem. Gedragscodes kunnen ook worden gebruikt voor marktgerichte doeleinden. Bijvoorbeeld het verbeteren van een imago door maatschappelijke betrokkenheid. Een voorbeeld is de morele code om af te zien van agressieve marketing van babyvoeding als alternatief voor moedermelk in derdewereldlanden, opgesteld door de WHO. Verontrust door agressieve verkoop van babyvoeding in derdewereldlanden door het bedrijf Nestlé, stelde de VS een boycot van Nestlé-producten in. Het bedrijf committeerde aan de morele code om de boycot op te heffen (Muller, 2013). De code wordt niet altijd strikt nageleefd (Moorhead).

Vrijwillige overeenkomsten kunnen een grote



meerwaarde hebben bij het aanpakken van maatschappelijke problemen. Als een bedrijf morele codes opstelt kunnen andere bedrijven in de sector volgen. Een sector committeert mogelijk eerder aan vrijwillige afspraken dan dat het regulering vanuit de overheid accepteert. Vaak ontstaan vrijwillige afspraken echter uit voorzorg om (strengere) overheidsregulering te voorkomen. Een overheid kan zelfregulatie beruiken om te besparen op formuleren van wetgeving en toezicht op naleving.

Toch zijn vrijwillige akkoorden geen garantie voor succes. Er zijn veel voorbeelden van vrijwillige afspraken die niet de beoogde doelstellingen bereiken, bijvoorbeeld door gebrek aan transparantie en sociale verantwoording (Sethi, 1999). Een voorbeeld is het Noord-Amerikaanse handelsverdrag PhaRMA (Pharmaceutical Research and Manufacturers of America), wat volgens Lexchin voornamelijk is opgezet om de verkoop en de winsten te verhogen (Lexchin, 2003). De code is met opzet vaag gehouden, zodat de transparantie laag is en sancties onwaarschijnlijk zijn. Ook in de internationale mijnindustrie heeft het invoeren van een sectorafpraak niet geleid tot verbeteringen op het gebied van arbeidsomstandigheden. Een evaluatie komt tot de conclusie dat de code heeft gefaald om enige resultaten te halen bij het opstellen van richtlijnen, het implementeren van verandering, het committeren aan de richtlijnen of het openbaar maken van de resultaten (Pearson & Seyfang). Vergelijkbare conclusies kunnen worden getrokken voor de arbeid- en milieuafspraken in de detailhandel (Pearson & Seyfang) en preventie-maatregelen in de tabaksindustrie (Amos, Hillhouse, Robertson, & 1988). De Spaanse overheid sloot in 1998 overeenkomsten met de farmaceutische industrie om de prijzen van de medicijnen te drukken. In 1999 ontbonden de farmaceutische bedrijven de overeenkomst unilateraal. De overheid voerde vervolgens verplichte prijsreducties in (Puig-Junoy, 2004).

Hoewel vrijwillige afspraken niet altijd worden nagekomen, zijn ze van groot belang voor de samenleving. Daarom heeft Sethi enkele richtlijnen opgesteld die de kans vergroten dat vrijwillige afspraken worden nagekomen (Sethi, 1999).

1. De afspraken zijn specifiek en meetbaar

2. De afspraken betrekken medewerkers op lokaal niveau
3. De afspraken komen overeen met beloningsstructuren en cultuur binnen een bedrijf
4. De betrokken partijen zijn transparant in de voortgang en uitkomsten
5. De afspraken worden gecontroleerd door een externe partij

Naast deze punten kan de werking van vrijwillige afspraken mogelijk worden verbeterd als de afspraken een maatschappelijk probleem aanpakken, en als een dreiging bestaat op strengere overheidsregulering.

### Sector brede of individuele zelfregulering

Bij zelfregulering is het belangrijk om te kijken of een sector brede benadering of een individuele benadering het meest kansrijk is. Sectorafspraken lijken een kosteneffectieve benadering om een gezamenlijk doel te formuleren en eensgezindheid te tonen. Toch kennen sectorafspraken enkele nadelen:

1. Er moet consensus worden gevonden tussen de partijen, wat lang kan duren. Bedrijven kunnen implementatie dwarszitten door het onderhandelingsproces te rekken.
2. Ook is het mogelijk dat de richtlijnen zijn afgestemd op de minst presterende bedrijven in de sector, waardoor de afspraken niet stringent genoeg worden.

Individuele zelfregulering kan leiden tot een afspraak die beter past bij het bedrijf en naleving eenvoudiger maakt (Sethi, 1999).

## 6.3 Mogelijke strategieën zorgaanbieders

In nationale en internationale literatuur hebben we gezocht hoe aanbieders reageren (of mogelijk anderszins kunnen reageren) op lagere inkomsten en welke acties aanbieders kunnen ondernemen

Eerste verkenning effecten hoofdlijnenakkoorden

om de kosten te verlagen. Daarbij zijn we tevens nagegaan in hoeverre deze strategieën in Nederland kunnen worden toegepast en wat de effecten op de publieke belangen zijn vanuit de literatuur. De resultaten uit de literatuur bespreken we aan de hand van categorieën (1) efficiency, (2) doorverwijzen, (3) minder zorgverlening of lagere kwaliteit, (4) cherry-picking, (5) beperken aantal behandelingen en (6) gepast gebruik en (7) substitutie

### 6.3.1 Efficiency

Maatregelen die de kwaliteit verhogen tegen lagere kosten liggen niet voor het oprapen. Vaak zijn dergelijke maatregelen tijdrovend of duur om in te voeren, en is het onzeker of de besparing ook in een specifieke setting gerealiseerd kan worden. In de literatuur hebben we gezocht naar maatregelen om complicaties en verspilling te verminderen.

#### Verminderen van complicaties

In de literatuur wordt het reduceren van complicaties vaak aangehaald als een strategie om kwaliteit te verbeteren en kosten te besparen. Interventies die complicaties verminderen richten zich bijvoorbeeld op voorkomen van infecties (Hsu et al., 2014; Kirkland et al., 2012) of voorkomen van medicatiefouten (Karapinar-d'ž'arkit et al., 2012; Yasunaga et al., 2016). Een studie uit de VS schat dat de mogelijke besparingen bij afname van complicaties na hartoperaties kan oplopen tot \$56.584 per patiënt (Pasquali et al., 2014). Een manier om complicaties te verminderen is om een shared-savings model te implementeren (Krupka, Sandberg, & Weeks, 2012).

In de VS is aangetoond dat medicatietherapiemanagement (MTM) tot kwaliteitsverbetering en kostenbesparingen kan leiden. MTM houdt in dat apothekers routinematig de medicatie van patiënten controleren en medicatieproblemen in een vroeg stadium ontdekken. De evaluatie van 10 jaar MTM laat besparingen zien van ongeveer 70 dollar per patiënt (Ramalho de Oliveira, Brummel, & Miller, 2010). Een ziekenhuis in Spanje heeft beperkte efficiëntiewinsten kunnen boeken door het medicatievoorschrijfgedrag te

verbeteren. Een apotheker kreeg de taak om het medicatiegebruik van alle patiënten door te lichten, en kon door de medicatieveiligheid te verbeteren een besparing realiseren van bijna 700 euro per maand (Arenas Villafranca et al., 2015).

De besparingen voor het zorgsysteem zijn afhankelijk van het bekostigingssysteem. Bij integrale bekostiging, waarbij aanbieders een bedrag voor het gehele zorgpad krijgen, loont het voor de aanbieder om te investeren in het voorkomen van complicaties. Het Nederlandse DBC-systeem rekent complicaties binnen 30 dagen in bij de DBC. Het loont daarom voor aanbieders om te investeren in het voorkomen van complicaties in de eerste 30 dagen, hoewel dit niet per definitie leidt tot lagere kosten voor het gezondheidssysteem.

#### Verminderen van verspilling

Een tweede manier om de kostengroei op te vangen is het terugdringen van inefficiënties in de organisatie. Aanbieders kunnen de efficiëntie verbeteren door bijvoorbeeld opnamedagen te verminderen of te besparen op overhead (Klein & Maybin, 2012). Ook wordt het verbeteren van de inkoop van het ziekenhuis en een betere benutting van gebouwen genoemd als mogelijke manieren om de afname in budgetten op te vangen (Grant, Appleby, Griffin, Adam, & Gishen, 2012).

Interventies om de overhead te beperken, bijvoorbeeld het 'lean' werken of de 'Kaizen blitz' methode, kunnen kleine efficiëntiewinsten opleveren, maar het effect van deze interventies wordt vaak overschat (Radnor, Holweg, & Waring, 2012). Inventory management en supply chain management kunnen ook worden ingezet om de efficiëntie te verbeteren. In een ziekenhuisapothek in de VS zou deze aanpak tot een significante kostenbesparing kunnen leiden (Dobson, Tilson, Tilson, & Haas, 2014). Ook het terugdringen van verspilling door betere afvalscheiding heeft in een Spaanse setting significante besparing opgeleverd. Door voorlichting en educatie bij het scheiden van medisch afval heeft het Alcorcon Universitair en Medisch Centrum in Madrid in totaal 125.000 euro bespaard (Arenas Villafranca et al., 2015).

Verbetering in de planning van operaties kunnen leiden tot efficiëntiewinsten. In Nederlandse UMC's kan het benchmarken van te laat beginnen aan een operatie leiden tot kostenreducties (van Veen-Berkx, Elkhuizen, Kalkman, Buhre, & Kazemier, 2014). Ook procesverbetering waarbij scans en diagnostische tests sneller beschikbaar komen kan kosten besparen (Hardy, Hutton, & Snaith, 2013). Energiebesparing kan sterke kostenreducties met zich meebrengen (Kaplan, Sadler, Little, Franz, & Orris, 2012).

Het is waarschijnlijk dat Nederlandse aanbieders ook op budgetten reageren door het nemen van besparingsmaatregelen die de kwaliteit niet of beperkt beïnvloeden. Er zitten echter grenzen aan deze incrementele bezuinigingen. Ook zijn voor interventies met hoge baten vaak flinke investeringen nodig, wat een belemmerende factor is als aanbieders te maken krijgen met een daling in kosten.

### 6.3.2 Doorverwijzing (naar andere zorgaanbieder)

Uit de literatuur blijkt dat mogelijkheden om met doorverwijzingen de kosten te drukken voornamelijk liggen bij substitutie naar de eerstelijns. Een pilotstudie uit het VK laat de kostenbesparende mogelijkheden zien van (telefonische) triage van doorverwijzingen vanuit de eerstelijns en de spoedeisende hulp. In de studie daalde het aantal doorverwijzingen naar het ziekenhuis met 21% (Westall, Spackman, Nadarajah, & Trepte, 2015). Een pilot-studie uit de VS toont de kostenbesparende capaciteit aan van zorg thuis als alternatief op verblijf in het ziekenhuis na bezoek aan de spoedeisende hulp (Crowley et al.). In sommige gevallen kan het starten en doorverwijzen naar een zelfstandige kliniek een kosteneffectieve oplossing zijn (Ahram et al., 2015; Peukert et al., 2015). Een voorbeeld is het peroperatief revalidatiehuis, waarbij operatie en revalidatie wordt afgestemd in de eerstelijns (anderhalve lijn), wat leidt tot een kostenbesparing in de tweedelijns (Kash, Zhang, Cline, Menser, & Miller, 2014).

### 6.3.3 Minder zorgverlening

Aanbieders kunnen de capaciteit reduceren door afdelingen te sluiten. Hier is echter weinig literatuur over beschikbaar. Artikelen over het verminderen van zorgverlening zijn meestal geschreven in de context van kwaliteitsverbetering, bijvoorbeeld doordat de maatregel onnodige zorgverlening tegengaat, in dat geval past het onder vergroten van efficiency. Slechts enkele onderzoeken concluderen dat de kwaliteit niet is verbeterd, of laten dit in het midden. Een review naar voorschrijven van antibiotica uit 2013 vindt bijvoorbeeld een aantal succesvolle maatregelen om het antibioticagebruik te verminderen (Davey et al., 2013). Dit hoeft niet ten koste te gaan van de kwaliteit. Het VUMC in Amsterdam heeft met een combinatie van interventies, bestaande uit educatie, feedback, het volgen van de richtlijnen, het ontbundelen van testpakketten en een mentorsysteem voor junior dokters het aantal (onnodige) diagnostische tests weten te reduceren met 13% (Vegting et al., 2012).

Een andere methode om minder zorgverlening te bieden is het terugdringen van het aantal behandeldagen. Een studie uit de VS vindt bijvoorbeeld dat een protocol voor opname van patiënten die bij de eerste hulp komen, gecombineerd met een aparte afdeling ter observatie, kan leiden tot een sterke afname in het aantal ziektedagen en gerelateerde kosten (Ross et al., 2013). Ook integrale bekostiging kan de behandelduur verkleinen (Doran & Zabinski, 2015). Een interventie waarbij psychiatrische patiënten een snelle beoordeling en aangepast plan kregen leidde ook tot een afname in het aantal ligdagen in het VK (Tadros et al., 2013). Het is onzeker hoe de afname van het aantal ligdagen de kwaliteit beïnvloedt. In internationaal opzicht is de ligduur in Nederland laag, wat de mogelijkheden om deze verder terug te dringen beperkt.

### 6.3.4 Lagere kwaliteit

De relatie tussen bezuinigingen en kwaliteit is op basis van de literatuur onduidelijk. Het verlagen van de kosten door per patiënt minder diensten of contacturen te leveren kan de marges verhogen ten koste van kwaliteit. Lin et al. (2016)

Eerste verkenning effecten hoofdlijnenakkoorden

onderzoekt het effect van het instellen van een budget in Taiwan op zorggebruik, zorguitgaven en kwaliteit, en vindt dat de maatregel leidde tot hogere zorguitgaven, langere ziekenhuisopnames en lagere kwaliteit (Lin, Ma, Lin, & Kao, 2016). Onderzoek naar de Health Maintenance Organisations (HMO's) in de VS vindt het tegenovergestelde resultaat: daar leidde patiëntbudgetten tot lagere kosten en hogere kwaliteit (Ayanian, Landon, Saunders, Pawlson, & Newhouse, 2013; Retchin et al., 1992). Het verschil kan mogelijk worden verklaard door de verschillen in financiële prikkels. Individuele medisch specialisten in Taiwan krijgen meer betaald als ze meer zorg leveren, hoewel bij overproductie de prijs per behandeling daalt. Specialisten van HMO's werken meestal in loondienst of worden per verzekerde betaald, waardoor hogere productie zich niet vertaalt naar een hoger salaris.

Vanuit de literatuur zijn er weinig aanwijzingen dat aanbieders de kwaliteit verminderen bij budgetdruk, het is mogelijk dat dit in de Nederlandse situatie wel optreedt.

### 6.3.5 Cherry picking

Een ongewenst gevolg van budgettering is dat ziekenhuizen patiënten gaan selecteren op basis van de verwachte opbrengsten. Voor sommige patiënten hoeft het ziekenhuis weinig kosten te maken voor een hoge vergoeding. Als ziekenhuizen deze patiënten actief selecteren is er sprake van cherry-picking (Ellis, 1998). Veel literatuur beschrijft cherry-picking door zorgverzekeraars, waarbij zorgverzekeraars de personen selecteren met laag risico op zorg (*How Adverse Selection Affects the Health Insurance Market*; Jacobs & Sommers, 2015). Soms weren zorgverzekeraars zelfs actief personen met een hoog risico op zorg, die een verlies op de verzekering betekenen. Cherry-picking door aanbieders is veel minder vaak beschreven in de literatuur (Desai et al., 2009). Toch bestaat het gevaar dat het bij budgetteren aantrekkelijker wordt voor aanbieders om deze tactiek te gebruiken om binnen het budget te blijven. Ook kan een aanbieder proberen om andere financieringsbronnen aan te boren, bijvoorbeeld in het private segment. Studies uit de VS vinden

geen bewijs voor verschuivingen van kosten als gevolg van lagere tarieven (White, 2013; White & Wu, 2014).

### 6.3.6 Beperken aantal behandelingen /wachtlijsten

Ongeacht de hoogte van de uitgaven ontstaan wachtlijsten als er wordt bezuinigd, vooral door middel van budgettering. Vaak wordt beargumenteerd dat het cred'z'eren van extra vraag (en wachtlijsten) door aanbieders helpt bij de lobby voor hogere uitgaven (Iversen, 1993). In de praktijk blijkt echter dat hogere uitgaven niet altijd leiden tot een afname van de wachtlijsten (Naylor, 1991). Een geoormerkte toename van het budget voor specifieke behandelingen kan de wachtlijsten wel laten afnemen (Feldman & Lobo, 1997). De relatie tussen lagere budgetten en wachtlijsten is sterk, waardoor het waarschijnlijk is dat budgettering leidt tot lagere uitgaven. Er zijn aanwijzingen dat de wachtlijsten voor de GGZ in Nederland ook toenemen. Als de wachttijden hoger worden dan de maximum aanvaardbare wachttijden (de zogeheten Treeknorm) komt de wettelijke taak van zorgverzekeraars om tijdig zorg te leveren in gevaar, waardoor zorgverzekeraars budgettaire barrières moeten opheffen. Het beperken van het aantal behandelingen kan voor de zorgaanbieder een effectieve strategie zijn om een hoger budget uit te onderhandelen.

### 6.3.7 Gepast gebruik / praktijkvariatie

Uit onderzoek blijkt dat de variatie in zorggebruik tussen vergelijkbare patiëntenpopulaties groot is. Een deel van deze variatie is verklaarbaar door verschillen in culturele of demografische factoren, maar een groot deel is onverklaarde praktijkvariatie. Mogelijk spelen aanbodfactoren zoals verschillen in behandelvoorkeuren van artsen hierbij een rol, waardoor sommige patiënten worden overbehandeld (Hlatky & DeMaria, 2013). Het beperken van praktijkvariatie kan leiden tot hogere kwaliteit en lagere kosten, hoewel praktijkvariatie ook op onderbehandeling

kan duiden. Een aantal interventies om praktijkvariatie tegen te gaan zijn bekend, van het invoeren en aanscherpen van nationale richtlijnen tot het invoeren van ziekenhuisprotocollen voor specifieke ziekten.

Het implementeren van gepaste-zorgcriteria kunnen sterke kostenbesparingen opleveren. Een groot ziekenhuis in de VS heeft met de ontwikkeling en implementatie van gepaste-zorgcriteria een afname van 17% in het volume van dotteren en bypass-operaties gerealiseerd, wat resulteerde in een afname van 36% van de kosten voor cardiovasculaire aandoeningen (Puri, Carroll, & Patterson, 2016). Een ander voorbeeld is Crystal Run Healthcare, een grote zorgaanbieder uit de VS, die een programma gericht op het terugdringen van praktijkvariatie bij diabeteszorg heeft geïmplementeerd. Dit driestappenplan gericht op het opstellen van klinische richtlijnen, het analyseren van kostenstructuren en het identificeren van best practices leverde in zes maanden een besparing van 9% op (Hines, Nasser, & Green, 2015). Een studie uit de VS laat zien dat richtlijnen ook bij geboortezorg de praktijkvariatie kunnen beperken, met een positief effect op kwaliteit en kosten (Kozhimannil et al., 2013). Onderzoek naar praktijkvariatie bij bijvoorbeeld rughernia laat zien dat ook in Nederland nog verbeteringen mogelijk zijn (ZN, 2013).

### 6.3.8 Substitutie

Aanbieders kunnen kosten besparen door de zorg te verplaatsen van setting of door taakherschikking. De verwachting bij taakherschikking van bijvoorbeeld de medisch specialist naar de verpleegkundige is dat de kosten dalen met behoud van kwaliteit. Een systematisch review uit 2005 vond dat kwaliteit doorgaans behouden blijft, maar dat de kostenbesparingen vaak beperkt zijn. Dit komt doordat taakherschikking mogelijk de behandelcapaciteit uitbreidt, waardoor meer patiënten geholpen kunnen worden, ook patiënten die voorheen niet in zorg waren. Bovendien zijn verpleegkundigen over het algemeen meer uren kwijt aan een taak dan de medisch specialist, waardoor de kostenbesparingen ook lager uitvallen (Laurant et al., 2005).

Een studie uit de VS vindt een beperkte besparing bij taakherschikking op de eerstehulpafdeling (Parikh et al., 2012).

Substitutie naar de eerstelijns kan ook kostenbesparingen opleveren. In de VS wordt dit gestimuleerd door middel van de *patient-centered medical homes*, waarbij eerstelijnsarrangementen worden gebundeld. Het is echter onzeker of dit daadwerkelijk leidt tot een kostenbesparing. Een review van het AHRQ, een overheidsorganisatie in de VS die onderzoek naar kwaliteit promoot, vond recentelijk dat de resultaten op het gebied van kosten en kwaliteit onzeker zijn (AHRQ, 2013). Mogelijk kan substitutie naar palliatieve zorg kostenbesparend werken (McCarthy, Robinson, Huq, Philastre, & Fine, 2015).

In Nederland kan substitutie naar de eerstelijns de kostengroei van het ziekenhuis of GGZ-instelling verplaatsen. Hier is ook ruimte voor vrijgemaakt in de hoofdlijnenakkoorden; de eerstelijns heeft een hogere groei ruimte gekregen. Of het ook leidt tot een kostenbesparing is onzeker. Ook is het onbekend wat het gevolg van substitutie op kwaliteit is. De NZa heeft in 2012 een rapport uitgebracht over de mogelijkheden van taakherschikking. In dit rapport wordt geconcludeerd dat taakherschikking met de huidige regelgeving mogelijk is, en dat er lagere tarieven afgesproken kunnen worden. De NZa waarschuwt wel dat de totale zorgkosten hoger kunnen uitvallen als taakherschikking leidt tot meer behandelingen (suppletie in plaats van substitutie) (NZa, 2012).

## 6.4 Conclusie

Er is een beperkte hoeveelheid literatuur beschikbaar over de reacties van aanbieders bij een budgetvermindering. Veel van de artikelen beschrijven programma's die de kwaliteit verbeteren en kosten besparen. Deze programma's vergen vaak echter tijd en investering, terwijl het implementatiesucces onzeker is. Hierdoor zijn ze vaak niet geschikt als reactie op een lager budget. De gevonden artikelen zijn vaak van gebrekkige kwaliteit, waardoor het effect op de kosten erg onzeker is. De resultaten moeten daarom worden gezien als voorbeeld van moge-

lijke acties van aanbieders, met als kanttekening dat niet elke strategie effectief zal blijken. Mogelijk is er sprake van een publicatiebias op dit onderwerp, omdat aanbieders niet geneigd zijn om te publiceren over negatieve effecten op kwaliteit van bezuinigingen. Bovendien hebben aanbieders een belang om bezuinigingsbeleid te ontmoedigen, waardoor succesvolle bezuinigingsopties mogelijk niet openbaar worden.

Uitgaande van ervaringen in het buitenland lijkt het in sommige gevallen mogelijk om de efficiency te verbeteren, bijvoorbeeld door het tegengaan van voedsel- en energieverstopping, het terugdringen van overhead en het verbeteren van planning van operaties. Onze verwachting is dat aanbieders deze strategieën zoveel mogelijk proberen te benutten, omdat dit minder snel ten koste gaat van de kwaliteit en werkgelegenheid. Als deze maatregelen niet voldoende zijn, is de verwachting dat ziekenhuizen zullen besparen op de productiekosten, door te bezuinigen op de kosten van inkoop, de loonkosten en de kapitaallasten. We hebben weinig aanwijzingen gevonden voor cherry-picking, doorverwijzingen of verlagen van de kwaliteit. Verminderen van het aantal behandelingen richt zich vooral op afname van de behandelduur en verminderen van complicaties. Substitutie en gepast gebruik lijken beperkt mogelijk, maar vergen vaak een investering voordat enige kostenbesparingen kunnen worden gerealiseerd. Dit maakt deze strategie minder aantrekkelijk als er op korte termijn moet worden bezuinigd.

## Hoofdstuk 7

# Opzet van de interviews

De interviews zijn semigestructureerd uitgevoerd. Bij de interviews hebben we de placemat methode gebruikt. Het belangrijkste voordeel van deze methode is dat de geïnterviewde zelf de volgorde van de te bespreken punten bepaalt, waardoor een open gesprek ontstaat waar op een natuurlijke wijze de verschillende onderwerpen worden behandeld. Op het placemat zijn de rollen van de verschillende veldpartijen weergegeven (zie figuur).

Tijdens het interview hebben we de rol van de overheid, de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder besproken. Vervolgens hebben we besproken welke maatregelen de zorgaanbieder heeft genomen om de doelstellingen uit de hla's te realiseren.

Het doel van de interviews is om een eerste inzicht in de effecten van de hla's te geven. De bevindingen uit de interviews betreffen een eerste inventarisatie van de effecten en kunnen (gezien het aantal uitgevoerde interviews) geen representatief beeld geven van de gehele sector.

In totaal hebben we 9 aanbieders geïnterviewd, waarvan 5 ziekenhuizen en 4 GGZ aanbieders. Gezamenlijk met de opdrachtgever hebben we besloten om in dit project uitsluitend zorgaanbieders te interviewen, omdat zij de afspraken uit de hla's uitvoeren. Daarnaast hebben we in deze verkenning geen zelfstandig handelcentra en kleine organisaties betrokken, omdat het niet mogelijk is om een eenduidig beeld te creëren.

Het hoofdlijnenakkoord is afgesloten om groei van zorguitgaven te beperken

#### Overheid

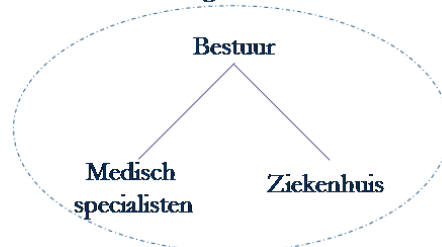
- Op systeemniveau verantwoordelijk voor betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit
- Randvoorwaarden zodat partijen hun rol kunnen vervullen
- Tijdige en heldere regelgeving



#### Zorgverzekeraar

- Zorgplicht doelmatic nakomen
- Zorginkoop: doelmatic en gepaste zorg
- Naleving van bij inkoop gemaakte afspraken
- Sturen op doelmatic inrichting van het zorglandschap

#### Zorgaanbieder



- Leveren van doelmatic en gepaste zorg
- Transparantie naar patiënten, overheid en zorgverzekeraars
- Drijfveer: de kwaliteit, veiligheid en innovatiekracht



## Hoofdstuk 8

### Literatuur

Ahram, T., Karwowski, W., Schmorow, D., Fahmand, K., Mostafa, M., Wadhwa, S. S., Khiabani, V. H. (2015). 6th International Conference on Applied Human Factors and Ergonomics (AHFE 2015) and the Affiliated Conferences, AHFE 2015 Cost Optimization for Patient Referrals. *Procedia Manufacturing*, 3, 312-318. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.promfg.2015.07.160>

AHRQ. (2013). The Medical Home: What Do We Know, What Do We Need to Know? A Review of the Earliest Evidence on the Effectiveness of the Patient-Centered Medical Home Model. Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services.

Amos, A., Hillhouse, A., Robertson, G., & (1988). Tobacco advertising and children - the impact of the Voluntary Agreement. *Health Education Research*.

Arenas Villafranca, J., Maria Eugenia, B., Miriam, N., Alberto, A., Elena, A., & Begona, T. (2015). CP-124 Impact of hospital pharmacist integration on patient safety in a general surgery service and the related direct financial savings. *European Journal of Hospital Pharmacy*, 22(Suppl 1), A49-A50. doi: 10.1136/ejhpharm-2015-000639.118

Ayanian, J. Z., Landon, B. E., Saunders, R. C., Pawlson, L. G., & Newhouse, J. P. (2013). Quality of Ambulatory Care in Medicare Advantage HMOs and Traditional Medicare. *Health Affairs (Project Hope)*, 32(7), 1228-1235. doi: 10.1377/hlthaff.2012.0773

Crowley, C., Brennan, J., Stuck, A. R., Killen, J., Wittgrove, A., Martinez, T., & Castillo, E. 243 Exploring Patient Characteristics and Potential Cost Savings for Home Health

as an Alternative to Hospital Admission After Emergency Department Treatment. *Annals of Emergency Medicine*, 66(4), S88. doi: 10.1016/j.annemergmed.2015.07.276

Davey, P., Brown, E., Charani, E., Fenelon, L., Gould, I. M., Holmes, A., . . . Wilcox, M. (2013). Interventions to improve antibiotic prescribing practices for hospital inpatients. *The Cochrane Library*.

Desai, A. A., Bolus, R., Nissenson, A., Chertow, G. M., Bolus, S., Solomon, M. D., . . . Spiegel, B. M. (2009). Is there "cherry picking" in the ESRD Program? Perceptions from a Dialysis Provider Survey. *Clin J Am Soc Nephrol*, 4(4), 772-777. doi: 10.2215/cjn.05661108

Dobson, G., Tilson, D., Tilson, V., & Haas, C. E. (2014, 6-9 Jan. 2014). *Quantitative Case Study: Use of Pharmacy Patient Information Systems to Improve Operational Efficiency*. Paper presented at the 2014 47th Hawaii International Conference on System Sciences.

Doran, J. P., & Zabinski, S. J. (2015). Bundled Payment Initiatives for Medicare and Non-Medicare Total Joint Arthroplasty Patients at a Community Hospital: Bundles in the Real World. *The Journal of Arthroplasty*, 30(3), 353-355. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arth.2015.01.035>

Ellis, R. P. (1998). Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins. *J Health Econ*, 17(5), 537-555.

Feldman, R., & Lobo, F. (1997). Global budgets and excess demand for hospital care. *Health Econ*, 6(2), 187-196.

Grant, L., Appleby, J., Griffin, N., Adam, A., & Gishen, P. (2012). Facing the future: the effects of the impending financial drought on NHS finan-

ces and how UK radiology services can contribute to expected efficiency savings. *The British Journal of Radiology*, 85 (1014), 784-791. doi: doi:10.1259/bjr/20359557

Hardy, M., Hutton, J., & Snaith, B. (2013). Is a radiographer led immediate reporting service for emergency department referrals a cost effective initiative? *Radiography*, 19(1), 23-27. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.radi.2012.11.002

Hines, S., Nasser, J., & Green, L. (Producer). (2015). Reducing Practice Variation At Crystal Run Healthcare. *Health Affairs Blog*.

Hlatky, M. A., & DeMaria, A. N. (2013). Does Practice Variation Matter??. *Journal of the American College of Cardiology*, 62 (5), 447-448. doi: 10.1016/j.jacc.2013.05.013 *How Adverse Selection Affects the Health Insurance Market*.

Hsu, E., Lin, D., Evans, S. J., Hamid, K. S., Frick, K. D., Yang, T., . . . Pham, J. C. (2014). Doing Well by Doing Good: Assessing the Cost Savings of an Intervention to Reduce Central Line-Associated Bloodstream Infections in a Hawaii Hospital. *American Journal of Medical Quality*, 29(1), 13-19. doi: 10.1177/1062860613486173

Iversen, T. (1993). A theory of hospital waiting lists. *J Health Econ*, 12(1), 55-71.

Jacobs, D. B., & Sommers, B. D. (2015). Using Drugs to Discriminate - Adverse Selection in the Insurance Marketplace. *New England Journal of Medicine*, 372(5), 399-402. doi: doi:10.1056/NEJMp1411376

Kaplan, S., Sadler, B., Little, K., Franz, C., & Orris, P. (2012). *Can sustainable hospitals help bend the health care cost curve?* : Commonwealth Fund.

Karapinar-d'Ž'arkeit, F., Borgsteede, S. D., Zoer, J., Egberts, T. C., van den Bemt, P. M., & van Tulder, M. (2012). Effect of Medication Reconciliation on Medication Costs After Hospital Discharge in Relation to Hospital Pharmacy Labor Costs. *Annals of Pharmacotherapy*, 46 (3), 329-338. doi: 10.1345/aph.1Q520

Kash, B. A., Zhang, Y., Cline, K. M., Menser, T., & Miller, T. R. (2014). The Perioperative Surgical Home (PSH): A Comprehensive Review of US and Non-US Studies Shows Predominantly Positive Quality and Cost Outcomes. *Milbank Quarterly*, 92(4), 796-821.

Kirkland, K. B., Homa, K. A., Lasky, R. A.,

Ptak, J. A., Taylor, E. A., & Splaine, M. E. (2012). Impact of a hospital-wide hand hygiene initiative on healthcare-associated infections: results of an interrupted time series. *BMJ Quality & Safety*. doi: 10.1136/bmjqs-2012-000800

Klein, R., & Maybin, J. (2012). *Thinking about rationing*: King's Fund.

Kozhimannil, K. B., Sommerness, S., Rauk, P., Gams, R., Hirt, C., Davis, S., . . . Landers, D. V. (2013). A Perinatal Care Quality and Safety Initiative: Hospital Costs and Potential Savings. *Joint Commission journal on quality and patient safety / Joint Commission Resources*, 39(8), 339-348.

Krupka, D. C., Sandberg, W. S., & Weeks, W. B. (2012). The Impact On Hospitals Of Reducing Surgical Complications Suggests Many Will Need Shared Savings Programs With Payers. *Health Affairs*. doi: 10.1377/hlthaff.2011.0605

Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R., & Sibbald, B. (2005). Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*(2), Cd001271. doi: 10.1002/14651858.CD001271.pub2

Lexchin, J. (2003). Voluntary self-regulatory codes: what should we expect? *Am J Bioeth*, 3(3), 49-50. doi: 10.1162/15265160360706570

Lin, C. Y., Ma, T., Lin, C. C., & Kao, C. H. (2016). The impact of global budgeting on health service utilization, health care expenditures, and quality of care among patients with pneumonia in Taiwan. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*, 35(2), 219-225. doi: 10.1007/s10096-015-2533-4

McCarthy, I. M., Robinson, C., Huq, S., Philastre, M., & Fine, R. L. (2015). Cost savings from palliative care teams and guidance for a financially viable palliative care program. *Health Services Research*, 50(1), 217-236.

Moorhead, J. (May 15, 2007). Milking it. *The Guardian*.

Muller, M. (2013). Nestlé baby milk scandal has grown up but not gone away. *The Guardian*.

Naylor, C. D. (1991). A different view of queues in Ontario. *Health Aff (Millwood)*, 10(3), 110-128.

NZa. (2012). Advies Taakherschikking in de tweedelijns somatische zorg en curatieve geestelijke gezondheidszorg.

Parikh, A., Huang, S. A., Murthy, P., Dombrovskiy, V., Nollado, M., Lefton, R., & Scardella,

- A. T. (2012). Quality improvement and cost savings after implementation of the Leapfrog intensive care unit physician staffing standard at a community teaching hospital. *Critical care medicine, 40*(10), 2754-2759.
- Pasquali, S. K., He, X., Jacobs, M. L., Shah, S. S., Peterson, E. D., Gaies, M. G., . . . Jacobs, J. P. (2014). Excess costs associated with complications and prolonged length of stay after congenital heart surgery. *Ann Thorac Surg, 98*(5), 1660-1666. doi: 10.1016/j.athoracsur.2014.06.032
- Pearson, R., & Seyfang, G. New Hope or False Dawn? Voluntary Codes of Conduct, Labour Regulation and Social Policy in a Globalizing World. *Global Social Policy, April 2001*.
- Peukert, T., Hughes, S., Wilson, R., Hunt, S., McDonnell, G., & Craig, J. (2015). Helping patients and the emergency department: enhanced patient care and reduced hospital admission rates with a pilot rapid access neurology clinic (RANC). *Clinical Medicine, 15*(Suppl 3), s10. doi: 10.7861/clinmedicine.15-3-s10
- Puig-Junoy, J. (2004). Incentives and pharmaceutical reimbursement reforms in Spain. *Health Policy, 67*(2), 149-165. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0168-8510\(03\)00113-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0168-8510(03)00113-1)
- Puri, P., Carroll, J., & Patterson, B. (2016). Cost Savings Associated With Implementation of Peer-Reviewed Appropriate Use Criteria for Percutaneous Coronary Interventions. *The American Journal of Cardiology, 117*(8), 1289-1293. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjcard.2016.01.025>
- Radnor, Z. J., Holweg, M., & Waring, J. (2012). Lean in healthcare: The unfulfilled promise? *Social Science & Medicine, 74*(3), 364-371. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.011>
- Ramalho de Oliveira, D., Brummel, A. R., & Miller, D. B. (2010). Medication therapy management: 10 years of experience in a large integrated health care system. *J Manag Care Pharm, 16*(3), 185-195. doi: 10.18553/jmcp.2010.16.3.185
- Retchin, S. M., Clement, D. G., Rossiter, L. F., Brown, B., Brown, R., & Nelson, L. (1992). How the elderly fare in HMOs: outcomes from the Medicare competition demonstrations. *Health Serv Res, 27*(5), 651-669.
- Ross, M. A., Hockenberry, J. M., Mutter, R., Barrett, M., Wheatley, M., & Pitts, S. R. (2013). Protocol-Driven Emergency Department Observation Units Offer Savings, Shorter Stays, And Reduced Admissions. *Health Affairs, 32*(12), 2149-2156. doi: 10.1377/hlthaff.2013.0662
- Sethi, S. P. (1999). Codes of Conduct for Multinational Corporations: An Idea Whose Time Has Come. *Business and Society Review, 104* (3), 225-241. doi: 10.1111/0045-3609.00052
- Tadros, G., Salama, R. A., Kingston, P., Mustafa, N., Johnson, E., Pannell, R., & Hashmi, M. (2013). Impact of an integrated rapid response psychiatric liaison team on quality improvement and cost savings: the Birmingham RAID model. *The Psychiatrist Online, 37* (1), 4-10.
- van Veen-Berkx, E., Elkhuisen, S. G., Kalkman, C. J., Buhre, W. F., & Kazemier, G. (2014). Successful interventions to reduce first-case tardiness in Dutch university medical centers: Results of a nationwide operating room benchmark study. *The American Journal of Surgery, 207*(6), 949-959. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2013.09.025>
- Vegting, I. L., van Beneden, M., Kramer, M. H. H., Thijs, A., Kostense, P. J., & Nanayakkara, P. W. B. (2012). How to save costs by reducing unnecessary testing: Lean thinking in clinical practice. *European Journal of Internal Medicine, 23*(1), 70-75. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2011.07.003>
- Westall, C., Spackman, R., Nadarajah, C., & Trepte, N. (2015). Are hospital admissions reduced by Acute Medicine consultant telephone triage of medical referrals? *Acute medicine, 14*(1), 11-14.
- White, C. (2013). Contrary To Cost-Shift Theory, Lower Medicare Hospital Payment Rates For Inpatient Care Lead To Lower Private Payment Rates. *Health Affairs, 32*(5), 935-943. doi: 10.1377/hlthaff.2012.0332
- White, C., & Wu, V. Y. (2014). How do hospitals cope with sustained slow growth in Medicare prices? *Health Services Research, 49* (1), 11-31.
- Yasunaga, D., Tasaka, Y., Murakami, S., Tanaka, A., Tanaka, M., & Araki, H. (2016). Economic contributions of pharmaceutical interventions by pharmacists: a retrospective report in

Japan. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 10(1), 1-7. doi: 10.1186/s40545-016-0073-7

ZN. (2013). *Praktijkvariatierapport Rughernia*.