

Populatiebekostiging: Geld volgt zorg?!

Randvoorwaarden van populatiebekostiging in het Nederlandse zorgstelsel



Marloes Versleijen

MSc scriptie Health and Society, Wageningen University
In opdracht van Vilans, kenniscentrum langdurende zorg
November 2012

Populatiebekostiging: Geld volgt zorg?!

Randvoorwaarden van populatiebekostiging in het Nederlandse zorgstelsel

November 2012

Marloes Versleijen
880510-883-070

Supervisors: prof. dr. Maria Koelen (WUR) & Barbara de Groen (Vilans)

MSc Health and Society
Wageningen University
HSO-80333

In opdracht van Vilans

Voorwoord

Wageningen, 27 november 2012

Voor u ligt de scriptie 'Populatiebekostiging: Geld volgt zorg?! Randvoorwaarden van populatiebekostiging in het Nederlandse zorgstelsel'. Deze scriptie heb ik geschreven in opdracht van Vilans, ter afronding van de MSc 'Health and Society' aan de Wageningen University. Via deze weg wil ik graag alle respondenten bedanken die mee hebben gedaan aan een interview voor dit onderzoek. Het was voor mij een mooie ervaring om met verschillende stakeholders te praten over populatiebekostiging. Ik heb enorm veel bijgeleerd over het complexe zorgsysteem dat we in Nederland hebben. Daarnaast wil ik graag mijn begeleiders Maria Koelen en Barbara de Groen bedanken voor hun kritische blik op mijn werk. Ten slotte wil ik graag Vilans bedanken voor deze kans. Naast het schrijven van mijn scriptie kreeg ik ook de mogelijkheid om mee te kijken bij andere projecten, wat het voor mij een erg leuke en leerzame ervaring heeft gemaakt.

Veel leesplezier!

Marloes Versleijen
marloes.versleijen@gmail.com

Inhoudsopgave

Voorwoord	iii
Overzicht van tabellen.....	vii
Overzicht van figuren	ix
Samenvatting	xi
1. Introductie.....	13
1.1 Achtergrond.....	13
1.2 Aanleiding onderzoek	14
1.3 Doel onderzoek.....	14
1.4 Relevantie onderzoek	15
1.5 Vraagstelling.....	15
1.6 Opzet scriptie	15
2. Theoretisch kader	17
2.1 Chronic Care Model.....	17
2.1.1 Originele Chronic Care Model	17
2.1.2 Expanded Chronic Care Model	18
2.2 Healthy alliances (HALL) framework	20
2.2.1 Institutionele factoren	21
2.2.2 (Inter) persoonlijke factoren.....	21
2.2.3 Organisatiefactoren.....	22
2.3 Salutogenese.....	22
2.4 Theoretisch kader en populatiebepoortiging	24
3. Onderzoeksmethoden.....	25
3.1 Dataverzamelingsproces	25
3.2 Fase 1: Documentenanalyse	26
3.2.1 Huidige organisatie en financiering van het Nederlands zorgstelsel	26
3.2.2 Publieke discussie rondom populatiebepoortiging	26
3.3 Fase 2: Semigestructureerde interviews met experts.....	27
3.3.1 Sampling	27
3.3.2 Interviewleidraad	27
3.3.3 Setting interviews.....	27
3.3.4 Analyse.....	27
3.4 Fase 3: Literatuurstudie	27
3.5 Fase 4: Semigestructureerde interviews met stakeholders	28
3.5.1 Sampling	28
3.5.2 Interviewleidraad	28
3.5.3 Setting interviews.....	28
3.5.4 Analyse.....	29
4. Resultaten	31
4.1 Huidige organisatie en financiering van het Nederlandse zorgstelsel	31
4.1.1 Huidige organisatie en financiering van het Nederlands zorgstelsel	31
4.1.2 Publieke discussie rondom populatiebepoortiging	32
4.2 Definitie populatiebepoortiging van gezondheidszorg	38
4.3 Waarom wordt er voor populatiebepoortiging gepleit?.....	43
4.4 Effect populatiebepoortiging op organisatie van zorg	46
4.5 Randvoorwaarden van populatiebepoortiging	50
4.5.1 Zes belangrijke randvoorwaarden.....	50
4.5.2 Randvoorwaarden voor specifieke stakeholders	52
4.5.3 Vraagstukken rondom keuzevrijheid en concurrentie	55
5. Conclusie & Discussie	57

5.1 Antwoord op de hoofdvraag	57
5.2 Nadere bespreking van de conclusies	58
5.3 Een model van populatiebekostiging	60
5.3.1 Chronic Care Model	60
5.3.2 HALL framework.....	60
5.3.3 Salutogenese	61
5.4 Discussie onderzoeksmethoden	61
6. Aanbevelingen	63
6.1 Aanbevelingen aan Vilans	63
6.2 Suggesties voor vervolgonderzoek	63
Literatuurlijst	65
Lijst met afkortingen	69
Bijlage I Geïnterviewde personen	71
Bijlage II Interviewleidraad experts	73
Bijlage III Literatuurstudie scenario's.....	75
Bijlage IV Scenario's	79
Bijlage V Interviewleidraad stakeholders	83
Bijlage VI Huidige organisatie en financiering van het Nederlands zorgstelsel	85
Bijlage VII Overzicht mediaberichten	93

Overzicht van tabellen

Tabel 1 Zes elementen van het Chronic Care Model.....	17
Tabel 2 Zeven elementen van het Expanded Chronic Care Mode.....	19
Tabel 3 Institutionele factoren van het Healthy alliances framework.....	21
Tabel 4 Persoonlijke factoren van het Healthy alliances framework.....	21
Tabel 5 Organisatiefactoren van het Healthy alliances framework.....	22
Tabel 6 Overzicht aantal respondenten per stakeholder-type.....	28
Tabel 7 Analyse interviews: overkoepelende thema's van families, ingedeeld naar deelvragen.....	29
Tabel 8 Overzicht categorieën en concepten huidige organisatie en financiering Nederlands zorgstelsel.	85
Tabel 9 Overzicht mediaberichten over populatiebesteding in de periode 1 sept 2011 - 1 aug 2012....	93

Overzicht van figuren

Figuur 1 Chronic Care Model.....	17
Figuur 2 Expanded Chronic Care Model.....	19
Figuur 3 Healthy alliances framework.....	20
Figuur 4 Ease / dis-ease continuum.....	23
Figuur 5 Interactie tussen Expanded Chronic Care Model, Healthy alliances framework en salutogenese.....	24
Figuur 6 Fases tijdens het dataverzamelingsproces.....	25
Figuur 7 Organisatie en financiering van de Nederlandse gezondheidszorg.....	31
Figuur 8 Gezondheidszorg als een piramide.....	33
Figuur 9 Continuüm van vormen van bekostiging zorg.....	36
Figuur 10 Structuur Gesundes Kinzigtal.....	76
Figuur 11 Financieel model Gesundes Kinzigtal.....	77
Figuur 12 Organisatiestructuur scenario 1.....	80
Figuur 13 Financieel model scenario 1.....	80

Samenvatting

Op het moment is populatiebekostiging een veelbesproken onderwerp in onder andere kamerdocumenten en de media. Bij een populatiegerichte benadering is de populatie richtinggevend voor het zorgaanbod en de daarbij horende financiering. Hoe populatiebekostiging in de praktijk er precies uit moet zien is nog de vraag. In opdracht van Vilans, het kenniscentrum voor de langdurende zorg, is dit onderzoek uitgevoerd met als hoofdvraag: *Welke randvoorwaarden zijn er voor populatiebekostiging in het Nederlandse zorgstelsel?*

Voor het beantwoorden van deze vraag is er eerst een theoretisch kader opgesteld, waarin het Chronic Care Model (CCM), het Healthy alliances (HALL) framework en de benadering van salutogenese beschreven zijn. Deze theoretische concepten en modellen zijn meegenomen in het ontwerp van de onderzoeksmethoden.

Omdat er nog niet veel bekend is over populatiebekostiging in het Nederlandse zorgstelsel, is er een exploratief, kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Triangulatie is toegepast door verschillende methoden van dataverzameling te gebruiken, namelijk een documentenanalyse, een literatuurstudie en semigestructureerde interviews. De nadruk lag daarbij op de semigestructureerde interviews. In totaal zijn er twintig interviews afgenomen, waarvan vier interviews met experts en zestien interviews met stakeholders. Stakeholders zijn hierbij gedefinieerd als zorgverleners(organisaties), zorgverzekeraars, gemeenten, patiëntvertegenwoordigers en overheid. Bij zorgverleners lag de focus op de eerste lijn, omdat aandacht voor populatiebekostiging vooral ontstaan is vanuit de geïntegreerde eerste lijn.

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat het Nederlandse zorgsysteem op het moment erg beschot georganiseerd is. De nulde, eerste, tweede en derde lijn bestaan naast elkaar, en hebben te maken met aparte verantwoordelijkheden en financieringssystemen. Er bestaat nog geen duidelijke definitie van populatiebekostiging. Het gaat om het bekostigen aan de hand van populatiekenmerken, waarbij er in een optimale vorm uitgegaan wordt van een totaalbudget voor alle zorg en ondersteuning die een bepaalde populatie nodig heeft. Variabelen als 'wie heeft de regie?' en 'wat is een populatie?' moeten nog ingevuld worden. Een regionale benadering is het meest voor de hand liggend. Populatiebekostiging wordt vaak geassocieerd met shared savings.

In een systeem van populatiebekostiging ontstaan nieuwe constellaties die vooral gebaseerd zijn op samenwerking. De huidige structuur van indeling op lijnen zal enigszins losgelaten worden. De belangrijkste randvoorwaarden die stakeholders identificeren zijn: een scherpe definitie van populatiebekostiging, samenwerking, ruimte voor experimenten, een groeimodel, nieuwe organisatievormen, en lokaal oplossingen vinden. Daarnaast worden er specifieke randvoorwaarden benoemd voor de patiënt, de zorgaanbieder, de zorgverzekeraar en de overheid. Deze hebben veelal te maken met een nieuwe kijk op gezondheid en ziekte, waarbij een cultuurverandering nodig is. Ten slotte zijn de vraagstukken rondom de keuzevrijheid van de patiënt en het concurrentiemodel belangrijk voor populatiebekostiging.

De belangrijkste conclusie van dit onderzoek is dat er nog geen eenduidige definitie bestaat van populatiebekostiging in het Nederlandse zorgstelsel. Daarom is het moeilijk om concrete randvoorwaarden op te stellen. De randvoorwaarden die geïdentificeerd zijn hebben vooral betrekking op de weg die bewandeld moet worden om tot een systeem van populatiebekostiging te komen. Op het moment is de belangrijkste randvoorwaarde om een duidelijke definitie op te stellen van populatiebekostiging, waarbij experimenten met populatiebekostiging een middel kunnen zijn. Een andere belangrijke randvoorwaarde is dat in het Nederlandse zorgsysteem de structuur van nulde, eerste, tweede en derde lijn losgelaten wordt. In plaats van afrekenen per kolom, moet de aandacht liggen op het totaal van zorg en welzijn, oftewel integrale zorg. Een laatste belangrijke randvoorwaarde is een andere houding en gedrag van zorgprofessionals. Zorgprofessionals moeten zich medeverantwoordelijk voelen voor de kostenontwikkeling, samenwerking opzoeken, en meer beroep gaan doen op de zelfredzaamheid van de patiënt en zijn omgeving. Ten slotte speelt de overheid een cruciale rol in de weg naar populatiebekostiging. Naast een heldere en duurzame visie moet de overheid de randvoorwaarden voor de weg naar populatiebekostiging creëren, zodat het mogelijk wordt om te gaan experimenteren met populatiebekostiging. Hierdoor kunnen er lokaal oplossingen gevonden worden, en ontstaan er nieuwe constellaties van samenwerken.

1. Introductie

1.1 Achtergrond

In het rapport ‘Zorg voor je gezondheid!’ (RVZ, 2010) pleit de Raad van Volksgezondheid en Zorg (RVZ) voor een nieuwe kijk op gezondheid: van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag. Dat betekent meer eigen verantwoordelijkheid voor de burger en een grotere rol voor preventie. Het versterken van de eerste en nulde lijn is hierbij van groot belang. Want zorg moet dicht bij de patiënt gesitueerd zijn, thuis en in de wijk. Dit wordt ook benadrukt door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn, en Sport (VWS), onder andere in de kamerbrief ‘Zorg en ondersteuning in de buurt’ van 14 oktober 2011 (Schipper & Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, 2011a). In deze brief worden maatregelen aangekondigd op het gebied van preventie, decentralisatie van zorg, versterking van nulde lijn en eerste lijn, samenwerking tussen zorg- en hulpvormen, en geestelijke gezondheidszorg. Partijen die volgens VWS een belangrijke rol spelen in deze maatregelen zijn patiënten en cliënten, zorg- en hulpverleners, gemeenten, zorgverzekeraars en de overheid. In de afsluiting van de brief wordt beloofd dat ze vanuit het VWS waar nodig “bekostigingssystemen aanpassen, onderzoek initiëren, stimuleringsprogramma’s opzetten voor zaken die nog een steuntje in de rug nodig hebben en tot slot partijen ondersteunen bij het vervullen van hun rol en het nemen van hun verantwoordelijkheid” (Schipper & Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, 2011a, p. 14).

In vervolg op de kamerbrief ‘Zorg en ondersteuning in de buurt’ heeft minister Schipper van VWS op 28 november 2011 een verzoek ingediend bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor een uitvoeringstoets naar de bekostiging van huisartsenzorg en integrale zorg (Schipper & Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, 2011b). Aanleiding voor dit verzoek was dat zorg en ondersteuning in de buurt moeilijk te realiseren is binnen de huidige organisatie van de Nederlandse gezondheidszorg. Ook de financieringsstructuur is een belemmerende factor. Er zijn perverse prikkels aanwezig die volume stimuleren in plaats van kwaliteit en doelmatigheid. Daarnaast is de huidige financiering van zorg in Nederland erg complex, met verschillende financieringssystemen voor de eerste en tweede lijn. Er zijn schotten in de zorg ontstaan. Iedere partij is verantwoordelijk voor zijn eigen deel van het zorgproces, maar niemand draagt de complete verantwoordelijkheid om een zo goed mogelijke gezondheid te behalen. Substitutie wordt gezien als een van de oplossingen. Je kunt hierbij denken aan substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn, van de curatie naar preventie, van professionele zorg naar zelfmanagement. In de randvoorwaarden van de uitvoeringstoets benadrukt de minister dat er in een nieuwe bekostigingsstructuur ruimte moet zijn voor regionale variatie, omdat zorgbehoefte verschilt per regio (Schipper & Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, 2011b). In juni 2012 heeft de NZa een rapport gepubliceerd als antwoord op het verzoek van de minister, waarin vier mogelijke opties van bekostiging van huisartsenzorg en integrale zorg zijn voorgesteld (NZa, 2012).

Een initiatief wat met dit alles in verband staat is integrale bekostiging. Per 1 januari 2010 bestaat er voor een drietal chronische aandoeningen de optie om integraal te bekostigen: diabetes, vasculair risicomanagement (hart- en vaatziekten), en COPD (Rijksoverheid, z.j. a). Integrale bekostiging is een financieringsstructuur waarmee samenwerking en integrale zorg gestimuleerd wordt. Integrale bekostiging betekent dat er één bedrag wordt vastgesteld voor een pakket van zorg voor een patiënt (Rijksoverheid, z.j. a). Het totale bedrag wordt toegekend aan één partij, meestal een zorggroep waarin een groep zorgverleners is verenigd, waarna het verder verdeeld wordt onder de zorgverleners die betrokken zijn bij de behandeling van een patiënt. Integrale bekostiging voor deze aandoeningen is nog niet verplicht. Er is een overgangperiode ingesteld van 2010 tot en met 2012 om integrale bekostiging te testen. Voor het monitoren van de ontwikkelingen rondom integrale bekostiging heeft VWS de ‘Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging Zorg voor Chronisch Zieken’ (EIB) opgezet. Inmiddels heeft deze commissie haar eindrapportage gepubliceerd.

Op basis van de resultaten van de EIB en de uitvoeringstoets naar de bekostiging van huisartsenzorg en integrale zorg van de NZa neemt de minister een besluit over veranderingen in de financiering (Schipper & Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, 2011b). Vanwege het nieuwe kabinet wat net gevormd is, is het nog de vraag wanneer deze besluiten gaan vallen.

Naast integrale bekostiging is er ook aandacht voor andere mogelijke systeeminnovaties. Een daarvan is ‘populatiebekostiging’, ook wel ‘populatiegebonden bekostiging’ of ‘populatiegerichte bekostiging’ genoemd. Bij een populatiegerichte benadering is de populatie richtinggevend voor het zorgaanbod en de daarbij horende financiering. (Jan van Es Instituut, 2012). Hoe populatiebekostiging in de praktijk er precies uit moet zien is nog de vraag. Een aantal partijen heeft in ieder geval aangegeven hiermee te gaan

experimenteren. Shared savings is een model wat vaak geassocieerd wordt met populatiebekostiging, wat inhoudt dat geld wat bespaard wordt terug kan vloeien naar zorgverleners of zorgverzekeraars (Berenschot & van der Geest, 2012). Dit kan vervolgens ingezet worden om te herinvesteren in zorg en preventie. Omdat in dit model de focus ligt op een totale populatie is in een dergelijk systeem samenwerking tussen verschillende partijen zoals zorgverzekeraars, zorgaanbieders en gemeenten van groot belang. In het buitenland zijn er voorbeelden van systemen waar vormen populatiebekostiging en shared savings worden toegepast, zoals Gesundes Kinzigtal in Duitsland en Accountable Care Organizations (ACOs) in de Verenigde Staten. Populatiebekostiging wordt soms verward met regiobudgettering, waar onder andere de PvdA voorstander van is (Skipr redactie, 2012). In het model van regiobudgettering wordt de huidige prestatiebekostiging vervangen door vaste budgetten per regio. De overheid is een belangrijke spelverdeler in dit model, in tegenstelling tot de beperkte rol die de overheid heeft in het huidige systeem van marktwerking. Populatiebekostiging is in vergelijking met regiobudgettering een begrip wat ruimer geïnterpreteerd kan worden. Vragen als ‘wat is een populatie?’ en ‘wie heeft de regie?’ zijn nog onbeantwoord. Omdat de begrippen populatiebekostiging en regiobudgetten door elkaar heen gebruikt worden, zonder dat er altijd een duidelijk onderscheid gemaakt wordt, is er besloten om in deze scriptie te focussen op het begrip populatiebekostiging en niet op regiobudgetten.

1.2 Aanleiding onderzoek

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Vilans. Vilans is het kenniscentrum voor de langdurende zorg. Samen met professionals in het veld ontwikkelt Vilans vernieuwende en praktijkgerichte kennis. Ook zorgt Vilans ervoor dat nieuwe inzichten en goede voorbeelden snel en succesvol hun weg vinden in de praktijk. Een van de projecten van Vilans is ‘Fit in de wijk; samenwerken aan preventie’, wat onderdeel is van het programma ‘Kwaliteit & Innovatie Chronisch Zieken’. Fit in de wijk is opgezet met steun van kenniscentrumsubsidie van het VWS. Het project ondersteunt initiatieven op het gebied van preventie in een wijk of gemeente. Het doel is om in een aantal wijken en gemeenten een integrale aanpak van preventie te ontwikkelen, en tegelijkertijd samen randvoorwaarden van wijkgericht werken te verkennen. Wijkgericht werken vraagt om samenwerking tussen verschillende partijen zoals gezondheidscentra, zorggroepen, huisartspraktijken, gemeenten, GGD, welzijnsorganisaties, sportorganisaties, burgers, wijkverpleegkundigen, zorgverzekeraars en ondernemers. Voor deze partijen is preventie pas aantrekkelijk als de financiering hierop aansluit. Populatiebekostiging is een financieringssysteem dat mogelijk een prikkel voor preventie kan geven. Daarom ligt er binnen het project Fit in de Wijk een vraag om inzicht te krijgen in de mogelijkheden van populatiebekostiging van de Nederlandse gezondheidszorg.

1.3 Doel onderzoek

Een eenduidige definitie van populatiebekostiging bestaat nog niet. Het is dan ook onduidelijk hoe een populatiegebonden systeem in het Nederlandse zorgstelsel er precies uit kan zien. Geïntegreerde zorg is nodig waarbij ingespeeld wordt op de behoeften van een bepaalde populatie. Dit vereist samenwerking tussen verschillende partijen. Maar wat is er precies nodig voor deze samenwerking? Buitenlandse voorbeelden zoals ACOs in de VS en Gesundes Kinzigtal in Duitsland kunnen handvaten bieden voor een populatiegebonden systeem in Nederland. Maar elk land heeft een eigen zorgstelsel, met eigen stakeholders en onderlinge verhoudingen. Systemen uit het buitenland kunnen dus niet zomaar gekopieerd worden. Deze scriptie is een verkenning van mogelijke toepassingen van populatiebekostiging in het speelveld van de Nederlandse zorg. Ondanks dat er nog niet genoeg bekend is over de effecten van populatiebekostiging, zijn er toch veel partijen in Nederland erg geïnteresseerd in deze manier van bekostigen. Maar wat is er nu precies nodig om tot een dergelijk systeem te komen? Dit onderzoek is gerelateerd aan deze vraag. De nadruk van dit onderzoek zal liggen op het verkennen van randvoorwaarden van populatiebekostiging. Randvoorwaarden zijn in dit onderzoek geoperationaliseerd als ingrediënten die aanwezig moeten zijn om tot populatiebekostiging te komen.

Samenvattend, het doel van dit onderzoek is:

Het formuleren van randvoorwaarden van populatiebekostiging in het Nederlandse zorgstelsel.

1.4 Relevantie onderzoek

De discussie rondom de bekostiging van de Nederlandse gezondheidszorg leeft, net zoals de discussie rondom zorg in de wijk. Systeeminnovaties zijn nodig om zorg betaalbaar te houden en tegelijkertijd kwaliteit te waarborgen. Een veelbesproken innovatie is populatiebekostiging, en verschillende partijen willen gaan experimenteren met deze vorm van financieren. Hoe een dergelijk systeem er precies in de praktijk uit moet zien is nog onduidelijk. Er is weinig tot geen onderzoek uitgevoerd naar populatiebekostiging in de Nederlandse context, en er is behoefte aan nieuwe kennis op dit gebied. Deze scriptie geeft inzicht in wat er op het moment speelt op het gebied van populatiebekostiging, en hoe verschillende partijen tegen deze benadering aankijken. De kennis die met dit onderzoek is opgedaan kan vertaald worden naar een aanbeveling aan Vilans, hoe zij als adviseur voor de langdurige zorg op dit onderwerp in kan spelen. Tegelijkertijd geven de uitkomsten van dit onderzoek inzichten aan partijen in het veld over de randvoorwaarden van een nieuw bekostigingssysteem. Ongeacht of de keuze valt op een populatiegebonden stelsel of een andere vorm van bekostigen, het Nederlandse zorgstelsel moet veranderen. De resultaten van deze scriptie zijn daarom relevant voor een brede groep van partijen die zich bezighouden met organisatie en bekostiging van de zorg.

1.5 Vraagstelling

De hoofdvraag van dit onderzoek is afgeleid van het doel van het onderzoek, en is als volgt geformuleerd:

Welke randvoorwaarden zijn er voor populatiebekostiging in het Nederlandse zorgstelsel?

Om deze vraag te beantwoorden is het belangrijk om eerst een duidelijk beeld te hebben van het huidige Nederlandse zorgstelsel. Dus in welke context speelt deze vraag zich af? Daarna is het belangrijk om te onderzoeken wat er al bekend is over populatiebekostiging, en waarom ervoor gepleit wordt. Vanuit dat uitgangspunt kan er dieper ingegaan worden op de effecten die populatiebekostiging zal hebben op de organisatie van zorg, en welke randvoorwaarden daar dan voor gelden. Bij deze laatste twee punten is het belangrijk om stakeholders te betrekken, omdat zij immers mogelijk beïnvloed worden door een systeem van populatiebekostiging. Stakeholders zijn hierbij gedefinieerd als zorgverleners(organisaties), zorgverzekeraars, gemeenten, patiëntvertegenwoordigers en overheid. Bij zorgverleners ligt de focus op de eerste lijn, omdat aandacht voor populatiebekostiging vooral ontstaan is vanuit de geïntegreerde eerste lijn. Er is voor deze partijen gekozen omdat zij in hun dagelijkse werk beïnvloed worden door de bekostiging van zorg. Daarnaast identificeert VWS deze stakeholders als de belangrijke partijen voor het versterken van zorg en ondersteuning in de buurt (Schippers & Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, 2011a)

Afgeleid van het bovenstaande zijn de deelvragen als volgt geformuleerd:

1. *Op welke manier is het huidige Nederlandse zorgstelsel georganiseerd en gefinancierd?*
2. *Wat is populatiebekostiging van gezondheidszorg?*
3. *Waarom wordt er voor populatiebekostiging gepleit binnen het Nederlandse zorgstelsel?*
4. *Wat betekent populatiebekostiging voor de organisatie van zorg in Nederland volgens verschillende stakeholders?*
5. *Welke randvoorwaarden identificeren verschillende stakeholders voor populatiebekostiging in het Nederlandse zorgstelsel?*

1.6 Opzet scriptie

Het volgende hoofdstuk beschrijft het theoretisch kader van dit onderzoek, waarin een aantal theorieën en concepten beschreven zijn die raakvlakken hebben met populatiebekostiging. Aan de hand van het theoretisch kader zijn de onderzoeksmethoden ontwikkeld, die beschreven zijn in hoofdstuk 3. In het daarop volgende hoofdstuk worden de deelvragen beantwoord in het hoofdstuk 'resultaten'. Deze resultaten zullen verder besproken worden in de conclusie en discussie. Als afsluiting worden er een aantal aanbevelingen gegeven aan Vilans, plus suggesties voor vervolgonderzoek.

2. Theoretisch kader

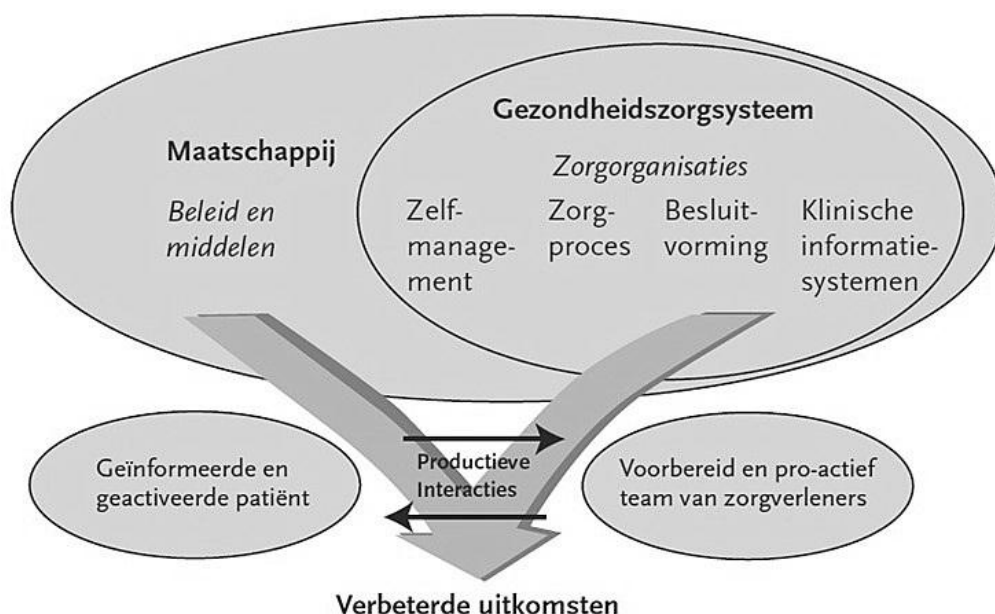
Populatiebekostiging is een onderwerp waar nog weinig onderzoek naar uitgevoerd is in de Nederlandse context. Er is dan ook nog geen theoretische basis voor geformuleerd. In dit hoofdstuk worden een aantal modellen en theoretische concepten beschreven die raakvlakken hebben met populatiebekostiging, namelijk het Chronic Care Model (CCM), het healthy alliances (HALL) framework, en salutogenese. Samen vormen zij het theoretisch kader van dit onderzoek.

2.1 Chronic Care Model

Het CCM identificeert elementen die nodig zijn om de zorg voor chronisch zieken te verbeteren (Bodenheimer, Wagner, & Grumbach, 2002). De oorsprong van het model is te vinden in het werk van Wagner en collega's (Wagner, Austin, & Von Korff, 1996a; Wagner, Austin, & Von Korff, 1996b). Aanleiding voor het ontwikkelen van dit model was dat veel zorg gericht is op acute zorgbehoefte, terwijl zorg voor chronisch zieken anders ingericht moet worden dan acute zorg. Omdat de meeste zorg voor chronisch zieken in de eerste lijn uitgevoerd wordt, is dit de focus van het CCM. Geïntegreerde zorg is het doel, waarbij de relatie tussen professional en patiënt centraal staat.

2.1.1 Originele Chronic Care Model

Het CCM is afgebeeld in figuur 1. In het CCM staan zes samenhangende elementen centraal (Bodenheimer et al., 2002; Drewes, Boom, Graafmans, Struijs, & Baan, 2008; Wagner, 1998). De zes elementen plus toelichting zijn te vinden in tabel 1.



Figuur 1 Chronic Care Model (Vrijhoef, 2010)

Tabel 1 Zes elementen van het Chronic Care Model (uit: Drewes et al., 2008; Vrijhoef, 2010)

Element CCM	Toelichting
Maatschappij / Beleid en middelen	Dit element heeft betrekking op de samenwerking tussen zorgverleners en lokale hulpbronnen. Voorbeelden van lokale hulpbronnen zijn sportverenigingen, bewonerscommissies, politie, zelfhulpgroepen et cetera.
Gezondheidszorgsysteem/ zorgorganisaties	Dit element is overkoepelend voor de overige vier elementen van het CCM: zelfmanagement, zorgproces, besluitvorming en informatiesystemen. Het verbeteren van zorg voor chronisch zieken moet centraal staan, en terug te vinden zijn in de structuur, doelen en waarden van een organisatie. Ook het

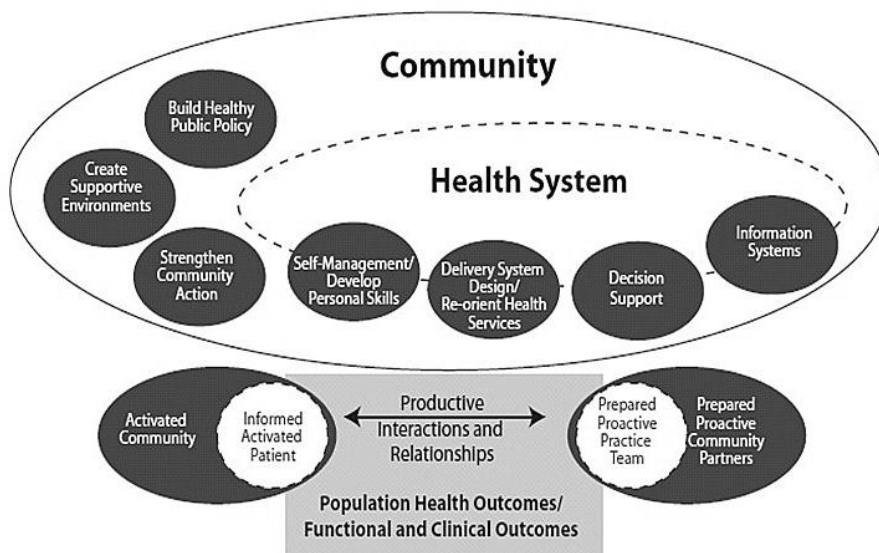
	financieringssysteem moet hierop aansluiten.
Zelfmanagement	De patiënt krijgt een centrale rol om eigen ziekte te managen. Om dit te bereiken moet een patiënt de juiste vaardigheden aangeleerd krijgen en de juiste tools aangereikt krijgen. Voorbeelden van zelfmanagement zijn het toepassen van het juiste dieet, en het zelf toedienen van medicatie.
Zorgproces	Bij het leveren van zorg aan chronisch zieken is het belangrijk dat zorgverleners in teams gaan samenwerken met een duidelijk rolverdeling. Er bestaat een duidelijk verschil tussen chronische en acute zorg. Het verzorgen van de juiste follow-up is belangrijk.
Besluitvorming	Besluiten en keuzes die gemaakt worden in de dagelijkse praktijk moeten evidencebased zijn.
Klinische informatiesystemen	Een goede informatiestructuur kan de zorg voor chronisch zieken op een aantal gebieden verbeteren. Ten eerste kan het fungeren als een herinneringssysteem voor de richtlijnen. Een andere functie is het geven van feedback aan de professionals op hun functioneren. Een laatste functie is het registreren van data van een individuele patiënt, maar ook voor analyses van patiëntenpopulatie.

Zoals te zien in figuur 1 zijn er in het CCM drie overlappende gebieden onderscheiden waarin chronische zorg plaats vindt, namelijk de maatschappij, het gezondheidszorgsysteem en de zorgorganisaties (Bodenheimer et al., 2002). Het overkoepelende systeem is de maatschappij in zijn geheel, waarin samenwerking met lokale hulpbronnen gezocht kan worden. Een onderdeel van de maatschappij is het gezondheidszorgsysteem, waar ook het financieringssysteem een onderdeel van is. Binnen het gezondheidszorgsysteem opereren de verschillende zorgorganisaties. Zorgorganisatie is in dit geval een breed begrip, zo kan het bijvoorbeeld gaan om een individuele huisarts, maar ook om een compleet geïntegreerd gezondheidscentrum. Volgens het CCM zijn er binnen het gezondheidszorgsysteem vier belangrijk elementen die aanwezig moeten zijn in zorg voor chronisch zieken. Deze elementen zijn aandacht voor zelfmanagement, goede samenwerking in het zorgproces, evidencebased besluitvorming en klinische informatiesystemen (Drewes et al., 2008; Vrijhoef, 2010). Vervolgens zijn de beste uitkomsten te verwachten als de geïnformeerde, geactiveerde patiënt samenwerkt met een voorbereid, proactief team van professionals. Dit zal resulteren in betere kwaliteit van zorg en betere gezondheidsuitkomsten.

Het CCM omvat geen concreet plan van aanpak om geïntegreerde zorg te realiseren, maar vormt een algemeen kader dat richting geeft aan veranderingen binnen de zorg voor chronisch zieken. De toepassing van het CCM kan dus per situatie verschillen (Coleman, Austin, Brach, & Wagner, 2009). Het CCM wordt veel gebruikt bij het hervormen van gezondheidszorg. Ook in Nederland krijgt het model aandacht. Zo wil de Raad van Volksgezondheid en Zorg (RVZ) het CCM als basis voor systeemaanpassingen in de Nederlandse gezondheidszorg (Huijben, 2011). Vooral om zorg in de eerste lijn meer aan te laten sluiten op de behoeften van chronisch zieken. De literatuurreview van Coleman et al. (2009) laat zien dat het toepassen van het CCM de kwaliteit van zorg verbetert, net zoals de uitkomsten voor patiënten met meerdere chronische aandoeningen. De beste resultaten zijn te zien in interventies die meerdere elementen van het CCM toepassen. Hoe de verschillende elementen invloed uit oefenen, afhankelijk van elkaar en in verschillende combinaties, is nog onduidelijk. Er moet meer onderzoek gedaan worden naar de hanteerbaarheid, effectiviteit en kosten van het toepassen van CCM (Coleman et al., 2009).

2.1.2 Expanded Chronic Care Model

Het originele CCM is vooral gericht op klinisch georiënteerde systemen. Vanuit het oogpunt van preventie is er in het CCM te weinig aandacht voor de sociale determinanten van gezondheid en participatie vanuit de maatschappij (Barr et al., 2003). Om preventie en gezondheidsbevordering meer te integreren in het model is er daarom een 'Expanded' CCM ontwikkeld. Zie figuur 2 voor een afbeelding van het Expanded CCM en tabel 2 voor een beschrijving van de zeven elementen van het Expanded CCM.



Figuur 2 Expanded Chronic Care Model (Barr et al., 2003)

Tabel 2 Zeven elementen van het Expanded Chronic Care Model (uit: Barr et al., 2003)

Element Expanded CCM	Toelichting
Self-management / develop personal skills	Verrijken van vaardigheden en capaciteiten voor persoonlijke gezondheid en welzijn
Decision support	Integratie van strategieën voor het faciliteren van communities om gezond te blijven
Delivery system design / re-orient health services	Uitbreiding van autorisatie om individuen en communities te ondersteunen op een meer holistische wijze
Information systems	Creëren van een informatie systeem met een brede basis om data te integreren die verder gaat dan alleen het gezondheidszorgsysteem
Build healthy public policy	Ontwikkelen en invoeren van beleid dat gericht is op het verbeteren van de volksgezondheid
Create supportive environments	Woon- en werkomstandigheden die veilig, stimulerend, bevredigend en aangenaam zijn
Strengthen community action	Samenwerken met community-groepen om prioriteiten te stellen en doelen te bereiken die gezondheid en community intensiveren

In vergelijking met het originele model zijn er drie veranderingen doorgevoerd in het Expanded CCM (Barr et al., 2003). Ten eerste is in het originele CCM het gezondheidszorgsysteem afgebeeld in een gesloten ovale vorm. In het Expanded model is dit ovaal weergegeven in stippenlijnen. Er ontstaat hierdoor een open grens tussen het gezondheidszorgsysteem en de maatschappij. De reden hiervoor is dat ideeën, hulpbronnen en mensen uitgewisseld kunnen worden tussen de maatschappij en het gezondheidszorgsysteem. De grens tussen de maatschappij en het gezondheidszorgsysteem is dus niet gesloten in het Expanded CCM. Een tweede verschil is dat zelfmanagement, zorgproces, besluitvorming, en klinische informatiesystemen op de grens liggen tussen de maatschappij en het gezondheidszorgsysteem. In het originele CCM liggen deze elementen binnen de kaders van het gezondheidszorgsysteem. In het Expanded model kunnen deze elementen geïntegreerd worden in, en impact hebben op zowel het gezondheidszorgsysteem als de maatschappij. Een laatste verandering is dat een aantal elementen anders gedefinieerd zijn en een aantal elementen nieuw toegevoegd zijn. Deze laatste aanpassing is gebaseerd op de Ottawa Charter for Health Promotion, wat een product is van de eerste internationale conferentie over gezondheidsbevordering (WHO, 1986). De Ottawa Charter wordt gezien als een van de belangrijkste documenten in de geschiedenis van gezondheidsbevordering (Lindström & Eriksson, 2010). In de Ottawa Charter zijn vijf actiepunten geformuleerd (Public Health Agency of Canada, z.j.; World Health Organization, 1986):

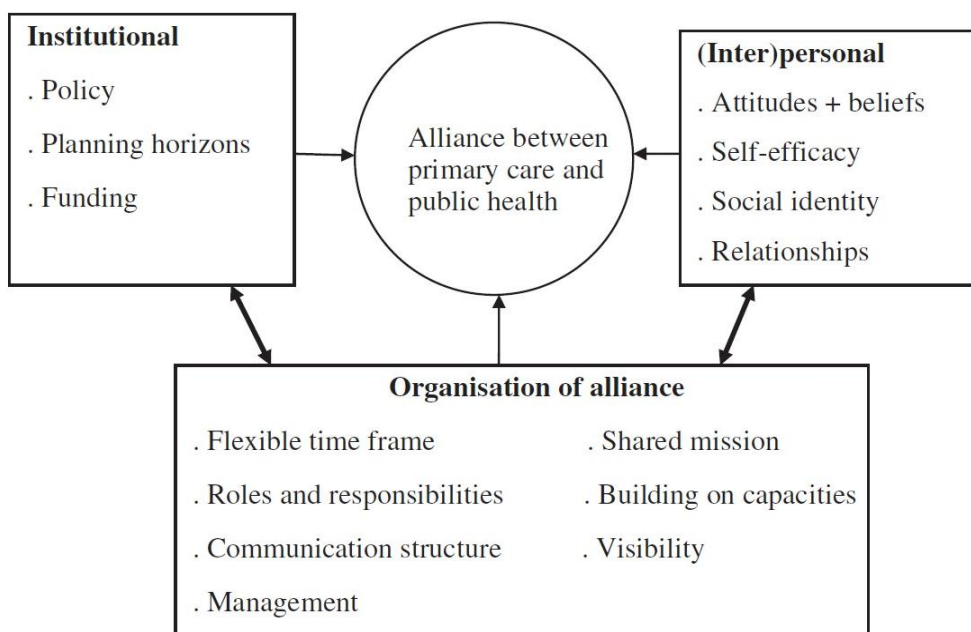
- **Build Healthy Public Policy.** Beleid moet bij dragen aan gezondheidsbevordering. Belangrijk hierbij is dat het niet alleen gaat om beleid dat direct gerelateerd is aan gezondheid, maar ook beleid in

sectoren daarbuiten. Een voorbeeld van een sector die niet direct gerelateerd is aan gezondheid is infrastructuur.

- *Create Supportive Environments.* De gezondheid van mensen wordt beïnvloed door de fysieke, sociale, economische, culture en spirituele omgeving. Deze omgevingen moeten zo ingericht worden dat ze een positieve impact hebben op de gezondheid van mensen. Een voorbeeld hiervan is een gezonde werkplek.
- *Strengthen Community Action.* Communities moeten over de capaciteit beschikken om prioriteiten te stellen en beslissingen te maken die een positieve uitwerking op gezondheid hebben.
- *Develop Personal Skills.* Hier gaat het om de kennis en vaardigheden van individuen om uitdagingen in het leven aan te gaan, en om bij te dragen aan de maatschappij. Een voorbeeld hiervan is health literacy.
- *Reorient Health Services.* Systemen moeten focussen op de persoon als een geheel. Belangrijk hierbij is een partnerschap tussen aanbieders en gebruikers van diensten.

2.2 Healthy alliances (HALL) framework

Naast het systeemdenken vanuit het CCM, is er een model geselecteerd dat meer concrete aanknopingspunten biedt op het niveau van samenwerking: het Healthy alliances (HALL) framework. Het HALL framework is ontstaan vanuit de visie dat een toenemend aantal chronische ziekten vraagt om acties op populatieniveau, die buiten de grenzen gaan van de traditionele rolverdeling in het zorgstelsel (Koelen, Vaandrager, & Wagemakers, 2012). Samenwerking is hierbij een cruciaal concept. Het HALL framework formuleert voorwaarden die nodig zijn voor succesvolle samenwerkingen in de gezondheidszorg, in dit model gedefinieerd als 'allianties' (Koelen et al., 2012). Bij allianties kan het gaan om samenwerkingen tussen de sectoren care, cure en preventie. Maar ook samenwerkingen tussen de gezondheidszorg en andere sectoren, zoals welzijn en ruimtelijke planning, zijn meegenomen. Het HALL framework is het resultaat van een combinatie aan onderzoeksmethoden, zowel praktisch georiënteerd onderzoek op het gebied van 'coordinated action', als een literatuurstudie naar samenwerking in gezondheidsbevordering en publieke gezondheid. Zie figuur 3 voor een afbeelding van het HALL framework.



Figuur 3 Healthy alliances framework (Koelen et al., 2012)

In het HALL framework zijn factoren geformuleerd die invloed hebben op het succes van allianties. De factoren kunnen de samenwerking in allianties zowel faciliteren als hinderen, afhankelijk van de invulling van de factoren. De verschillende factoren zijn onderverdeeld in drie categorieën: institutionele factoren, (inter)persoonlijke factoren en organisatiefactoren (Koelen et al., 2012). De institutionele en (inter)persoonlijke factoren zijn eigenschappen die bij de individuele stakeholder horen. Deze karakteristieken vormen de input van een alliantie. De organisatiefactoren daarentegen hebben betrekking op kenmerken van organisatie van een alliantie. In het model in figuur 3 is aan de eenzijdige pijlen te zien dat de drie categorieën direct, en afzonderlijk van elkaar, invloed hebben op het succes van

een alliantie. Daarnaast zijn organisatiefactoren met een tweezijdige pijl verbonden met institutionele factoren en met (inter)persoonlijke factoren. Dit geeft weer dat de organisatie van een alliantie afhankelijk is van de eigenschappen die een individuele stakeholder inbrengt. De individuele eigenschappen kunnen de organisatie van een alliantie faciliteren of hinderen. Andersom hebben organisatiefactoren ook invloed op de institutionele en (inter)persoonlijke factoren. In onderstaande tabellen zijn de drie categorieën en bijbehorende factoren verder toegelicht.

2.2.1 Institutionele factoren

De institutionele factoren beleid, planning horizon, en financiering hebben betrekking op het institutionele en economische karakter van de individuele organisaties die deelnemen in een alliantie. In tabel 3 zijn de institutionele factoren toegelicht die allianties kunnen faciliteren of hinderen.

Tabel 3 Institutionele factoren van het Healthy alliances framework (uit: Koelen et al., 2012)

Factor	Toelichting
Beleid	Het is van belang dat verschillende beleidsrichtingen elkaar vinden om samenwerking te stimuleren. Beleid in de medische sector is grotendeels geformuleerd voor curatieve doeleinden, terwijl beleid in de publieke gezondheidssector voornamelijk gericht is op preventie. Daarbij komen in de publieke gezondheid vaak verschillende sectoren samen met allemaal aparte beleidsagenda's, zoals onderwijs en sociale zaken.
Planning horizon	Eerstelijns zorg is reactief van aard, terwijl publieke gezondheid proactief van aard is. Waar eerstelijns zorg actie onderneemt als er vraag naar is, probeert de publieke gezondheid, vaak ongevraagd, de omstandigheden in de toekomst te verbeteren. De planning horizon heeft ook betrekking op de uitkomsten: zo zijn in de zorgsector uitkomsten vaak direct zichtbaar, bij de publieke gezondheidszorg sector zijn de uitkomsten pas op lange termijn zichtbaar.
Financiering	Van oudsher zijn er meer financiële middelen beschikbaar voor de medische sector dan voor de publieke gezondheidssector. Daarbij is er bij financiering van preventieve programma's vaak te weinig aandacht voor de complexe oorzaak van gezondheidsproblemen. Veel interventies richten interventies zich vaak maar op één mogelijke determinant. Preventie is ook vaak het slachtoffer van bezuinigingen.

2.2.2 (Inter) persoonlijke factoren

De persoonlijke factoren die allianties kunnen faciliteren of hinderen zijn: attitudes en overtuigingen, self-efficacy, sociale identiteit, en persoonlijke relaties. Deze factoren hebben betrekking op de individuen die namens een organisatie deelnemen aan een alliantie. In tabel 4 zijn de (inter)persoonlijke factoren toegelicht.

Tabel 4 Persoonlijke factoren van het Healthy alliances framework (uit: Koelen et al., 2012)

Factor	Toelichting
Attitudes en overtuigingen	Ten eerste speelt de persoonlijke houding ten opzichte van samenwerken met andere partijen een rol. Daarnaast is het belangrijk dat de betrokken personen dezelfde prioriteit stellen qua tijd en andere investeringen die in de alliantie gedaan moeten worden. Stereotype denkbeelden over de achtergrond van bepaalde stakeholders kunnen hinderen in een alliantie. Het is daarom belangrijk om gezamenlijke waarden na te streven en respect voor elkaar te hebben.
Self-efficacy	Personen die deelnemen in een alliantie moeten het gevoel hebben dat ze iets bij kunnen dragen aan het gezamenlijke doel. Ook moeten ze zelfverzekerd zijn over hun eigen capaciteiten om samen te werken met andere disciplines.
Sociale identiteit	Een succesvolle alliantie kan bereikt worden door een gezamenlijke identiteit te creëren. De individuele identiteiten van de betreffende personen moeten passen binnen die gezamenlijke identiteit.
Persoonlijke relaties	Sterke persoonlijke relaties in een alliantie zijn bevorderlijk voor het

vertrouwen in andere personen en hun visies. Deelnemen in een alliantie moet 'leuk' zijn.

2.2.3 Organisatiefactoren

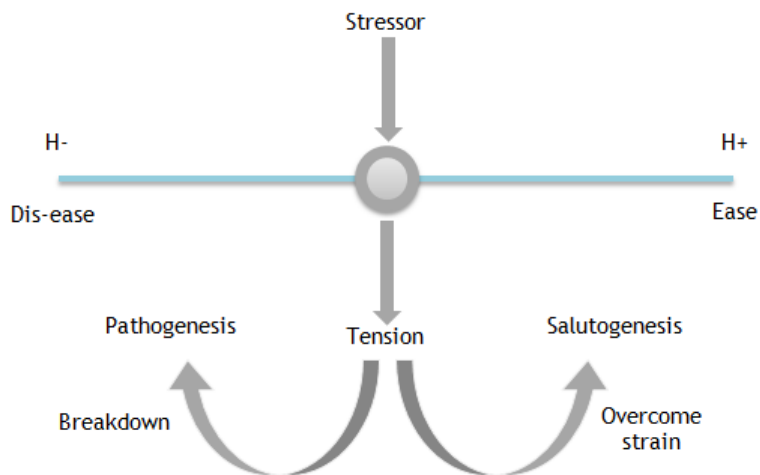
De organisatiefactoren hebben betrekking op kenmerken van de organisatie van een alliantie. Het HALL framework identificeert een zevental organisatiefactoren: flexibele planning, gedeelde missie, duidelijke rolverdeling, samenvoegen van capaciteiten, communicatiestructuur, zichtbaarheid, en management. Deze factoren zijn afhankelijk van de institutionele en (inter)persoonlijke factoren van de verschillende stakeholders. In tabel 5 zijn de organisatiefactoren toegelicht.

Tabel 5 Organisatiefactoren van het Healthy alliances framework (uit: Koelen et al., 2012)

Factor	Toelichting
Flexibele planning	Er moet een flexibele planning gemaakt worden met ruimte voor eventuele uitloop. Het vormen en laten functioneren van een alliantie zal meestal langer duren dan verwacht. Door een flexibele planning kunnen teleurstellingen tijdens het proces voorkomen worden.
Gedeelde missie	De verschillende stakeholders moeten het eens zijn over gezamenlijke doelen en hoe deze doelen bereikt kunnen worden. Deze doelen moeten expliciet gemaakt worden zodat conflicten voorkomen kunnen worden. Het is echter niet erg om op sommige punten te besluiten om geen gezamenlijk standpunt in te nemen, oftewel 'to agree to disagree'.
Duidelijke rolverdeling	In een alliantie moet een duidelijk rolverdeling gemaakt worden tussen de betrokken personen, gebaseerd op vaardigheden en expertise.
Samenvoegen van capaciteiten	Diversiteit in vaardigheden en ervaringen van de betrokken personen in een alliantie zijn waardevol. Hierdoor kunnen resultaten bereikt worden die voor een individuele stakeholder niet haalbaar zijn.
Communicatiestructuur	In een alliantie is zowel formele als informele communicatie van belang zodat ideeën en ervaringen uitgewisseld kunnen worden.
Zichtbaarheid	Hierbij gaat het om zichtbaarheid van activiteiten, resultaten, en individuele bijdrages. Dit kan als prikkel werken voor betrokkenheid bij een alliantie. Daarnaast kan het externe betrokkenheid creëren.
Management	Binnen een alliantie is er behoefte aan een neutrale manager, die op een faciliterende manier leiding geeft en zorgt voor empowerment. Binnen het HALL model wordt dit een 'system integrator' genoemd die verschillende achtergronden bij elkaar kan brengen.

2.3 Salutogenese

In de Ottawa Charter, wat geïntegreerd is in het eerder besproken expanded CCM, wordt benadrukt dat gezondheid een hulpbron is voor het leven, en niet een doel op zich (WHO, 1986). De hierbij horende basiswaarden van gezondheidsbevordering, gelijkheid, participatie en empowerment vormen ook een belangrijke basis voor salutogenese (Eriksson & Lindström, 2008). De kern van salutogenese zit in het focussen op factoren die tot gezondheid leiden (Lindström & Eriksson, 2005). Omdat binnen populatiebepoering preventie mogelijk een rol kan spelen, kan salutogenese een mogelijk interessante theorie zijn in deze context. Salutogenese is een zienswijze, een positieve benadering van gezondheid. Deze benadering is anders dan die van de pathologie, waar gezocht wordt naar factoren die ziekte veroorzaken. De oorsprong van salutogenese is te vinden in het werk van Aaron Antonovsky (Antonovsky, 1979 uit: Lindström & Eriksson, 2010). Volgens Antonovsky beweegt iedere individu zich op het 'ease/dis-ease continuüm', waarbij H+ staat voor ease en H- voor dis-ease (Antonovsky, 1987 uit: Lindström & Eriksson, 2010). In figuur 4 is dit continuüm afgebeeld.



Figuur 4 Ease / dis-ease continuum (gebaseerd op: Lindström & Eriksson, 2010)

In figuur 4 is te zien dat iedere individu te maken heeft ‘stressors’, oftewel gebeurtenissen die voor een bepaalde spanning zorgen en leiden tot beweging op dit continuüm. De manier waarop een individu met deze stressors om gaat is van belang binnen de salutogenese. Sommige individuen ervaren deze stressors als stressvol (‘breakdown’). Andere individuen kunnen wel goed om gaan met de stressors waar ze aan blootgesteld worden (‘overcome strain’). Dit laatste is de basis van de salutogenese benadering. De achterliggende vraag achter salutogenese is: waarom blijven mensen gezond ondanks stressvolle situaties (Lindström & Eriksson, 2005)?

Een belangrijk concept binnen salutogenese is General Resistance Resources (GRRs). GRRs zijn hulpbronnen in het leven van een individu. GRRs kunnen persoonlijke eigenschappen zijn, maar ook factoren die afkomstig zijn uit de directe omgeving of maatschappij in zijn geheel. Een GRR kan zowel materieel als immaterieel zijn. Voorbeelden van GRRs zijn kennis, geld, coping strategie, huisvesting, religie, sociale ondersteuning en culturele stabiliteit. De aanwezigheid van GRRs vergroot de kans dat ze gebruikt worden door een individu. Maar het is niet alleen belangrijk dat deze hulpbronnen aanwezig zijn, maar vooral ook dat een individu de capaciteit heeft om deze hulpbronnen te vinden en te gebruiken als dat nodig is (Lindström & Eriksson, 2005). Dit laatste verwijst naar een ander belangrijk concept binnen de salutogenese, namelijk Sence of Coherence (SOC). De SOC van een individu staat voor het vermogen om een situatie te begrijpen, en de capaciteit om beschikbare hulpbronnen, de GRRs, te gebruiken. SOC is een hulpmiddel om om te gaan met negatieve gebeurtenissen in het leven. SOC bestaat uit drie elementen (Lindström & Eriksson, 2005):

- Het gevoel de situatie te begrijpen, ook wel ‘comprehensibility’ genoemd. Dit is de cognitieve component van SOC die betrekking heeft op hoe een individu omgaat met stimuli vanuit interne en externe omgevingen. Iemand die een hoog niveau van comprehensibility heeft, ervaart stimuli als gestructureerd, voorspelbaar en helder.
- Het gevoel om invloed te kunnen uitoefenen, ook wel ‘manageability’ genoemd. Dit is het gedrag component van SOC. Dit gaat over de mate waarin een individu aanspraak kan doen op beschikbare hulpbronnen om met stimuli om te gaan.
- De zin ergens van in zien, ook wel ‘meaningfulness’ genoemd. Dit is de motivatie component van SOC. Hierbij ziet een individu stimuli als een uitdaging, en als zinvol. Meaningfulness wordt gezien als het meest belangrijke element van SOC.

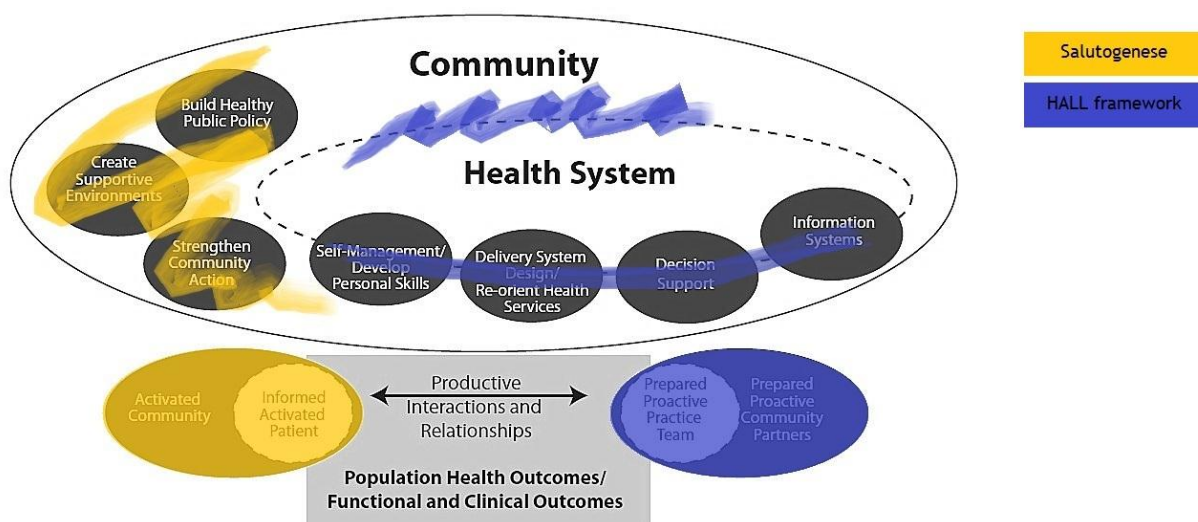
Een sterke SOC wordt geassocieerd met een betere gezondheid, vooral op het gebied van mentale gezondheid (Lindström & Eriksson, 2010). Ook resulteert een sterke SOC in een gezondere leefstijl.

Samenvattend, salutogenese is een benadering die zich richt op de interactie tussen GRRs en SOC. De theorie kan vertaald worden naar individu-, groep- en maatschappijniveau (Lindström & Eriksson, 2010). Salutogenese geeft een bepaalde visie op gezondheid weer, die vertaald kan worden naar onderzoek en beleid. Vooral de sterke link met gezondheidsbevordering en mentale gezondheid kan waardevol zijn in de toekomst (Lindström & Eriksson, 2005). Salutogenese wordt gezien als een benadering die ingezet kan worden om de doelen van de Ottawa Charter te bereiken (Lindström & Eriksson, 2010). De overeenkomsten tussen salutogenese en de Ottawa Charter zijn dan ook niet te missen. Zo is er in beide gevallen aandacht voor determinanten en GRRs die gezondheid veroorzaken, richten beide zich op het proces dat leidt tot gezondheid, en hebben beide hetzelfde einddoel, namelijk het verbeteren van de kwaliteit van leven.

2.4 Theoretisch kader en populatiebekostiging

In dit theoretisch kader zijn een aantal modellen en theoretische concepten beschreven die niet direct gekoppeld zijn aan populatiebekostiging. Toch zijn ze waardevol voor het beantwoorden van de hoofdvraag van deze thesis, “Welke randvoorwaarden zijn er voor populatiebekostiging in het Nederlandse zorgstelsel?”. Ten eerste richt zowel het CCM als het HALL framework zich op elementen en voorwaarden die nodig zijn in een zorgstelsel waar chronische zieken een steeds grotere rol gaan spelen. Omdat het een gegeven is dat het aantal chronische zieken sterk toe gaat nemen in de komende jaren, kunnen deze modellen een basis zijn voor veranderingen in het zorgstelsel. Het CCM kijkt daarbij vooral op systeemniveau naar het zorgstelsel, wat erg waardevol is bij het invoeren van een systeeminnovatie zoals populatiebekostiging. Het HALL framework biedt daarnaast praktische aanknopingspunten voor samenwerkingen tussen verschillende partijen in de zorg en daarbuiten. Samenwerking kan een belangrijk element van populatiebekostiging zijn. Ten tweede is er in alle drie de modellen een belangrijke rol weggelegd voor de public health gedachte. Het Expanded CCM kan met de integratie van de Ottawa Charter een goede basis zijn voor een populatiegericht systeem waarin gezondheidsbevordering en preventie meer geïntegreerd worden. Salutogenese gaat vervolgens dieper in op gezondheidsbevordering, door te focussen op de interactie tussen het individu en een systeem. Salutogenese past hierdoor bij de filosofie en visie achter een populatiegericht systeem. Hoe houden we een bepaalde populatie gezond? Welke capaciteiten hebben individuen en populaties? En welke mogelijkheden biedt de omgeving om tot een goede gezondheid te komen? Ten slotte identificeert Het HALL framework public health als belangrijke partner in samenwerkingen in de gezondheidszorg.

Het CCM, salutogenese en het HALL framework zijn in deze thesis het uitgangspunt voor een model voor populatiebekostiging. Meeste nadruk zal liggen op het CCM en HALL framework omdat deze modellen focussen op voorwaarden. Salutogenese wordt in de brede zin meegenomen, voor de visievorming achter populatiebekostiging. De besproken modellen en theoretische concepten zijn meegenomen in het ontwerp van de methoden van dataverzameling. Maar de meest belangrijk functie van dit theoretisch kader is dat ná de data-analyse de resultaten vergeleken worden met theoretisch kader in de discussie. Op deze manier worden de drie modellen geëvalueerd als basis voor een model voor populatiebekostiging. In figuur 5 is een schets gemaakt die de mogelijke interactie tussen de drie modellen weer geeft.



Figuur 5 Interactie tussen Expanded Chronic Care Model, Healthy alliances framework en salutogenese

Het Expanded CCM heeft betrekking op het systeemniveau en wordt daarom als uitgangspunt genomen. Salutogenese heeft betrekking op de SOC van het individu, en de interactie tussen het individu en de maatschappij met de aanwezige GRRs. In figuur 5 is salutogenese dan ook geïntegreerd in de elementen die onder de maatschappij vallen. Verder is salutogenese rechtstreeks te koppelen aan het individu, in dit geval de patiënt. Salutogenese is daarom ook geïntegreerd in het model op het niveau van de geactiveerde patiënt en community. De samenwerkingen die in het systeem plaatsvinden, zowel binnen het gezondheidszorgsysteem als tussen het zorgsysteem en de maatschappij, zijn omvat in het HALL framework. In figuur 2.5 is het HALL framework geïntegreerd op de grens tussen de gezondheidszorg en de maatschappij. Daarnaast heeft het HALL framework betrekking op het proactieve team van professionals, waarin samenwerking een rol speelt. Ook daar is het geïntegreerd in het HALL framework.

3. Onderzoeksmethoden

Omdat er nog niet veel bekend is over populatiebekostiging in het Nederlandse zorgstelsel, is er een exploratief, kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Triangulatie is toegepast door verschillende methoden van dataverzameling te gebruiken, namelijk een documentenanalyse, een literatuurstudie en semigestructureerde interviews. De nadruk lag daarbij op de semigestructureerde interviews. De dataverzameling in dit onderzoek was een stapsgewijs proces waarin vier fases te onderscheiden zijn. Dit hoofdstuk beschrijft eerst deze vier fases. Daarna wordt er dieper ingegaan op de verschillende methoden van dataverzameling.

3.1 Dataverzamelingsproces

De dataverzameling in dit onderzoek was een stapsgewijs proces. Als eerste is er een documentenanalyse uitgevoerd. Daarna zijn semigestructureerde interviews afgewisseld met een literatuurstudie. Er zijn vier verschillende fases te onderscheiden in het dataverzamelingsproces (zie ook figuur 6):

- Fase 1: In de eerste fase is er een **documentenanalyse** uitgevoerd naar de huidige organisatie en financiering van het Nederlandse zorgstelsel. Hierin worden belangrijk concepten en recente ontwikkelingen binnen de Nederlandse gezondheidszorg meegenomen. Er is ook aandacht voor de huidige publieke discussie rondom populatiebekostiging. Het doel van de documentenanalyse was om deelvraag 1 te beantwoorden. Daarmee dient het als achtergrondstudie voor dit onderzoek.
- Fase 2: In de tweede fase zijn er **semigestructureerde interviews met experts** afgenomen. Het doel van deze interviews was om deelvraag 2 en 3 te beantwoorden. Daarnaast vormde de interviews met de experts een belangrijke input voor fase 3.
- Fase 3: In de derde fase zijn er twee scenario's opgesteld die als input hebben gediend voor de interviews in fase 4. Tijdens de opzet van het onderzoek bleek al dat populatiebekostiging nog geen duidelijk gedefinieerd begrip was. Voorbeelden uit het buitenland kunnen daarom elementen aanreiken voor mogelijke vormen van populatiebekostiging in Nederland. De scenario's zijn dus opgesteld om gericht vragen te kunnen stellen in fase 4. De scenario's zijn opgesteld aan de hand van een beknopte **literatuurstudie** naar een aantal specifieke buitenlandse voorbeelden op het gebied van populatiebekostiging. Naar aanleiding van de interviews in fase 2 is ervoor gekozen om te focussen op *Gesundes Kinzigtal* in Duitsland en *Kaiser Permanente* in de Verenigde Staten (VS).
- Fase 4: In de vierde fase zijn **semigestructureerde interviews met stakeholders** afgenomen. Het doel van deze interviews was om deelvragen 4 en 5 te beantwoorden.



Figuur 6 Fases tijdens het dataverzamelingsproces

Tijdens het afnemen van de semigestructureerde interviews is gebleken dat indeling op basis van deelvragen en type respondent (experts & stakeholders) niet helemaal toepasbaar was. Zo kwam uit interviews met experts ook data die relevant was voor het beantwoorden van deelvraag 4 en 5. Andersom leverde de interviews met stakeholders ook relevante informatie op voor het beantwoorden van deelvraag 2 en 3. Tijdens de data-analyse is deze scheiding dan ook niet meegenomen. De indeling is hier toch beschreven omdat het een belangrijke invloed heeft gehad op het dataverzamelingsproces.

3.2 Fase 1: Documentenanalyse

Binnen de documentenanalyse kan er een onderscheid gemaakt worden tussen een beschrijving van het huidige Nederlandse zorgstelsel en een beschrijving van de huidige publieke discussie rondom populatiebekostiging.

3.2.1 Huidige organisatie en financiering van het Nederlands zorgstelsel

Doormiddel van desk research is er informatie verzameld over de huidige organisatie en financiering van het Nederlandse zorgstelsel. Voor dit onderdeel is vooral gebruik gemaakt van de website van de Rijksoverheid. Voor begrippen die om meer verduidelijking vroegen is er gebruik gemaakt van andere bronnen, zoals andere websites en een aantal wetenschappelijke artikelen. In tabellen is een totaaloverzicht van de concepten gemaakt, plus een toelichting per concept. Aan de hand van deze tabellen is er een tekst geschreven waarin de meest relevante concepten zijn meegenomen en hun onderlinge verbanden zijn beschreven.

3.2.2 Publieke discussie rondom populatiebekostiging

Doormiddel van desk research zijn er documenten verzameld die betrekking hebben op de publieke discussie rondom populatiebekostiging. Binnen dit onderdeel kan er een onderscheid gemaakt worden tussen kamerdocumenten en mediaberichten. Onder kamerdocumenten worden kamerbrieven, -documenten en -rapporten verstaan. Mediaberichten zijn media-uitingen zoals internetblogs, websites en krantenberichten.

Voor het verzamelen van kamerdocumenten is er een soort van 'sneeuwbalmethode' is toegepast. Dit wil zeggen dat bepaalde kamerstukken verwezen naar andere kamerstukken, enzovoorts. Ten eerste is de kamerbrief 'Zorg en ondersteuning in de buurt' geselecteerd, om een beeld te krijgen van de huidige problematiek in de zorg en de visie voor de toekomst. De 'uitvoeringstoets bekostiging huisartsenzorg en integrale zorg' sluit aan bij deze kamerbrief omdat er een passende organisatie en financiering nodig is om zorg en ondersteuning in de buurt mogelijk te maken. Het verzoek voor deze uitvoeringstoets, gericht aan de NZa, is toegelicht, plus het uiteindelijk rapport van de NZa als antwoord op het verzoek. Ten slotte is het rapport van de EIB uitgelicht. Integrale bekostiging wordt in het EIB rapport gezien als een tussenstap naar populatiebekostiging. De geselecteerde bestanden zijn samengevat.

Naast kamerdocumenten gerelateerd aan populatiebekostiging, wordt er ook in de media aandacht besteed aan dit thema, zoals in nieuwsberichten, internetblogs en krantenberichten. Doormiddel van desk research zijn er documenten verzameld die gepubliceerd zijn in de periode september 2011 tot en met juli 2012. Via www.google.nl is er een zoekopdracht gedaan onder de volgende termen: 'populatiebekostiging', 'populatiegerichte bekostiging', 'populatiegebonden bekostiging', 'regionale bekostiging van zorg' en 'regiobudgetten'. Regionale bekostiging is meegenomen omdat dit vaak in verband wordt gezien met populatiebekostiging. Daarnaast is er ook hier een sneeuwbalmethode toegepast, omdat enkele documenten doorverwezen naar andere documenten. In totaal zijn er 54 berichten geselecteerd. Voor de analyse van deze berichten is eerst de relevante informatie in de berichten geselecteerd. Deze selecties zijn geïmporteerd in Excel, waar het vervolgens gecategoriseerd in relevante thema's op het gebied van populatiebekostiging. De categorieën en patronen die hieruit naar voren kwamen zijn vervolgens beschreven.

De mediaberichten zijn vaak geschreven uit persoonlijke titel of uit naam van een bepaalde organisatie, waardoor objectiviteit niet gegarandeerd is. Toch zijn deze documenten belangrijk om mee te nemen als achtergrond voor dit onderzoek, vooral omdat officiële publicaties over populatiebekostiging nog ontbreken. Vanwege de mogelijke subjectiviteit van de documenten is ervoor gekozen om niet te diep in te gaan op de inhoud van de documenten. Er is vooral aandacht voor bepaalde tendensen die terugkomen in de documenten, om een overall beeld te krijgen van de discussie die gaande is rondom populatiebekostiging.

3.3 Fase 2: Semigestructureerde interviews met experts

3.3.1 Sampling

Er zijn vier semigestructureerde diepte-interviews met experts afgenomen. In bijlage I is een overzicht van de geïnterviewde experts te vinden. Alle experts hebben toestemming verleend om de naam op te nemen in deze bijlage.

Voor het werven van experts is doelgericht sampling toegepast. Er is gericht gezocht naar onderzoekers en adviseurs die kennis hebben op het gebied van bekostiging van de zorg en werken bij kenniscentra, universiteiten, adviesbureaus et cetera. Er is voor deze doelgroep gekozen omdat deze personen een wetenschappelijke, en voor zover mogelijk objectieve, kijk op populatiebekostiging hebben. Contact met deze respondenten is gezocht via bestaande contacten uit het netwerk van Vilans, en door het zoeken van contactgegevens op internet. Alle experts zijn per mail uitgenodigd voor een interview. De respons onder experts was 100%, alle mensen die uitgenodigd zijn hebben ook deelgenomen aan een interview.

3.3.2 Interviewleidraad

De interviewvragen voor experts waren open en afgeleid van een interviewleidraad (zie bijlage II). De interviewleidraad was puntsgewijs opgesteld, bestaande uit onderwerpen die besproken konden worden tijdens het interview. Vanwege het semigestructureerde karakter van de interviews en de diverse achtergrond van de respondenten was de interviewleidraad niet bindend voor de opzet van het interview. Alle interviews hebben uiteindelijk dan ook een uniek verloop gehad.

Het doel van de interviews met experts was om deelvraag 2 en 3 te beantwoorden. De onderwerpen op de interviewleidraad waren dan ook vooral toegespitst op deze deelvragen. Dus wat is populatiebekostiging en waarom wordt er voor gepleit? Daarnaast vormde het resultaat van de documentenanalyse (fase 1) een belangrijke input voor de interviewvragen. Bij elke respondent zijn ook specifieke vragen gesteld gerelateerd aan de achtergrond van de respondent en aan onderwerpen die tijdens het gesprek naar boven kwamen. Ten slotte vormde de interviews met expert de input voor fase 3. Er is daarom ook gericht gevraagd naar buitenlandse voorbeelden.

3.3.3 Setting interviews

Alle interviews met experts zijn face-to-face afgenomen door één persoon. Alle experts zijn individueel geïnterviewd. De interviews zijn opgenomen met een voice-recorder. Opname werd alleen gemaakt na goedkeuring van de respondent. De respondenten hebben een anonieme bijdrage geleverd aan het onderzoek. De interviews zijn allemaal afgenomen op de werkplaats van de experts. Het langste expert-interview duurde 51 minuten, het kortste 37 minuten. De gemiddelde duur van de experts-interviews was 46,5 minuten.

3.3.4 Analyse

Voor de analyse zijn de interviews met experts en stakeholders (fase 4) als één dataset genomen. Reden hiervoor is dat de data die de verschillende interviews op leverden interessant was voor het beantwoorden van meerdere deelvragen, en niet alleen de vooraf toegekende deelvragen. Een uitgebreide beschrijving van de analyse is bij fase 4 beschreven.

3.4 Fase 3: Literatuurstudie

Aan de hand van de semigestructureerde interviews met experts (fase 2) zijn er een aantal buitenlandse voorbeelden geselecteerd, namelijk *Gesundes Kinzigtal* in Duitsland en *Kaiser Permanente* in de VS. Om een beeld te krijgen van deze twee voorbeelden is er een beknopte literatuurstudie uitgevoerd. De resultaten van deze literatuurstudie zijn te vinden in bijlage III. Hierbij moet vermeld worden er geen systematische literatuurreview is uitgevoerd naar deze voorbeelden, maar er is gericht gezocht naar een aantal artikelen die een overzicht gaven van de structuur van deze buitenlandse voorbeelden. Aan de hand van de informatie uit bijlage III zijn er twee scenario's opgesteld. Deze scenario's hebben als input gediend voor de interviews met stakeholders in fase 4. Zie bijlage IV voor de scenario's.

3.5 Fase 4: Semigestructureerde interviews met stakeholders

3.5.1 Sampling

Er zijn twintig semigestructureerde met stakeholders afgenomen. In bijlage I is een overzicht van de geïnterviewde stakeholders te vinden. Alle stakeholders hebben toestemming verleend om de naam op te nemen in deze bijlage.

Voor het werven van stakeholders is doelgericht sampling toegepast. Er is gericht gezocht naar de geselecteerde types, namelijk zorgverleners(organisaties), zorgverzekeraars, gemeenten, patiëntvertegenwoordiging en overheid. Er is voor deze partijen gekozen omdat zij in hun dagelijkse werk beïnvloed worden door de bekostiging van zorg. Daarnaast identificeert het VWS deze stakeholders als de belangrijke partijen voor het versterken van zorg en ondersteuning in de buurt (Schipper & Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, 2011a). Aan de ene kant is er specifiek gezocht naar partijen en personen die betrokken zijn bij initiatieven op het gebied van populatiebekostiging, zoals een aantal zorgverzekeraars. Aan de andere kant is er gezocht naar partijen of personen die actief zijn op het gebied van onderwerpen die gerelateerd zijn aan populatiebekostiging, zoals integrale zorg. Een aantal respondenten was niet te categoriseren als een van de gedefinieerde stakeholder-types, en vallen daarom onder 'overig'. Dit betreft allemaal personen en organisaties die actief zijn op het gebied van wijkgericht werken. Contact met deze stakeholders is gezocht via bestaande contacten uit het netwerk van Vilans, en door het zoeken van contactgegevens op internet. Alle stakeholders zijn per mail uitgenodigd voor een interview. Van de zeventien personen die uitgenodigd zijn voor een stakeholder-interview, hebben er zestien deelgenomen. Zie tabel 6 voor een overzicht van de stakeholders.

Tabel 6 Overzicht aantal respondenten per stakeholder-type

Respondent type	Aantal
Zorgverleners(organisaties)	5
Zorgverzekeraars	4
Gemeenten	2
Patiëntvertegenwoordiging	1
Overheid	1
Overig*	3
Totaal	16

* Partijen die betrokken zijn bij wijkgericht werken

Vooraf is als doel gesteld dat elke type stakeholder minimaal twee keer vertegenwoordigd moet zijn. Deze doelstelling is behaald voor alle stakeholder types, behalve voor patiëntvertegenwoordiging en overheid.

3.5.2 Interviewleidraad

Ook bij de interviews met stakeholders waren de interviewvragen open en afgeleid van een interviewleidraad (zie bijlage V). Het grootste verschil tussen de interviewleidraad van de experts en stakeholders was dat de insteek van de vragen bij de experts meer open en globaler was. In de interviews met stakeholders zijn meer gerichtere vragen gesteld. De interviewleidraad was puntsgewijs opgesteld, bestaande uit onderwerpen die besproken konden worden tijdens het interview. Vanwege het semigestructureerde karakter van de interviews en de diverse achtergrond van de respondenten was de interviewleidraad niet bindend voor de opzet van het interview. Alle interviews hebben uiteindelijk dan ook een uniek verloop gehad.

Het doel van de interviews met stakeholders was om deelvraag 4 en 5 te beantwoorden. De onderwerpen op de interviewleidraad waren dan ook vooral toegespitst op deze deelvragen. Ook vormde het resultaat van de fases 1, 2 en 3 een belangrijke input voor de interviewvragen. Daarnaast waren vragen gebaseerd op de twee scenario's die opgesteld waren. Daarbij was niet het doel om meningen te verzamelen over de buitenlandse voorbeelden, maar om de elementen direct te vertalen naar de Nederlandse situatie. Hierbij kan gedacht worden aan vragen als 'Hoe zou dit eruit zien in Nederland?', of 'Wat is er nodig om dit in Nederland te implementeren?'. Bij elke respondent zijn ook specifieke vragen gesteld gerelateerd aan de achtergrond van de respondent en aan onderwerpen die tijdens het gesprek naar boven kwamen.

3.5.3 Setting interviews

Veertien interviews met stakeholders zijn face-to-face afgenomen door één persoon. Bij één face-to-face interview was een tweede interviewer aanwezig. Daarnaast is er één interview telefonisch afgenomen.

Alle stakeholders zijn individueel geïnterviewd. De interviews zijn opgenomen met een voice-recorder. Opname werd alleen gemaakt na goedkeuring van de respondent. De respondenten hebben een anonieme bijdrage geleverd aan het onderzoek. De interviews zijn allemaal afgenomen op de werkplaats van de respondenten. Het langste stakeholder-interview duurde 85 minuten, het kortste 38 minuten. De gemiddelde duur van de stakeholder-interviews was 55,5 minuten. Minimaal één dag voor het interview hebben de stakeholders een omschrijving van de scenario's ontvangen. Via deze scenario's konden ze zich eventueel voorbereiden voor het interview. Het is niet als vereiste gesteld dat de scenario's bekeken waren voor het interview. Dit had als resultaat dat sommige respondenten wel al naar de scenario's gekeken hadden voorafgaand aan het interview, en anderen niet.

3.5.4 Analyse

Zoals eerder besproken zijn de resultaten van de interviews met experts en de interviews met stakeholders uiteindelijk als één dataset behandeld. De voice-recorder opnames van alle interviews zijn volledig getranscribeerd. De transcripties zijn naar de respondenten teruggekoppeld voor inzage, zodat eventuele onjuiste informatie verbeterd kon worden. Voor het analyseren van de transcripties is de data-analyse software ATLAS.ti versie 7.0.73 gebruikt. Met behulp van deze software zijn alle transcripties gecodeerd. Codes zijn toegekend aan tekstfragmenten die relevant zijn in het kader van dit onderzoek. Vanwege het exploratieve karakter van het onderzoek is ervoor gekozen om bottom-up codering toe te passen. De insteek van de interviewvragen was erg open, met het doel om een breed scala aan meningen te verzamelen. Van belang was hierbij om zoveel mogelijk informatie mee te nemen die bij de respondenten op kwam tijdens het interview. Een bottom-up codering was daarom de meest voor de hand liggende aanpak van de analyse. Om zo dicht mogelijk bij de definities en concepten te blijven die de respondenten gebruikten, is in de formulering van codes zoveel mogelijk de woordkeuze van de respondenten aangehouden. In de formulering van codes is er meteen een verwijzing toegevoegd naar overkoepelende thema's, zoals bijvoorbeeld 'definitie', 'samenwerking' en 'randvoorwaarden'. Alle transcripties zijn minimaal drie keer doorgenomen om relevante codes toe te wijzen. De codering en analyse is gedaan door één persoon. Ter controle is er een gecodeerd transcript door twee andere personen ingezien. In totaal zijn er 631 unieke codes aangemaakt. Omdat in de formulering van de codes zoveel mogelijk de woordkeuze van de respondenten is aangehouden, lag de betekenis van een aantal codes erg dicht bij elkaar. Sommige codes zijn daarom op het einde samengevoegd in groepen, in ATLAS.ti 'families' genoemd. Onder deze families vallen dus codes die min of meer hetzelfde betekenen. Een aantal codes waren verbonden aan meerdere families, en zijn dus meerdere keren ingedeeld. In totaal zijn er 237 families overgebleven. Deze families zijn onderverdeeld in veertien overkoepelende thema's (zie tabel 7). Voor het beschrijven van de resultaten is er eerst een kwantitatieve uitdraai van de families gemaakt in Excel. Deze kwantitatieve uitdraai is ingedeeld naar de respondent-types. Hierdoor werd duidelijk hoe vaak bepaalde families voorkwamen per respondent type. Omdat sommige codes vaker terugkwamen in één interview is er in Excel een correctie gemaakt voor dubbele codes. Vervolgens is er per familie een uitdraai gemaakt van de bijbehorende fragmenten uit de transcripties. Families die maar bij één respondent voorkomen zijn niet meegenomen in het beschrijven van de resultaten. Families die bij twee of meer respondenten voorkomen zijn wel meegenomen.

In de analyse van dit onderzoek is er rekening gehouden met het type respondent. Er is dan ook gekeken of er op het gebied van bepaalde onderwerpen een duidelijk verschil was in mening tussen de verschillende type respondenten. In de beschrijving van de resultaten (hoofdstuk 4) wordt af en toe een verwijzing gemaakt naar het type respondent die bepaalde antwoorden heeft gegeven. Om anonimiteit te waarborgen is ervoor gekozen om in het geval van maar één vertegenwoordiger van het respondent type, wat het geval is bij overheid en patiënt, nooit te verwijzen naar het type respondent.

De resultaten zijn vervolgens verder geïnterpreteerd in de discussie van deze scriptie, waar de resultaten met het theoretisch kader vergeleken worden.

Tabel 7 Analyse interviews: overkoepelende thema's van families, ingedeeld naar deelvragen

Onderz. meth.	Deelvraag 2	Deelvraag 3	Deelvraag 4	Deelvraag 5
Achtergrond	Definitie	Algemeen	Partijen	Randvoorwaarden
Buitenlandse vb.	Populatie	Huidig systeem	Regie	Samenwerken
	Regie		Gemeenten	Barrières
	Partijen		Verzekeraars	Preventie
			NPCF	Partijen
			Initiatieven	Regie

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van dit onderzoek beschreven per deelvraag. De eerste deelvraag is beantwoord doormiddel van een documentenanalyse. De overige deelvragen zijn beantwoord doormiddel van semigestructureerde interviews met experts en stakeholders.

4.1 Huidige organisatie en financiering van het Nederlandse zorgstelsel

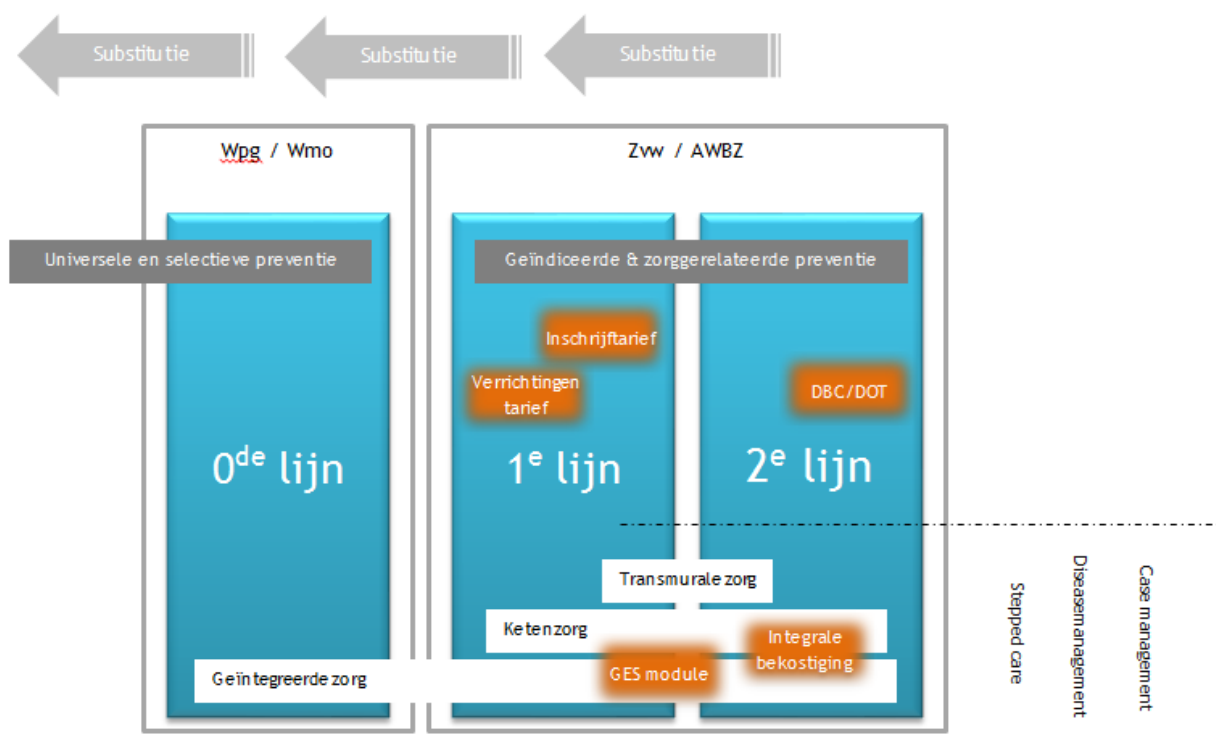
In dit hoofdstuk wordt er op basis van een documentenanalyse antwoord gegeven op deelvraag 1, die als volgt is geformuleerd:

Op welke manier is het huidige Nederlandse zorgstelsel georganiseerd en gefinancierd?

Het invoeren van een systeeminnovatie als populatiebepoortiging zal invloed hebben op de organisatie en financiering van gezondheidszorg in Nederland. Om deze mogelijke innovatie te verkennen, is het van belang om eerst een goed beeld te hebben van de huidige organisatie en financiering van zorg. Deze paragraaf is daarom een beschrijving van belangrijke concepten en recente ontwikkelingen binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Omdat populatiebepoortiging een nieuwe ontwikkeling is binnen de zorg, zal er ook wat dieper ingegaan worden op de discussie rondom dit onderwerp. Binnen deze paragraaf kan er dus een onderscheid gemaakt worden tussen een beschrijving van het huidige Nederlandse zorgstelsel en een beschrijving van de huidige publieke discussie rondom populatiebepoortiging.

4.1.1 Huidige organisatie en financiering van het Nederlands zorgstelsel

Als resultaat van de verkenning van de huidige organisatie en financiering van het Nederlandse zorgstelsel zijn er tabellen gemaakt met beschrijvingen van belangrijke concepten (zie bijlage VI). Aan de hand van de informatie uit bijlage VI is figuur 7 ontworpen, waarin de meest relevante concepten zijn meegenomen en hun onderlinge verbanden zijn weergegeven. Dit figuur is het uitgangspunt voor dit hoofdstuk.



Figuur 7 Organisatie en financiering van de Nederlandse gezondheidszorg

AWBZ = Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. DBC = Diagnosebehandelingcombinatie. DOT = DBC's op weg naar transparantie. GES module = Geïntegreerde Eerstelijns Samenwerking module. Wmo = Wet maatschappelijke ondersteuning. Wpg = Wet publieke gezondheid. Zvw = Zorgverzekeringswet.

Zoals te zien in het figuur is de Nederlandse gezondheidszorg opgedeeld in lijnen: de nulde, eerste en tweede lijn, die respectievelijk betrekking hebben op welzijn en preventie, generalistische zorg en specialistische zorg (Post & Gijsen, 2011). Er kan ook nog een derde lijn onderscheiden worden, wat staat voor hoog specialistische zorg, maar deze is voor het gemak niet toegevoegd in het overzicht. Binnen de lijnen gelden andere wetten en financieringssystemen. De nulde lijn is verbonden aan de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Wet publieke gezondheid (Wpg). De uitvoering van deze wetten ligt bij de lokale of landelijke overheid (Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2012). De eerste en tweede lijn zijn verbonden aan de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De uitvoering van de Zvw is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar, AWBZ van de zorgkantoren. Het financieringsmodel van de verschillende lijnen is niet gelijk. Zo is er in de eerste lijn sprake van een combinatie van een inschrijftarief en een verrichtingentarief (Schipper & Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, 2011b). Terwijl in de tweede lijn er zorgkosten gedeclareerd worden onder de DBC/DOT systematiek (NZa, z.j.). Op het moment is er een beweging gaande waarin er gepleit wordt voor substitutie, bijvoorbeeld van de tweede naar de eerste lijn. Dit zodat dure specialistische zorg vervangen kan worden door goedkopere generalistische zorg, waarbij de kwaliteit van zorg gelijk blijft of zelfs verbetert.

Binnen een model van populatiebesteding ligt de focus op een hele populatie en het gezond houden van deze populatie. Er is daarom mogelijk een rol weggelegd voor preventie en gezondheidsbevordering. In het figuur is te zien dat er verschillende vormen van preventie mogelijk zijn. Universele preventie is gericht op de hele bevolking, er wordt geen onderscheid gemaakt in doelgroepen (Van den Berg & Schoemaker, 2010). Dit is wel het geval bij selectieve preventie. Bij zowel universele als selectieve preventie is het doel om ziekte te voorkomen. Geïndiceerde en zorggerelateerde preventie heeft betrekking op mensen die al een ziekte of symptomen hebben, met het doel om complicaties of verergering te voorkomen. Het verschil tussen geïndiceerde preventie en zorg gerelateerde preventie is dat er in het geval van zorg gerelateerde preventie al sprake is van een bepaalde diagnose, bij geïndiceerde preventie nog niet.

Binnen populatiebesteding staat samenwerking tussen verschillende partijen centraal, om tot een zorgaanbod te komen wat op elkaar af gestemd is en waarin de zorgbehoefte van de populatie centraal staat. Hieraan verbonden zijn transmurale zorg, ketenzorg en geïntegreerde zorg. Transmurale zorg zit vooral op de schakel tussen de eerste en de tweede lijn (Vrijhoef & Steuten, 2006). Ketenzorg is een vervolg hierop, en gaat over de hele keten die betrokken is bij zorg voor patiënten met een bepaalde aandoening. Geïntegreerde zorg gaat nog een stapje verder. Er wordt verder gekeken dan alleen de zorgsector, en de patiënt in zijn geheel staat centraal en niet een bepaalde aandoening. Dat de patiënt steeds meer centraal staat is ook terug te vinden in de benaderingen van case management, disease management en stepped care. Deze drie benaderingen kunnen een onderdeel zijn van zowel transmurale zorg, ketenzorg als geïntegreerde zorg (Vrijhoef & Steuten, 2006). In het geval van case management wordt de zorgaanbieder gezien als een gids in het zorgproces van de patiënt. Stepped care is het aanbieden van trapsgewijze zorg die zo min mogelijk belastend is voor de patiënt. Ten slotte richt diseasemanagement zich op specifieke patiëntenpopulaties waar de keten van vroegtijdige opsporing, preventie, zelfmanagement en zorg centraal staat.

Samengevat, de analyse laat zien hoe complex het Nederlandse zorgstelsel in elkaar zit. Er is een strikte verdeling in lijnen, die apart georganiseerd en gefinancierd zijn. Kortom, de institutionele factoren (zie HALL framework in theoretisch kader, hoofdstuk 2) zoals planning horizon, beleid en financiering zijn compleet verschillend tussen de lijnen. Dit heeft implicaties voor de samenwerking, die in een dergelijk systeem moeilijk te organiseren is. Door initiatieven als transmurale zorg en ketenzorg wordt samenwerking over de lijnen heen steeds meer vormgegeven. Deze samenwerking begint vooral op het niveau van eerste en tweede lijn, dus echt op het gebied van zorg en niet zozeer op het gebied van welzijn. Dit laat zien dat de focus op het moment vooral op ziekte ligt en niet zozeer op gezondheid. De zienswijze van salutogenese (zie theoretisch kader, hoofdstuk 2) zou kunnen helpen om meer te focussen op gezondheid, en factoren die bijdragen aan gezondheid.

4.1.2 Publieke discussie rondom populatiebesteding

Populatiebesteding in het Nederlandse zorgstelsel is een relatief nieuw onderwerp waar nog weinig onderzoek naar uitgevoerd is. Toch is populatiebesteding een veelbesproken onderwerp in onder andere kamerbrieven en nieuwsberichten op internet. De informatie uit deze niet-wetenschappelijke documenten is van belang om zicht te krijgen op de discussie die op het moment leeft rondom het thema populatiebesteding. Deze paragraaf geeft daarom een overzicht van deze documenten. Er is een onderscheid gemaakt tussen kamerdocumenten en mediaberichten. Onder kamerdocumenten worden

kamerbrieven, -documenten en -rapporten verstaan. Mediaberichten zijn media-uitingen zoals internetblogs, websites en krantenberichten.

4.1.2.1 Kamerdocumenten

Bekostiging van zorg is een veelbesproken onderwerp in Den Haag. Om een beeld te krijgen van de politieke discussie rondom populatiebekostiging, wordt er hier een overzicht gegeven van een aantal kamerdocumenten die relevant zijn in het kader van populatiebekostiging. Ten eerste is de kamerbrief 'Zorg en ondersteuning in de buurt' geselecteerd, om een beeld te krijgen van de huidige problematiek in de zorg en de visie voor de toekomst. De 'uitvoeringstoets bekostiging huisartsenzorg en integrale zorg' sluit hierbij aan, omdat er een passende organisatie en financiering nodig is om zorg en ondersteuning in de buurt mogelijk te maken. Eerst wordt het verzoek tot deze uitvoeringstoets besproken, daarna wordt het resultaat van de uitvoeringstoets toegelicht. Ten slotte is het rapport van de EIB geselecteerd. Integrale bekostiging wordt namelijk gezien als een tussenstap naar populatiebekostiging.

In de kamerbrief 'Zorg en ondersteuning in de buurt' van 14 oktober 2011 wordt gepleit voor zorg die dichtbij de patiënt gesitueerd is, thuis en in de wijk (Schippers & Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, 2011a). Reden hiervoor is dat het aantal mensen met één of meerdere chronische aandoeningen toeneemt, en er sprake is van een krimpende arbeidsmarkt en sterk stijgende kosten. Om zorg en ondersteuning te realiseren zijn er 'verschuivingen' nodig op verschillende gebieden. Het gaat hier om verschuivingen van curatie naar preventie, van professionele zorg naar zelf- en mantelzorg, en van specialistische intramurale zorg naar extramurale zorg. De organisatie van de gezondheidszorg wordt in deze brief benaderd als een piramide, die aan de basis begint bij zelfzorg en uitloopt tot complexe zorg in de punt. Zie figuur 8.



Figuur 8 Gezondheidszorg als een piramide (Schippers & Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, 2011a)

Het uitgangspunt van zorg en ondersteuning in de buurt is: "dichtbij en onder eigen verantwoordelijkheid waar mogelijk, specialisatie waar dat moet, concentratie waar het echt niet anders kan" (Schippers & Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, 2011a, p. 2). Eigen verantwoordelijkheid van de burger met behulp van de directe omgeving, wordt dus voorop gesteld. Ondersteuning kan gevraagd worden aan laagtoegankelijke welzijns- en gezondheidsvoorzieningen in de wijk. Als er een stap omhoog gedaan wordt in de piramide dan is daar de eerste lijn die niet-complexe zorg levert. Kernwoorden in deze laag van de piramide zijn integrale, multidisciplinaire zorg en zelfmanagement. In de punt van de piramide zit de complexe medisch specialistische zorg en de gespecialiseerde verzorging zoals verpleeghuizen. De lagen in de piramide hangen sterk met elkaar samen. Vaak bevindt een patiënt zich dan ook in meerdere lagen van de piramide. Het doel is altijd om een patiënt zo kort mogelijk in de top te houden, en zo snel mogelijk weer naar de basis van de piramide te brengen. Er zijn natuurlijk uitzonderingen waar andere regels gelden, zoals bij acute zorg.

Om zorg en ondersteuning in de buurt te realiseren, is het nodig dat de huidige organisatie en financiering daarop aansluit. De focus moet liggen op de gemeente en de eerste lijn. In de brief zijn een aantal aandachtsgebieden geformuleerd die belangrijk zijn om zorg en ondersteuning in de buurt te versterken, namelijk preventie, decentralisatie van zorg, versterking van nuldelijn en eerste lijn, samenwerking tussen zorg- en hulpvormen, en GGZ

Het 'Verzoek uitvoeringstoets bekostiging huisartsenzorg en integrale zorg' van 28 november 2011 relateert aan de kamerbrief 'Zorg en ondersteuning in de buurt'. Hierin geeft de minister opdracht aan de NZa op deze uitvoeringstoets uit te voeren. Volgens minister Schippers zijn er aanpassingen nodig in de organisatie en financiering van zorg om zorg en ondersteuning in de buurt mogelijk te maken (Schippers & Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, 2011b).

Knelpunten binnen huidige bekostiging van huisartsenzorg zijn (Schipper & Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, 2011b):

- Complexiteit en het gebrek aan transparantie
- Het ontbreken van een gelijk speelveld met andere aanbieders in de eerste lijn
- Belemmeringen voor substitutie
- Patiënt en zijn zorgvraag zijn geen uitgangspunt van de bekostiging

In haar verzoek definieert de minister een aantal doelen en randvoorwaarden waaraan het bekostigingssysteem in de toekomst aan moet voldoen (Schipper & Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, 2011b). De geformuleerde doelen zijn:

- Een eenvoudiger bekostigingssysteem
- Een onderscheid in beloning tussen minder goed en goed functionerende zorgaanbieders
- Stimuleren van taakherschikking
- Stimuleren van integrale zorg en samenwerking
- Stimuleren van innovatie die de patiënt ten goede komt

De geformuleerde randvoorwaarden zijn:

- Substitutie van de tweede naar de eerste lijn mag niet belemmerd worden
- Kostenbeheersing
- Geen belemmeringen voor toe- en uittrekders
- Ruimte voor regionale variatie

Het rapport 'Bekostiging huisartsenzorg en geïntegreerde zorg' van de NZa is een antwoord op het hierboven besproken verzoek tot uitvoeringstoets (NZa, 2012). In het rapport stelt de NZa vier bekostigingsopties voor. Één model in dit rapport kan gezien worden als een vorm van populatiebekostiging. Opvallend is dat NZa naar dit concept verwijst als een populaire term in de zorgsector, en het begrip 'populatiebekostiging' liever vermijdt. De reden hiervoor is dat de term verwarrend is en niet eenduidig geïnterpreteerd wordt. Zo kan populatiebekostiging volgens de NZa ook verwijzen naar regiobudgeten, wat in essentie anders is dan de voorgestelde bekostiging in het tweede model van de NZa. De term 'resultaatbekostiging op populatieniveau' heeft daarom de voorkeur.

Wat dit model van resultaatbekostiging op populatieniveau precies in? Kijkend naar de omschrijving van het model, staan er een aantal onderwerpen centraal: vrije ruimte, lokale zorgbehoefte, belonen op resultaten, lokale maatwerkovereenkomsten en partnerschappen, default optie, en prestatie indicatoren. Deze concepten hangen onderling sterk samen (NZa, 2012). De 'vrije ruimte' refereert naar de optie die het model biedt voor lokale partijen om samen tot afspraken te komen. De inhoud van deze afspraken en de manier waarop de afspraken tot stand komen is niet van belang. Dit creëert dus letterlijk een vrije ruimte voor de betrokken partijen om tot lokale maatwerkovereenkomsten en partnerschappen te komen. Afspraken moeten onder andere gemaakt worden over prestaties, type tarief en tariefhoogte. Belangrijk is dat niet het beleid van de zorgverzekeraar en het bekostigingssysteem leidend is, maar dat het belang van de populatie centraal staat. Het formuleren van de juiste prestatie indicatoren is daarbij van groot belang. Hiervoor kan onderscheid gemaakt worden tussen proces-, uitkomst-, en resultaat indicatoren. Waarbij uitkomstindicatoren betrekking hebben op gezondheidsuitkomsten zoals BMI of patiënttevredenheid, en resultaatindicatoren meer betrekking hebben op de bijvoorbeeld de relatie tussen arts en patiënt. Naast de optie voor een vrije ruimte, biedt dit model ook een default optie. Deze optie wordt geboden voor het geval er lokaal geen partnerschappen opgezet (kunnen) worden. In dit geval wordt er een bekostiging toegepast die lijkt op een sterk vereenvoudigde vorm van de huidige bekostiging: een gemaximeerd abonnementstarief en een gemaximeerd consulttarief.

Een voordeel van het model is dat het samenwerking tussen eerstelijns zorgaanbieders stimuleert (NZa, 2012). Daarnaast geeft het bekostigen op uitkomsten een prikkel tot innovatie op het gebied van dienstverlening en kwaliteit. De NZa identificeert drie grote uitdagingen die samenhangen met dit model. De belangrijkste uitdaging is om afspraken te maken over lokale doelen en de invulling van bekostiging, oftewel het ontwikkelen van lokale partnerschappen tussen zorgverzekeraars en zorgverleners. Een tweede uitdaging is hoe het samenspel van verschillende zorgverzekeraars gaat lopen. Gaan ze samen optrekken? Of ontstaan er lokale verschillen in bekostigingssystematiek? De derde uitdaging is het definiëren van de juiste indicatoren om uitkomsten te meten. In dit model worden beloningen gebaseerd op uitkomsten indicatoren. Maar indicatoren kunnen pervers gedrag uitlokken.

Shared savings wordt in het rapport van de NZa gezien als een model in het verlengde van 'resultaatbekostiging op populatieniveau' (NZa, 2012). Shared savings gaat daarbij een stapje verder. Niet de uitkomsten op patiënt of populatieniveau worden als parameter gebruikt, maar de totaal gemaakte kosten op een patiëntenpopulatie. Deze totale kosten zijn vervolgens ook leidend voor de financiële

beloning. Dit model komt voort uit de gedachte dat de totale zorgkosten afhankelijk zijn van de gezondheid van een populatie. De aanname daarbij is dat een gezondere populatie leidt tot lagere kosten. Besparingen die gerealiseerd worden op een bepaalde populatie kunnen vervolgens verdeeld worden onder zorgverzekeraar en aanbieder, de shared savings. Let wel, alleen bij besparingen kunnen zorgaanbieders delen. Dit moet macro overschrijdingen tegengaan.

Omdat de totale zorgkosten van een bepaalde populatie centraal staan, is het belangrijk om over de lijnen heen te kijken. Ondanks dit, is het volgens de NZa van belang om in te zoomen op huisartsenzorg, omdat daar de beste kansen voor het verbeteren van de gezondheid liggen. Deze staat dicht bij de patiënt. Toch moet er ook verder gekeken worden dan alleen de eerste lijn. Extra inspanningen van bijvoorbeeld de huisarts kunnen leiden tot besparingen op de tweede lijn, maar ook in de AWBZ en Wmo. Daarom moeten niet alleen de eerstelijns kosten berekend worden. In de meest optimale vorm worden de kosten van curatieve zorg, AWBZ, Wmo en Wpg meegenomen.

Bij een shared savings model moeten er bepaalde randvoorwaarden aanwezig zijn, zoals meerjarige contracten tussen zorgverzekeraars en aanbieders. Dit omdat de kosten voor de baten uit zullen gaan. Shared savings zou daarbij mogelijk voordelen hebben op het gebied van kostenbeheersing, eenvoud, sturen op uitkomsten, innovatie en geïntegreerde zorg. Daarnaast geeft het meer autonomie aan de professional, is het een prikkel tot substitutie, prikkel tot preventie. Er ontstaat een grote prikkel tot doelmatigheid, want het wordt aantrekkelijk om procesverbeteringen door te voeren. Een prikkel op onder behandeling zou er ook niet moeten zijn, omdat huisartsen beloond worden als hun populatie gezond is. In het model van de NZa wordt de focus gelegd op huisartsenzorg. Er wordt wel benadrukt dat er over de lijnen heen gekeken moet worden. Maar het delen in de opbrengsten is vooral op het niveau van huisarts en zorgverzekeraar. Ook andere eerstelijnszorgaanbieders zoals bijvoorbeeld fysiotherapeuten krijgen in de beschrijving geen aandacht. Conclusie van NZa is dat er geëxperimenteerd moet worden met shared savings op kleine schaal.

Een laatste documenten wat in deze paragraaf besproken wordt is de eindrapportage van de EIB. Zoals besproken in paragraaf 1.1 van de introductie bestaat er sinds 1 januari 2010 voor een drietal chronische aandoeningen de optie om integraal te bekostigen: diabetes, vasculair risicomanagement (hart- en vaatziekten), en COPD. Er is een overgangsperiode ingesteld van 2010 tot en met 2012 om integrale bekostiging te testen. Voor het monitoren van de ontwikkelingen rondom integrale bekostiging is de EIB in he leven geroepen. Na het uitbrengen van twee tussenrapportages, heeft deze commissie in juni 2012 de definitieve eindrapportage gepubliceerd. De EIB heeft onderzocht of integrale bekostiging tot betere en goedkopere zorg heeft geleid.

Door gebrek aan juiste data over kosten en kwaliteit kan de EIB geen eindoordeel geven over integrale bekostiging (EIB, 2012). Zo zijn de data over kosten vooral gebaseerd op diabetes, en afkomstig van experimenten die gedaan zijn voordat integrale bekostiging landelijk mogelijk was. Daarnaast zijn er grote verschillen tussen zorggroepen in de mate waarin ze aan de randvoorwaarden voldoen, waardoor er geen eenduidige conclusies te trekken zijn. Deze verschillen zijn ook waargenomen op het gebied van kosten. Gezien de bevindingen, is het een logische eindconclusie van de EIB om de overgangsregeling te verlengen. De ondertitel van het rapport is dan ook 'werk in uitvoering'. Naast integrale bekostiging moeten nog steeds ook andere financieringsvormen voor chronische zorg mogelijk zijn, zoals een koptarief. Volgens de EIB is het wel belangrijk dat het vrijblijvende karakter van integrale bekostiging verdwijnt.

Een aantal conclusies van de EIB is relevant in het kader van deze thesis naar populatiebekostiging. De belangrijkste is dat volgens de commissie integrale bekostiging niet een einddoel op zich moet zijn, maar dat het een tussenstap naar populatiebekostiging is (EIB, 2012). Populatiebekostiging wordt in dit geval gezien als een volledig geïntegreerd systeem op patiëntniveau, met ruimte voor co- en multimorbiditeit, primaire preventie en substitueerbare tweedelijns zorg. Hoe populatiebekostiging precies ingericht moet worden is nog onduidelijk. "De weg die richting meer populatiebekostiging dient te worden bewandeld wordt opengelaten aan veldpartijen..." (p. 61). Benadrukt wordt dat deze weg nog lang is, maar dat integrale bekostiging met zorggroepen als organisatievorm een stap in de juiste richting is. Zo ziet de EIB integrale bekostiging als een onderdeel van een groeimodel, waarin de manier van financieren en organiseren van zorg steeds geïntegreerder wordt (zie figuur 9). Er wordt gestart vanuit een betaling per verrichting, die vervolgens omgezet kan worden in een koptarief. Belangrijk is dat bij dit koptarief de verantwoordelijkheid voor de zorg bij de individuele zorgverlener ligt. Onderlinge verhoudingen tussen zorgverleners worden hierbij contractueel vastgelegd. Vanaf niveau C gaat integrale bekostiging gelden en is de zorggroep verantwoordelijk voor de zorg. Deze verantwoordelijkheid houdt in dat de zorggroep moet voldoen aan bepaalde eisen, zoals governance-systemen en kwaliteitssystemen, die ook voor zorginstellingen gelden. Vanuit niveau C kunnen verdere stappen gemaakt worden in de richting van een populatiemodel, doormiddel van het uitbreiden van de integrale bekostiging naar meerdere aandoeningen. Hierdoor kunnen zorggroepen ziekte-overstijgend te werk gaan. Een kanttekening is hierbij wel dat het

aantal aandoeningen niet té groot moet worden, vanwege de complexiteit die er dan ontstaat door multimorbiditeit en het risico op overlap.

	Financiering	Contracten	Kwaliteitsborging	Transparantie	Rol patiënt
A. Losse verrichtingen	Per discipline, per verrichting	Zorgverlener met verzekeraar	Monodisciplinaire kwaliteitssystemen	Per verrichting	Coördineert zelf
B. Losse verrichtingen en koptarief	Per discipline, per verrichting + opslag voor coördinatie	Zorgverleners met verzekeraar, samenwerkingscontract tussen zorgverleners	Monodisciplinaire kwaliteitssystemen	Per verrichting	Afhankelijk van wat is afgesproken
C. Integrale bekostiging, één aandoening	Per patiënt met aandoening	Hoofdcontractant met verzekeraar, hoofdcontractant met subcontractant	Multidisciplinaire kwaliteitssystemen	Per patiënt op indicatoren	Ziektegebaseerd zorgplan, inclusief zelfmanagement
D. Integrale bekostiging, meerdere aandoeningen	Per patiënt met (meerdere) aandoeningen	Hoofdcontractant met verzekeraar, hoofdcontractant met subcontractant	Multidisciplinaire kwaliteitssystemen	Per patiënt op indicatoren	Ziekteoverstijgend zorgplan, inclusief zelfmanagement
E. Populatiegerichte bekostiging	Per patiënt	Hoofdcontractant met verzekeraar, hoofdcontractant met subcontractant	Multidisciplinaire kwaliteitssystemen	Per patiënt op indicatoren	Patiëntgericht zorgplan, inclusief zelfmanagement en preventie

Figuur 9 Continuüm van vormen van bekostiging zorg (EIB, 2012)

Omdat de zorggroepen zich op het moment op verschillende niveaus bevinden, kan het pad naar populatiebekostiging door bepaalde zorggroepen sneller bewandeld worden dan door andere (EIB,2012). Volgens de EIB ligt er hier aan de ene kant een cruciale taak voor zorgverzekeraars om te kijken welke contractering past, en waar nodig zorggroepen te excluderen van integrale bekostiging. Randvoorwaarden, ICT systemen, transparantie en samenwerking zijn bijvoorbeeld belangrijke indicatoren waar zorgverzekeraars streng op moeten toetsen. Zorgverzekeraars kunnen zorggroepen stimuleren om integraal te bekostigen, door het aanbieden van faciliterende regelingen uit het modernisering- en innovatiebudget of de POH-module. Verder kunnen GEZ gelden kunnen ingezet worden. Aan de andere kant ligt hier ook een taak voor zorggroepen, die hierop in kunnen spelen door exit-opties in te bouwen. Zo kunnen zorggroepen de toegang weigeren voor zorgverleners die niet genoeg meewerken aan integratie. Maar ook kunnen zorgverleners uit de zorggroep stappen als ze vinden dat het pad van geïntegreerde zorg niet op de juiste manier bewandeld wordt. In het hele spel is toezicht vanuit de NZa en Inspectie van Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) van belang.

De EIB heeft een aantal concrete aanbevelingen om het proces naar populatiebekostiging te monitoren (EIB, 2012):

- Informatie over kosten in de tweedelijnszorg moet sneller beschikbaar zijn zodat tweede- en eerstelijns zorg samen ingekocht kan gaan worden.
- Er moet meer onderzoek gedaan worden naar integrale bekostiging gericht op COPD en VRM. Tot nu toe zijn er vooral onderzoeken naar diabetes uitgevoerd.
- Zorgplannen en zelfmanagement moeten verder onderzocht worden, met aandacht voor ziekte-overstijgende tools.
- De ontwikkelingen rondom ketenzorg moeten gemonitord worden. Hierbij moet extra aandacht zijn voor ketenzorg in achterstandswijken en bij lage SES-groepen.
- Experimenten rondom populatiebekostiging moeten gemonitord worden en vanuit een gemeenschappelijk kader onderzocht worden.

4.1.2.2 Mediaberichten

Naast kamerdocumenten gerelateerd aan populatiebekostiging, wordt er ook in de media aandacht besteed aan dit thema, zoals in nieuwsberichten, internetblogs en krantenberichten. Deze documenten zijn vaak geschreven uit persoonlijke titel of uit naam van een bepaalde organisatie, waardoor objectiviteit niet gegarandeerd is. Toch zijn deze documenten belangrijk om mee te nemen als achtergrond voor deze thesis, vooral omdat officiële publicaties over populatiebekostiging nog ontbreken. In bijlage VII is een overzicht te vinden van alle geselecteerde berichten, inclusief een korte omschrijving van de inhoud per bericht.

In totaal zijn er 54 berichten geselecteerd. Opvallend is dat vanaf februari 2012 het aantal berichten sterk is toegenomen. Tot en met januari 2012 zijn er 10 berichten geselecteerd, de overige 44 berichten zijn van februari 2012 of later. Wat verder op valt is dat een groot deel van deze berichten, 23 stuks, afkomstig zijn van Guus Schrijvers. Guus Schrijver is hoogleraar Public Health en plaatst blogs op www.medicalfacts.nl. Een andere persoon die vaker over populatiebekostiging bericht is Marc Bruijnzeels, directeur van het Jan van Es Instituut. In totaal zijn er vijf artikelen van hem geselecteerd. De Eerstelijns besteedt in zes artikelen aandacht aan het onderwerp, zowel in het tijdschrift dat ze maandelijks publiceren als in berichten op hun website.

Na het analyseren van de documenten is duidelijk dat veel vragen rondom populatiebekostiging nog onbeantwoord zijn. Wel is duidelijk dat er iets moet veranderen in het huidige zorgstelsel, en populatiebekostiging zou misschien een oplossing kunnen zijn (51). Veel van de documenten vertellen dat er in het huidige zorgstelsel een prikkel tot volume bestaat, die omgezet moet worden in een prikkel die tot doelmatigheid leidt (18, 24, 46,51). Daarnaast worden de huidige macrobudgetten, die gelden voor beroepsgroepen, als een knellende factor gezien (6, 11, 27). Dit laatste houdt in dat als bijvoorbeeld huisartsen taken van de tweede lijn overnemen, ze hun macrobudget overschrijden. Het macrobudget geldt voor de totale groep huisartsen die in Nederland werkzaam is. Een overschrijding heeft als gevolg dat de huisartsen in de eerstvolgende periode gekort gaan worden op hun budget. Een ander resultaat is dat de tweede lijn vervolgens meer patiënten aan gaat trekken om toch de gewenste omzet te halen (24). Ten slotte worden er bij het systeem van marktwerking in de zorg kritische kanttekeningen bij geplaatst. Dit leidt volgens sommige documenten vooral tot minder samenwerking (13, 41).

Er worden verschillende uitspraken gedaan over hoe populatiebekostiging ingevuld kan worden. De meest gangbare uitspraak is dat aan de hand van kenmerken van een populatie een bedrag beschikbaar wordt gesteld (2, 10, 16, 24, 52). Populatiebekostiging wordt dan ook gezien als een soort van abonnementstarief (46, 50, 52). Een aantal documenten schrijven over het samenvoegen van gelden afkomstig van de Zvw, de AWBZ, de Wmo, en de Wpg (25, 50). Er wordt gesproken van een 'virtueel budget' waar de zorg voor geleverd moet worden (18). Diagnoses zijn niet meer het uitgangspunt (23, 52), maar indicatoren als omvang van de populatie, leeftijdsopbouw, verdeling man-vrouw, problematiek, en percentages ouderen of chronisch zieken (16, 24). In relatie tot populatiebekostiging wordt er veel verwezen naar het begrip shared savings. Geld wat overblijft van een budget kan dan terugvloeien naar stakeholders zoals verzekeraars, zorgaanbieders en patiëntengroepen (10, 13, 24, 26, 29, 37, 42). Als uitgangspunt voor het berekenen van shared savings kan bijvoorbeeld het Verzekeringstechnisch resultaat, oftewel de klantwaarde, genomen worden (42, 43). Dit is het verschil tussen de inkomsten en uitgaven van een zorgverzekeraar van zijn verzekerde populatie. In een aantal documenten wordt populatiebekostiging besproken in relatie tot integrale bekostiging en keten-dbc's. Integrale bekostiging wordt gezien als een tussenstation naar populatiebekostiging (6, 51). Er moet verder uitgebreid worden naar de tweede lijn en preventie, met aandacht voor co- en multimorbiditeit (6).

Samenwerking is een element wat in meerdere documenten terug komt. Vooral een betere afstemming tussen de eerste en tweede lijn wordt daarin als een belangrijke stap gezien (2, 10, 11, 19, 24, 27, 29, 37, 42). Er kan gedacht worden aan constellaties waar niet de zorgverzekeraar, maar een eerstelijns organisaties verantwoordelijk wordt voor een bepaalde populatie, en ook bij de inkoop een belangrijke rol gaat spelen (25, 50).

In verschillende artikelen wordt gepleit voor experimenten met populatiebekostiging en shared savings (10, 11, 14, 16, 18, 19, 24, 25, 27, 28, 29, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 42, 45, 49). Minister Schippers van VWS heeft aangekondigd te willen gaan experimenten met vormen van populatiebekostiging (25, 33, 37). Een echte toezegging van experimenteerstatus is echter nog niet gedaan. Wel heeft de minister uitgesproken dat ze initiatieven vanuit het veld wil zien komen (8, 35). De Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG) stelt voor om in tien tot vijftien regio's te gaan experimenteren met populatiebekostiging (49). Guus Schrijvers houdt het liever bij één of twee experimenten, waarbij rekening gehouden moet worden met ervaringen uit het verleden en het buitenland (39). De innovatiereguleerder van de NZa, die inhoudt dat meerdere regio's mogen gaan experimenten zo snel het eerste experiment start, is daarbij een barrière (24). Schrijvers vraagt zich daarnaast af of er wel draagvlak is onder instellingen om aan een dergelijk experiment mee te doen (12).

In een aantal van de artikelen wordt verwezen naar buitenlandse voorbeelden van populatiebekostiging en shared savings, zoals het Duitse Kinzigtal (19, 24, 36, 39, 42, 50, 51, 52), de Primary Care Trusts in de UK (19, 24, 25, 39, 50, 52), ACOs in de VS (26, 42, 50, 52), Kaiser Permanente (42, 50, 51), Health Maintenance Organizations in de VS (17), San Marino in Italië (38,40), Zwitserland (24) en Zweden (19).

Verschillende initiatieven worden aangehaald op het gebied van populatiebekostiging. Een gezamenlijk initiatief van verzekeraars VGZ en CZ in Eindhoven wordt een aantal keer genoemd (17, 24, 27, 29, 33, 37). De verzekeraars denken 500 miljoen te kunnen besparen als in heel Nederland budgetten van de eerste lijn en tweede lijn op regionaal niveau worden samengevoegd. CZ is naast het initiatief in Eindhoven ook nog bezig met twee andere initiatieven, in Zeeuws-Vlaanderen en Zuid-Limburg, onder de naam 'regioregie' (13). VGZ is verder nog betrokken bij een project in RHZ Heuvelland, waar een samenwerking ontstaan is tussen de zorggroep en het ziekenhuis (18). Belangrijke kenmerken van deze samenwerking is dat deze minimaal voor vijf jaar loopt, en savings gedeeld worden met de klant, de zorgaanbieder en de regio. Ook Menzis denkt na over populatiebekostiging, of zoals zij het noemen 'regiobudgetten', waarin eerste lijn, tweede lijn, preventie en zelfmanagement samenkomen (23, 45). Ook binnen de Tweede Kamer van het vorige kabinet worden er uitspraken over populatiebekostiging gedaan. Zo is Pia Dijkstra van D66 een voorstander van populatiebekostiging (35, 11), en pleit Anne Mulder van VVD voor het flexibel inzetten van zorgbudgetten (33).

Een belangrijk patroon dat in de berichten naar voren komt is dat er vooral nog veel vragen geplaatst worden bij een model van populatiebekostiging. Er wordt zelfs een aantal keer verteld, doen we niet al aan populatiebekostiging in het huidige stelsel (43, 44)? Zijn zorgverzekeraars en zorgaanbieders bereid om inzicht te geven in hun cijfers (39, 43)? Wat is een populatie (31)? Wat heeft dit voor effect op de keuzevrijheid van de patiënt (31)? Hoe gaan we de opbrengsten verdelen (31)? Een heldere visie, goede spelregels en kwaliteitsindicatoren zijn nodig voor het invoeren van een dergelijk systeem (26).

Samengevat, het antwoord op deelvraag 1 is dat het huidige Nederlandse zorgstelsel een complex systeem is, waarbij de nulde, eerste, tweede en derde lijn naast elkaar bestaan. Deze lijnen hebben te maken met aparte verantwoordelijkheden en financieringssystemen. Populatiebekostiging is een veelbesproken onderwerp op het moment in kamerdocumenten en mediaberichten. De berichten zijn het er nog niet over eens hoe een dergelijk systeem ingevuld moet worden.

4.2 Definitie populatiebekostiging van gezondheidszorg

In dit hoofdstuk wordt er op basis van semigestructureerde interviews antwoord gegeven op deelvraag 2, die als volgt is geformuleerd:

Wat is populatiebekostiging van gezondheidszorg?

Onduidelijke definitie

Verschillende respondenten hanteren verschillende definities van populatiebekostiging. Zeven respondenten geven dan ook aan dat populatiebekostiging een slecht gedefinieerd begrip is. Er wordt gesproken van *"...ruis in wat er op het moment qua definitie voor door gaat."* (respondent 11), en *"Waar hebben we het over? De een zegt dit, de ander dat."* (respondent 13). Wat vooral naar boven komt is dat er geen vaste, algemene definitie gehanteerd wordt. Het is erg afhankelijk van hoe breed of smal iemand het begrip benaderd. Een respondent geeft hierbij aan dat er geen goed theoretisch kader aan het concept populatiebekostiging ten grondslag ligt. Behalve dat er expliciet benoemd wordt dat populatiebekostiging een slecht gedefinieerd is, is dat ook impliciet af te leiden uit de antwoorden van de respondenten. De antwoorden tussen de respondenten variëren namelijk aanzienlijk.

Bekostigen aan de hand van populatiekenmerken

Zeven respondenten geven aan dat populatiebekostiging gedefinieerd kan worden als bekostigen aan de hand van kenmerken van een bepaalde populatiegroep. Inzicht hebben in een populatie is dan ook een belangrijk onderdeel van een populatiegericht systeem. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om kenmerken als aantal inwoners, leeftijdsopbouw, geslachtsverdeling, mortaliteit en sterftecijfer. Ook historische kosten kunnen hierin een graadmeter zijn.

Totaalbudget

Er wordt veelal gesproken van een budget voor een bepaalde populatie. Focus op totale zorg wordt als belangrijk kenmerk van populatiebekostiging gezien. Dit wordt meestal verwoord als 'totaal systeem' of 'totale zorg'. *"En dus dat je een bepaald bedrag aan een regio of populatie geeft, en binnen dat bedrag moet je eigenlijk alle zorg leveren voor een bepaalde periode."* (respondent 2). Totale zorg betekent in dit geval dus dat er over de lijnen heen gekeken wordt, naar alle zorg die de patiënt nodig heeft. Dit houdt ook in dat het ziekte overstijgend is. Er is geen focus op een bepaalde ziekte, wat bijvoorbeeld bij diseasesmanagement het geval is, maar de patiënt wordt in zijn geheel benaderd. Populatiegerichte zorg

wordt door een respondent dan ook benoemd als een vervolg op ketenzorg. Daarnaast worden er verbanden gelegd met integrale zorg en integrale bekostiging.

Een zorgverzekeraar geeft aan dat er onder populatiebekostiging een evenwicht gecreëerd kan worden op het gebied van budget en daadwerkelijke kosten. *“Wij willen weten wat komt er nu voor die populatie binnen en wat gaat eruit.”* (respondent 14). Hieraan gerelateerd is dat populatiebekostiging als gevolg heeft dat met gelden en budgetten geschoven moet worden. De huidige macrokaders moeten dan wat flexibeler ingezet worden. Zo wordt er voorgesteld dat geld tussen de eerste en twee lijn geschoven kan worden. Ook wordt er gesproken van het ‘op één hoop gooien van budgetten’. Een concreet voorbeeld wat hierbij genoemd wordt is dat er in de tweede lijn geld bespaard kan worden omdat de zorgaanbieders in de eerste lijn voorkomen dat de patiënt naar de tweede lijn gaat. Deze besparingen zouden deels ten goede moeten komen aan de eerste lijn. In wezen wordt er dan dus geld geschoven van de tweede naar de eerste lijn. Maar dit schuiven gaat verder dan alleen tussen de eerste en de tweede lijn: *“Als wij daadwerkelijk de ruimte krijgen om binnen de totale kolom dat geld wat anders in te zetten, wordt het wat makkelijk om richting gemeenten te gaan.”* (respondent 14).

Een respondent legt uit dat er bij populatiebekostiging onderscheid gemaakt moet worden tussen een hard en een zacht budget. In het geval van een hard budget is er sprake van één organisatie die het hele budget ontvangt voor een bepaalde populatie. De hoogte van het budget wordt berekend door het aantal inwoners te vermenigvuldigen met de gemiddelde zorgkosten per persoon. Dit bedrag kan gecorrigeerd worden voor populatiekenmerken. Vervolgens heeft deze organisatie de verantwoordelijkheid om het budget in te zetten en te verdelen. Als het ware neemt deze organisatie een deel van de verantwoordelijkheden van de zorgverzekeraar over. Dit laatste is volgens de betreffende respondent niet echt realistisch in het Nederlandse zorgstelsel, en hij pleit dan ook voor een zacht budget. Een zacht budget wordt ook wel een schaduwbudget of virtueel budget genoemd. In dit geval gaat het veel meer over gezamenlijk de verantwoordelijkheid op te pakken voor kostenontwikkeling. De huidige rollen van zorgverzekeraar en zorgaanbieder blijven in dit plaatje bestaan.

Gezondheidswinst

Er wordt door vier respondenten benadrukt dat het eigenlijk gaat om gezamenlijk de verantwoordelijkheid nemen voor de gezondheid van een bepaalde populatie. *“Je zou kunnen zeggen ja dit is het ultieme doel, gezondheidswinst.”* (respondent 12) en *“... het zal denk ik veel meer gaan over gezondheid dan over ziekte.”* (respondent 2). Volgens een derde van de respondenten is een voordeel van populatiebekostiging dan ook dat het mogelijkheden biedt om meer aan preventie te doen. Zo zegt een respondent: *“Maar ik denk dat populatiemanagement nog wel wat meer doet. Ik zie de term preventie erbij komen.”* (respondent 6). Dit wordt vooral benadrukt door experts en zorgaanbieders. Een expert zegt bijvoorbeeld dat preventieactiviteiten op individueel niveau erg moeilijk te realiseren zijn, maar op populatieniveau wel haalbaar zijn. Een bekostigingssysteem dat zich richt op populaties in plaats van op individuen biedt dus opties voor preventie.

Regionale benadering

Populatiebekostiging wordt door zeven respondenten geassocieerd met een regionale benadering van zorg. Er wordt onder andere verwezen naar ‘regioregie’ en naar ‘gebiedsgerichte zorg’. Volgens enkele respondenten is een regionale benadering de enige methode om populatiebekostiging in te vullen. Twee zorgverzekeraars geven aan dat de regio een eenheid is waarin relatief makkelijk dingen georganiseerd kunnen worden, en ook de achterban van verschillende stakeholders bij betrokken kunnen worden. Een regio moet daarbij niet te klein zijn, maar ook zeker niet te groot. Opvallend is dat er nog veel uitspraken gedaan worden over de precieze grootte van de regio. Een zorgverzekeraar heeft het over 300.000 mensen, maar andere respondenten hebben het juist over kleinere gebieden van enkele tienduizenden mensen. Een respondent vertelt dat het gaat om het speelveld waarin de patiënt zich beweegt, en waar omheen verschillende de stakeholders zich bevinden. Dit neemt niet weg dat voor bepaalde specifieke zorg de patiënt zich soms buiten de kaders van die regio zal bevinden. Hieraan gerelateerd geven zes respondenten aan dat in een systeem van populatiebekostiging de patiënt centraal staat. Het gaat niet meer alleen om de belangen van de professional, maar vooral om de belangen van de patiënt. Een respondent verwijst naar de patiënt als het ‘kristallisatiepunt’ van alles wat op het gebied van zorg en ondersteuning nodig is.

In verlengde van de regionale benadering wordt populatiebekostiging een aantal keer geassocieerd met wijkgericht werken. Zo verklaart een respondent: *“Die wijkgerichte aanpak is natuurlijk een methode om dit op regioniveau voor elkaar te krijgen.”* (respondent 12). Vanuit de gemeentes zijn ze bezig met wijkbudgetten. Volgens een respondent liggen wijkbudgetten en populatiebekostiging dan ook in elkaars verlengde.

Definitie van de populatie

Er worden verschillende definities van populaties aangereikt. Er wordt het meest verwezen naar populaties die gebaseerd zijn op geografische eenheden. Een aantal respondenten geven aan dat je alleen maar populatiebekostiging kunt toepassen in een bepaald gebied waar je kunt overzien hoe de kosten lopen. De eenheden die genoemd worden zijn inwoners van een regio, gebied, gemeente, wijk of buurt, operatiegebied van huisarts of zorggroep en operatiegebied van ziekenhuis. Hierbij horen uitspraken als: *“Maar juist met populatiegebonden zorg gaat het om een wijk of een stad, daar ontkom je niet aan.”* (respondent 11), en *“En ja, kijk er zijn ook wel instellingen die zeggen van geef ons een budget voor de wijk, dat is dan de populatie, en dan regelen wij het daarbinnen. Doen we lump sum.”* (respondent 4).

Hieraan verbonden vertellen een aantal respondenten dat een knelpunt bij het definiëren van de populatie is dat het moeilijk kan zijn omdat mensen zich op grensvlakken bevinden van bijvoorbeeld zorggroepen, gemeentegrenzen of operatiegebieden van ziekenhuizen. Zo vertelt een respondent dat het kiezen van de wijk als eenheid als consequentie heeft dat het gezondheidscentrum in die wijk zich eigenlijk ook moet beperken tot die wijk. Maar als je nu kijkt naar het operatiegebied van een huisarts of gezondheidscentrum dan is dat niet altijd één-op-één de wijk. Daarnaast kunnen nog verschillen ontstaan als je het bekijkt vanuit de zorgverzekeraar. Gaat het alleen om de verzekerde van een bepaalde verzekeraar binnen die geografische eenheid? Of gaat het om alle inwoners? Twee zorgverzekeraars vertellen dat het waarschijnlijk het beste is om te gaan richten op een totale populatie van een bepaald gebied. De reden hiervoor is dat risicoselectie voorkomen kan worden. Een ander knelpunt waar naar verwezen wordt is dat er enorme variaties tussen populaties zitten. Zo wordt er gezegd dat het erg afhankelijk is van of je naar een dorp of stad kijkt, of in welke mate het al vergrijsd is.

Naast populaties op basis van geografische eenheden wordt er voorgesteld om op andere kenmerken de populatie te onderscheiden. Hierbij kan gedacht worden aan populaties bestaande uit mensen met hetzelfde beroep, of bijvoorbeeld studenten. Ook wordt er door twee respondenten verwezen naar een categorie patiënten, zoals diabetespatiënten. Dit laatste wordt een enkele keer tegengesproken. Zo wordt er verteld dat het bij populatiebekostiging ziekte overstijgend is, en er dus niet per aandoening gekeken wordt. Ook bepaalde populaties verzekerden worden als mogelijk populatie erkend. Het gaat dan om collectieven, of om een bepaalde groep verzekerden die onder een bepaalde huisarts vallen.

Er wordt door een aantal respondenten verteld dat zowel de huisarts als de zorgverzekeraar goed zicht heeft op populaties. Zo vertelt een respondent dat huisartsen goed weten waar ze naartoe doorverwijzen, of welke problemen er vaak terugkeren in hun praktijk. Zo zegt een zorgaanbieder: *“Ik ben dan huisarts en ik denk, ja daar heb ik wel potjes voor. Ik ken natuurlijk mijn populatie goed.”* (respondent 10).

Shared savings

Het begrip shared savings lijkt onlosmakelijk verbonden aan populatiebekostiging, hoewel het toch een compleet ander concept is. Shared savings kan een onderdeel van populatiebekostiging zijn. Het wordt gezien als een systeem waarin besparingen, of winst, herverdeeld wordt onder de betrokken partijen. Dit kan dan via een bepaalde verdeelsleutel gaan. Het geld wat bespaard is kan ook geherinvesteerd worden in kwaliteitsverbeteringen of bepaalde interventies op het gebied van gezondheidsbevordering. Een expert vat het samen als ‘kosten die op de ene plek zijn bespaard op een andere plek investeren’, en zegt: *“Je spaart, maar dan moet je het ook toe laten komen aan de mensen die zich daarvoor ingezet hebben.”* (respondent 2.2). Hierbij kan het een prikkel zijn tot betere en doelmatige zorg. Een expert vertelt hierbij dat shared savings gewoon een vorm is van pay-for-performance, waarbij partijen contracten met elkaar afsluiten en gezamenlijk het risico delen. Het is hierbij ook mogelijk om op een deel van het budget shared savings toe te passen. *“Je kan bijvoorbeeld ook zeggen van ik geef jullie een deel van het bedrag zo, en een deel krijg je afhankelijk van bepaalde besparingen die je realiseert.”* (respondent 5). Verschillende respondenten benadrukken dat het belangrijk is dat shared savings contracten over een langere termijn afgesloten worden, omdat er in het begin waarschijnlijk hoge investeringen nodig zijn. Ook het belang van het formuleren van de juiste kwaliteitsindicatoren wordt benadrukt. Daarnaast worden er vraagtekens geplaatst bij wat er gebeurd als er na een paar jaar blijkt dat er helemaal geen savings behaald zijn. *“Ben je dan samen verantwoordelijk voor die negatieve benefits, met de garantie dat je dan na vijf jaar of na tien jaar ook gezamenlijk de benefits in de positieve zin deelt?”* (respondent 2.1). Hiermee in verband merken een paar respondenten op dat er wel een soort van garantie op overleven moet zijn voor zorgaanbieders.

Er wordt een kritische opmerking gemaakt door twee respondenten dat de prikkel van shared savings op een gegeven moment eindigt. Daarnaast kan het vooral een positieve uitwerking hebben op organisaties die nu nog niet heel efficiënt zijn. Partijen die nu nog heel ondoelmatig werken dus kunnen makkelijk

kosten besparen dan partijen die nu al heel doelmatig werken. Voor organisaties die al efficiënt opereren zijn er dus minder savings te behalen.

Definitie op gemeenteniveau

In het kader van dit onderzoek zijn twee gemeentes geïnterviewd, plus drie partijen die zich bezighouden met wijkgericht werken. Deze laatste groep bevindt zich ook binnen het speelveld van de gemeente. Tijdens de interviews bleek dat deze vijf respondenten op een andere manier met populatiebekostiging bezig zijn dan de overige respondenten. Ze focussen vooral op de wijk als eenheid, en experimenteren daarbij ook met financieringssystemen die daarbij zouden kunnen passen. Hoewel het concept populatiebekostiging nog niet een erg gangbaar is binnen de kringen waar deze respondenten zich in bevinden, voor twee van hen was het begrip dan ook nog onbekend, zijn ze wel bezig met vergelijkbare initiatieven. Zo wordt er gewerkt met wijkbudgetten en wijkteams. De wijkbudgetten passen perfect in het plaatje van populatiebekostiging zoals andere respondenten ernaar verwijzen. Zo wordt er gesproken over een budget voor de wijk op basis van historische kosten of op basis van de problematiek in die specifieke wijk, waarin verschillende financieringsstromen als het ware samengevoegd worden. Het gaat om een ongedeeld budget voor de wijk. Verantwoordelijk voor dit budget is bijvoorbeeld een wijkteam, waarin ook bewoners een belangrijke rol spelen. Ook wordt er gesproken over het teruggeven van besparingen die in een wijk gerealiseerd worden, oftewel shared savings.

Er is al populatiebekostiging

Een aantal respondenten stellen de vraag, doen we eigenlijk niet al aan populatiebekostiging? In relatie tot deze vraag wordt er vooral verwezen naar het huidige vereveningssysteem. Dit vereveningssysteem is namelijk ook gebaseerd op populatiekenmerken. Verzekeraars ontvangen uit het vereveningsfonds extra geld voor bepaalde klanten, gebaseerd op kenmerken als geslacht, leeftijd, chronisch medicijngebruik et cetera. Een expert zegt: *“Elke verzekeraar weet van de individuele klant wat hij aan inkomsten krijg, en ook wat hij uit het vereveningsfonds krijgt.”* (respondent 3). Een respondent merkt daarbij op dat in het geval van optimale populatiebekostiging er geen sprake zou moeten zijn van ex post verevening, dus achteraf correctie, maar alleen van ex ante. In dat geval krijgt de verzekeraar een bedrag vooraf, wat gebaseerd is op populatiekenmerken van de betreffende verzekerden. Ook verwijst een respondent naar de zorgzwaarte correctie op het abonnementstarief van de huisarts die al bestaat, bijvoorbeeld in het geval van een achterstandswijk. Daarnaast verwijst een expert naar populatiebekostiging van gemeentes uit gemeentefondsen waaruit de Wmo betaald wordt.

Ideaalplaatje

Zeven respondenten geven aan dat het idee achter populatiebekostiging wel een beetje idealistisch is. Het concept populatiebekostiging geeft een bepaalde ideologie weer over hoe het systeem ingericht moeten worden. Een aantal benoemt het als ‘een stip aan de horizon’. Een zorgaanbieder geeft aan dat het wel heel erg uit gaat van de maakbaarheid van de wereld. Een andere zorgaanbieder zegt: *“Het doet een beetje denken aan coöperaties van boeren die risico's afdekken. ... Het heeft bijna iets romantisch”* (respondent 9).

Buitenlandse voorbeelden

Buitenlandse voorbeelden van populatiebekostiging zijn in dit onderzoek meegenomen om handvaten te bieden voor interviews met stakeholders. Elementen van populatiegerichte systemen uit het buitenland zijn meegenomen in de interviewleidraad van de stakeholder interviews (zie hoofdstuk 3). Het doel was niet om meningen over de buitenlandse voorbeelden te verzamelen, maar om elementen uit de voorbeelden direct te vertalen naar de Nederlandse situatie. Toch zijn er uit de interviews een aantal meningen over de buitenlandse voorbeelden naar boven gekomen. Deze meningen zijn hier kort beschreven, omdat ze ook wat zeggen over de vraag ‘Wat is populatiebekostiging?’.

Voorbeelden uit de VS zijn het meest besproken. In het geval van Kaiser Permanente wordt het meest verwezen naar het feit dat daar zorg verlenen en financieren bij dezelfde partij ligt. Opvallend is dat ondanks dat dit niet mag in het huidige stelsel in Nederland, een aantal respondenten vanuit persoonlijk oogpunt toch positief ten opzichte van deze verticale integratie staan. Deze respondenten refereren naar Kaiser met uitspraken als ‘het werkt wel’. Ze vinden vooral dat een dergelijk structuur dingen makkelijker maakt. Zo vertelt een expert: *“... dus heb je niet dat al die aanbieders onderling contracten moeten afsluiten en dat die zeg maar zelf moeten bepalen wat hun aandeel is. Dat kun je hiërarchisch afdwingen.”* (respondent 10). Een andere respondent zegt: *“Waar gaat het nu in de kern om? Dat er zorg op maat geleverd wordt. Het gaat om dit geval dan om een populatie in een gebied. Waarom zou je dat dan niet het efficiënts...?”* (respondent 17). Deze respondent vermeldt daarbij dat er wel het gevaar bestaat dat er monopolisten ontstaan, wat kan resulteren in een verschraving van zorg. Een zorgaanbieder geeft aan dat het systeem ook weer niet helemaal gesloten hoeft te zijn: *“Ik kan me voorstellen een*

systeem waarbij je een aantal plekken hebt van daar is de zorg goed, Dat zijn onze partners.” (respondent 9). Diezelfde zorgaanbieder is vooral voorstander van de manier waarop Kaiser Permanente zelfmanagement en preventie benaderd. Zo verwijst deze respondent naar de Kaiser gezondheidspagina waar een patiënt al zijn gegevens in kan zien, van lab uitslagen tot gezondheidsdoelen. Ook wordt er verwezen naar een stress-test waarop, als nodig, groepsgerichte activiteiten worden aangeboden om het stressniveau te verlagen. De zorgaanbieder geeft wel aan dat de nadruk wel erg op screening ligt, wat ook wel weer iets medicaliserends heeft.

Naar het Kaiser Permanente model wordt behalve positief ook met twijfelende blik gekeken. Zo noemt wordt het ‘typisch Amerikaans’ genoemd, en ‘een beetje big brother is watching you’. Een zorgverzekeraar zegt: *“In Nederland is dit gewoon per definitie uitgesloten.”* (respondent 11). Dit wordt beaamd door meerdere respondenten. Maar deze Amerikaanse wijze hoeft niet per se slecht te zijn vinden enkele respondenten. Een zorgaanbieder zegt dat ondanks de Amerikaanse wijze, die wij in Nederlands kinderachtig vinden, het wel een methodiek is die werkt. De zorgaanbieder noemt het ‘een soort verleidingstactiek’ op een manier die bekend is in de reclamewereld. Hij verwijst daarbij naar de incentives op het gebied van preventie en zelfmanagement binnen Kaiser.

Naast Kaiser Permanente wordt er ook naar andere modellen in de VS verwezen. Zo worden ACOs een paar keer genoemd, waarbij organisaties gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor kwaliteit en bekostiging van zorg in een bepaalde regio.

Een ander land wat een aantal keer genoemd wordt is Kinzigtal in Duitsland. Een aantal respondenten reageren erg positief op het model. Zo verwijst een respondent naar de effectiviteit van een beloning die mensen krijgen als ze deelnemen in programma’s van Kinzigtal, dat toegepast wordt via bijvoorbeeld een korting. De vraag die de respondent daarbij wel stelt is hoe duurzaam deze financiële prikkel is. Een verzekeraar verklaart dat ze door Kinzigtal geïnspireerd zijn voor hun eigen plannen op het gebied van populatiebekostiging. Een plaatje van het model wat deze zorgverzekeraar gebruikt voor populatiebekostiging, wat hij laat zien tijdens het interview, toont dan ook duidelijke overeenkomsten met het model van Kinzigtal. De verzekeraar benadrukt wel dat er essentiële verschillen zijn tussen hun eigen model en het model van Kinzigtal. Het grootste verschil is dat er in Kinzigtal een managed care organisatie aangesteld is die het risico draagt, terwijl in het model van deze zorgverzekeraar de verzekeraar zelf het risico draagt. Vanwege de zorgplicht in Nederland hebben verzekeraars in Nederland ook niet echt een andere keuze, zegt deze respondent. *“Die Zwv die legt ons gewoon formeel de regisseursrol op. We voelen ons toch verantwoordelijk voor het inkopen van goede en betaalbare zorg.”* (respondent 12). Dat betekent overigens niet dat er geen externe partij ingeschakeld kan worden. Zo spreekt deze zorgverzekeraar over het inschakelen van een partij die helpt om eigen doelstellingen en verantwoordelijkheden waar te maken. Maar er wordt ook kritisch naar Kinzigtal gekeken. Zo zegt iemand dat er nog geen bewezen effecten zijn van het model wat daar ingevoerd is. Daarnaast is Kinzigtal een dal, een geïsoleerd gebied, waarbinnen het relatief makkelijk is om een dergelijk systeem op te zetten. Ten slotte merkt deze respondent op dat in Kinzigtal op de korte termijn vooral resultaten geboekt zijn op generieke substitutie van geneesmiddelen, waarbij merkgeneesmiddelen vervangen zijn door generieke geneesmiddelen. Deze slag is in Nederland al grotendeels gemaakt.

Naast verwijzingen naar de VS en Duitsland, werd er ook een aantal keer naar het Verenigd Koninkrijk verwezen. Deze verwijzingen werden alleen gemaakt door experts en zorgverzekeraars. Zo wordt er gesproken van een regionale benadering die daar toegepast wordt bij de Trusts. Partijen zijn daar gezamenlijk verantwoordelijk voor de kwaliteit in de bekostiging van zorg in een bepaalde regio. Een expert verwijst naar Engeland in de jaren ’70. Daar werd toen ook gepleit voor bekostiging op basis van onder andere het aantal inwoners, leeftijdsopbouw, geslachtsverdeling, sterftecijfer, mortaliteit en urbanisatiegraad. Een zorgverzekeraar benadrukt dat ervaringen uit Engeland vooral laten zien dat coördinatie het sleutelwoord is, en dat het niet zozeer gaat om het organisatiemodel. Volgens deze verzekeraar is er immers geen blauwdruk voor het organisatiemodel.

Door drie respondenten wordt benadrukt dat er in Nederland lessen getrokken moeten worden uit voorbeelden uit het buitenland. Daarbij wordt verteld dat voorzichtigheid wel geboden is, omdat er verschillen zijn tussen Nederland en de situatie in andere landen. Buitenlandse gezondheidszorgsystemen zijn niet één-op-één te kopiëren.

Samengevat, het antwoord op deelvraag 2 is dat er nog geen duidelijke definitie bestaat van populatiebekostiging. Het gaat om het bekostigen aan de hand van populatiekenmerken, waarbij er in een optimale vorm uitgegaan wordt van een totaalbudget voor alle zorg en ondersteuning die een bepaalde populatie nodig heeft. Een gezonde populatie is daarbij het streven. Een regionale benadering is het meest voor de hand liggend. Populatiebekostiging wordt vaak geassocieerd met shared savings.

4.3 Waarom wordt er voor populatiebekostiging gepleit?

In dit hoofdstuk wordt er op basis van semigestructureerde interviews antwoord gegeven op deelvraag 3, die als volgt is geformuleerd:

Waarom wordt er voor populatiebekostiging gepleit binnen het Nederlandse zorgstelsel?

Schotten in de zorg

Een belangrijke reden dat er gepleit wordt voor populatiebekostiging is dat er op het moment schotten in de zorg bestaan tussen de lijnen, ook wel ‘kolommen’ genoemd. Populatiebekostiging wordt dan ook geassocieerd met samenwerking over de lijnen heen en daarmee ook ontschotting van zorg. Volgens verschillende respondenten zijn schotten ontstaan omdat de lijnen te maken hebben met verschillende financieringsstelsels. Zo zegt een vertegenwoordiger van de gemeente: *“Iedere kolom is zichzelf een deuk aan het werken om het zo optimaal mogelijk geregeld te krijgen... per kolom.”* (respondent 15). Een verzekeraar gaat dieper in op deze schotten en vertelt dat er verschillend wettelijke regelingen, financieringsregelingen en verantwoordelijkheden verbonden zijn aan de Wpg, Wmo, AWBZ, en Zvw. Gemeente is verantwoordelijk voor het stukje Wpg en Wmo, en aan de andere kant heb je de zorgverzekeraar die verantwoordelijk is voor AWBZ en Zvw. Deze verzekeraar praat van ‘muren’ die tussen deze verschillende systemen bestaan. Hij vertelt hierbij dat deze muren niet alleen aan de ‘buitenkant’ bestaan. Ook de interne organisatie van veel organisaties, zoals de zorgverzekeraar zelf, is beschot georganiseerd. Daarbij vertelt hij wel dat je niet deze verschillende systemen op één hoop moet gaan gooien. Dit wordt ook beaamd door een andere respondent: *“Door geld bij elkaar te brengen maak je het niet efficiënter denk ik, want dan veeg je het op één hoop. Het zou denk ik meer moeten komen door die ontschotting.”* (respondent 17).

Er wordt vaak verwezen naar de scheiding tussen de domeinen welzijn en zorg. Terwijl wel erkend wordt dat deze domeinen eigenlijk heel dicht bij elkaar liggen, en elkaar kunnen aanvullen. De huisarts is gericht op het medische, de gemeente op het sociale domein. Maar ook huisartsen en specialisten hebben geen idee wat er gebeurt in elkaars praktijken. Er wordt vooral gepleit voor samenwerking tussen de tweede en eerste lijn, en tussen de eerste lijn en nulde lijn.

In relatie tot het ontschotten van zorg pleit ook een enkele respondent voor ontdubbelen van zorg. Er worden nu veel dubbele handelingen verricht, zoals dubbele diagnostiek, omdat er niet wordt samengewerkt over de lijnen heen. *“We krijgen ook wel meldingen op dit moment van patiënten, moet ik alweer m’n verhaal doen.”* (respondent 17).

Perverse prikkels

Door driekwart van de respondenten wordt er verwezen naar perverse prikkels. Hierbij worden uitspraken gedaan als ‘volume gedreven’, ‘prikkel tot economische zorg in plaats van humane zorg’, ‘aanbodgericht in plaats van patiëntgericht’, en ‘opportunistisch’. Kortweg komt het erop neer hoe meer verrichtingen, hoe meer geld er binnen komt. Een zorgaanbieder geeft hierbij een voorbeeld, en vertelt dat in hun praktijk de patiënten gemiddeld voor de helft zo lang behandeld wordt dan in andere praktijken, maar dat ze niet een twee keer zo hoog tarief ontvangen. *“Financieel gezien is het heel dom. Een particuliere praktijk die gewoon omzet draait en mensen twee keer zo lang laat komen, heeft twee keer zoveel inkomsten op dezelfde patiëntenpopulatie.”* (respondent 6). Een andere zorgaanbieder verklaart dat er in het huidige systeem teveel met de patiënt opgelopen wordt. Alles wat de patiënt wil dat kan. Hij vertelt dat in sommige gevallen andere interventies zoals afvallen, meer bewegen of vrijwilligerswerk beter zou helpen dan een pilletje. Maar daar wordt niet aan verdiend. *“Ik wil siliconen protheses, of ik wil m’n lippen laten opspuiten. Ja natuurlijk, daar werk ik aan mee. Als ik de patiënt maar behoud.”* (respondent 10).

Er wordt vooral een aantal keer hard uitgehaald naar de prikkels van specialisten die in de tweede lijn werken. Zo zegt een respondent dat zolang de bekostiging van de tweede lijn niet aangepast wordt er prikkels blijven bestaan om te produceren. Een dergelijk systeem kan negatieve financiële effecten hebben op bijvoorbeeld de tweede lijn, iets waar zij natuurlijk niet op zitten te wachten. Op het moment is het zo dat als er in het kader van substitutie meer in de eerste lijn gedaan wordt, het ziekenhuis nieuwe dingen gaat doen om tot aan de juiste omzet te komen. Zo zegt een zorgaanbieder: *“Als zij dingen kwijtraken, dan gaan ze weer nieuwe kunstjes doen.”* (respondent 7). Dit leidt dus tot hogere kosten in plaats van lagere kosten, de eerste lijn gaat meer doen maar de tweede lijn gaat niet minder doen.

Hieraan verbonden zijn de huidige macrokaders. Door de overheid wordt er per kolom een begroting gemaakt. Er wordt bijvoorbeeld een x-bedrag voor huisartsenzorg begroot. Als aan het eind van het jaar

blijkt dat huisartsen dit budget overschreden hebben, dan geldt er een korting voor het volgend jaar. Een zorgverzekeraar verklaart: *“Als wij de huisarts vragen om meer zorg te gaan leveren in de eerste lijn, om meer zorg over te nemen uit de tweede lijn, dan moet hij daar ook geld voor krijgen.”* (respondent 14). Een andere zorgverzekeraar zegt dat een ziekenhuis het moet kunnen voelen dat hij iets minder budget krijgt voor eenzelfde patiënt als er efficiënter in de eerste lijn gewerkt wordt.

Een ander onderwerp wat een aantal keer naar voren komt is dat in huidige stelsel de baten niet altijd terugkomen bij de partij die ergens moeite voor doet. Dit heeft vooral betrekking op de verschillen tussen de zorg en het sociale domein. Zo geeft een zorgverzekeraar het voorbeeld van valpreventie. Valpreventie is een onderwerp wat onder de gemeente valt. Deze zou daar tijd en geld in moeten steken. Maar de revenuen van die valpreventie komen uiteindelijk niet terug bij de gemeente. Valpreventie kan bijvoorbeeld leiden tot minder opnames in het verpleeghuis of het ziekenhuis. Maar dit is weer een andere kolom. Dus vanuit de AWBZ of Zvw wordt er dan van geprofiteerd. Deze zorgverzekeraar vertelt dan ook dat de revenuen niet genoeg bij de gemeente terugkomen, en dus de motivatie bij de gemeente niet hoog genoeg gehouden wordt om er ook daadwerkelijk in te gaan investeren. Eenzelfde voorbeeld geeft een vertegenwoordiger van de gemeente over een project dat inzet om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. *“De opbrengt daarvan, namelijk dat er jaarlijks procentueel minder ouderen naar een verzorgingstehuis gaan, komt geheel ten goede aan het rijk, aan de AWBZ post. ... Sterker het kost welzijn juist meer geld.”* (respondent 15). Een andere respondent, die in het verleden bij de gemeente gewerkt heeft, vertelt: *“..wij zijn niet gek jetje van zorgverzekeraars Nederland.”* (respondent 19). Er komt dus duidelijk naar voren dat er compensatie moet plaatsvinden tussen de kolommen in het geval van substitutie.

In relatie tot perverse prikkels wordt er een aantal keer verwezen naar prikkel van marktwerking. Zo vertelt een expert dat de marktwerking wel tot enige prijsdaling leidt, maar niet tot volumebeperking. De geïnterviewde zorgaanbieders zijn verdeeld over wat ze van marktwerking vinden. Zo vertelt een zorgaanbieder dat marktwerking in de zorg eigenlijk onzin is omdat er veel te veel mogelijk is. Maar aan andere kant is hij wel voor enige marktwerking omdat er anders allemaal monopolisten ontstaan. Een andere zorgaanbieder is duidelijk tegen marktwerking. Volgens deze zorgaanbieder leidt het allemaal tot meer handelingen en meer voorschrijven. Bovendien vindt deze respondent dat de farmaceutische industrie veel te veel verdient aan ‘het ziek zijn’. *“Als we meer marktwerking hebben en meer voorschrijven, dan zijn ze de lachende derde.”* (respondent 10). Een verzekeraar vertelt dat de introductie van marktwerking in de zorg er wel toe geleid heeft dat de positie van de klant enorm versterkt is. In geen enkel systeem wat in het verleden in Nederland was, was deze positie van de klant zo sterk als nu. Volgens deze zorgverzekeraar zou het doodzonde zijn om dit nu te verspillen. Wel vertelt dezelfde zorgverzekeraar: *“Zoals wij het systeem van marktwerking hebben zonder populatiebekostiging, dan zie je gewoon dat dat op zijn eind loopt.”* (respondent 14).

Er wordt een aantal keer benoemd dat keten-dbc's waarschijnlijk ook niet de oplossing zijn. Zo vertelt een zorgverzekeraar dat op het moment diabetespatiënten die in een keten-dbc duurdur zijn dan diabetespatiënten die versnipperd behandeld worden. Voor een zorgverzekeraar is het dus een serieuze overweging of ketens wel de moeite waard zijn.

Urgentiebesef

Bijna de helft van de respondenten geeft aan dat het huidige Nederlandse zorgstelsel niet toekomstbestendig is. Uitspraken als ‘het is onverantwoord’, ‘onbetaalbaar, en ‘we lopen vast’ worden door verschillende respondenten gedaan. *“Je kunt echt niet morgen hetzelfde doen als vandaag.”* (respondent 2). Dit wordt onder andere veroorzaakt doordat de zorgvrager steeds meer gaat vragen, en de premiebetaler steeds minder premie wil betalen. Een expert zegt dat de meeste zorgaanbieders het probleem rondom de onbetaalbaarheid van zorg nog niet echt herkennen. Dit is waarschijnlijk het gevolg van dat individuele zorgaanbieders op kleine schaal opereren, en veranderingen bij hun dus nog maar marginaal zijn. Volgens deze expert wordt dit door zorggroepen wel al ervaren, omdat zij op grotere schaal opereren. Een zorgaanbieder geeft aan dat de discussie rondom bekostiging van zorg al tientallen jaren loopt. Hij geeft wel aan dat de discussie aan het veranderen is, en dat het lijkt alsof er meer urgentiebesef komt dat er echt iets moet veranderen omdat het anders onbetaalbaar wordt.

Het gaat niet alleen om bekostiging

Gerelateerd aan de vraag, ‘Waarom wordt er gepleit voor populatiebekostiging?’ antwoorden een zestal respondenten dat het niet alleen om de bekostiging gaat. Zoals een respondent zegt: *“Bekostiging is naar mijn idee niet het doel op zich. Het gaat over populatiegerichte zorg.”* (respondent 4). Daarbij geven een aantal respondenten aan dat geld geen duurzame prikkel is als je dingen echt wil veranderen. Ook de organisatie van zorg moet er klaar voor zijn.

Preventie

Door verschillende respondenten wordt verteld dat populatiebesteding een oplossing zou zijn om meer te doen aan preventie. Maar over het onderwerp preventie bestaan verdeelde meningen. Een aantal respondenten denkt dat investeren in preventie kostenbesparend kan zijn. Maar veel respondenten hebben toch een kritische houding ten opzichte van preventie. Een aantal respondenten vertellen dat preventie nog totaal niet van de grond komt. *“Dat heeft volgens mij voor een belangrijk deel te maken met dat het systeem het met elkaar niet geregeld heeft.”* (respondent 20). Een ander punt van kritiek wat door verschillende respondenten wordt aangehaald is dat preventie niet goed gefinancierd wordt, vooral onder zorgaanbieders. *“Sterker nog, hoe beter je dat doet hoe slechter je draait.”* (respondent 6).

Een aantal zorgverzekeraars en één expert geven aan dat ze nog niet helemaal overtuigd zijn van de effecten van preventieprogramma's. Daarbij wordt een aantal keer benadrukt dat het in geval van preventie vaak ook moeilijk te meten is wat de precieze effecten nu zijn, maar vooral ook waar deze effecten door veroorzaakt zijn. Voor verzekeraars is het daarom moeilijk om erin te investeren. Zo vertelt een zorgverzekeraar dat als je wilt dat mensen gezond gedrag vertonen dat je dan moet inspelen op allerlei systemen. Het gedrag van mensen is namelijk afhankelijk van een complex geheel van factoren. Deze zorgverzekeraar heeft als kritiek dat veel preventieprogramma's maar op één systeem richten. *“Er wordt teveel verwacht van preventie.”* (respondent 13), zegt hij dan ook. Een expert ziet het bijna als onmogelijk om op preventie een soort van prestatiebesteding toe te passen. Volgens hem kun je betere een vast bedrag voor iets zoals preventie geven, omdat je het niet kunt meten.

Twee zorgaanbieders vertellen dat preventie in de zorg op het moment iets medicaliserends heeft. Zo geeft een zorgaanbieder een voorbeeld van screening in het kader van oogzorg bij diabetespatiënten. Een oogarts vindt dan van alles waar mensen totaal geen last van hebben. De andere zorgaanbieder zegt dat sommige preventie activiteiten soms gewoon wat ver gezocht zijn. Vooral als ziekenhuizen zich met preventie gaan bemoeien. Problemen worden gecreëerd in plaats van voorkomen.

Vier respondenten geven aan dat preventie verbonden is aan lange termijn investeringen. Zo zegt één respondent dat preventie een goed instrument is om zorgkosten in de toekomst te voorkomen. Maar het lastige is dat wat je vandaag investeert pas later resulteert in opbrengsten. Een zorgverzekeraar geeft aan dat vooral de eenjarige contracten met verzekerden een beperkende factor is voor het investeren in preventieactiviteiten. In de contractering van zorgaanbieders is het wel al mogelijk om langere contracten aan te gaan, maar met klanten nog niet. Omdat preventieprogramma's een lange looptijd nodig hebben om effectief te zijn, zou het pas aantrekkelijk worden voor de verzekeraar om te investeren in preventie en lifestyle als er meerjarige contracten met klanten afgesloten kunnen worden, wat weer een wisselwerking heeft met de premie-inkomsten.

Er is verdeeldheid onder de respondenten wie er verantwoordelijk is voor preventie. Een aantal keer wordt er verwezen naar de formele verantwoordelijkheid. Primaire preventie is voor gemeente, zorg gerelateerde is voor Zvw. Een zorgaanbieder geeft duidelijk aan dat de verantwoordelijkheid niet bij de zorgaanbieder ligt. Volgens hem moet dat meteen doorgeschoven worden naar de GGD. Twee respondenten geven in relatie tot dit aan dat preventie uit de spreekkamer moet. *“Als iemand ziek is, wil hij behandeld worden.”* (respondent 17) zegt een respondent. Een andere zorgaanbieder verwijst naar de verantwoordelijkheid van het onderwijs op dit vlak, eigenlijk van de maatschappij in zijn geheel. Een aantal zorgverzekeraars en zorgaanbieders geven aan dat preventie een gezamenlijke verantwoordelijkheid is. *“Als je het niet met zijn allen op lost dan komt het gewoon niet van de grond.”* (respondent 11). Een zorgverzekeraar verwijst naar de verschillende verantwoordelijkheden van overheid en zorgverzekeraar op het gebied van algehele en zorg gerelateerde preventie. Deze zorgverzekeraar concludeert dat deze verschillende type preventie vaak in elkaar overlopen. *“Wanneer gaat iemand van geïndiceerde naar zorg gerelateerde preventie?”* (respondent 14). Hij vertelt daar bij dat de oplossingen vaak bij andere partijen liggen, zoals bij sportverenigingen waar de gemeenten dan weer aansluiting bij kunnen zoeken. Maar de onderliggende doelstellingen zijn gemeenschappelijk, zegt hij.

Knelpunten bij samenwerken

In relatie tot het onderwerp samenwerken wordt er vaak gesproken over tegengestelde belangen. Zo wordt er een aantal keer verwezen naar een 'opportunistische houding', 'eenpitters' en 'een kruiwagen met kikkers'. Een expert vertelt dat verschillende partijen andere financiële drijfveren hebben, waardoor de belangen niet meer gelijk zijn. Een zorgaanbieder verwijst naast hetzelfde probleem. *“Zorgverzekeraars hebben vaak zoiets van: kan onze premie dan omlaag? De patiënt denkt: wat gaat er dan gebeuren voor mij? En de huisarts denkt, wat gaat dit betekenen voor mijn werk?”* (respondent 10). Een andere expert haakt ook in op de belangen, en zegt dat zorgorganisaties natuurlijk wel een bepaalde

omzet moeten hebben om de continuïteit van de organisatie te garanderen. *“... dus jouw omzet achteruit loopt en je dus medewerkers moet ontslaan. Er zullen maar weinig bestuurders zijn die die route inzetten.”* (respondent 4). Dit wordt beaamd door meerdere respondenten. Een andere expert zegt ook dat als populatiebekostiging echt ingevoerd gaat worden, dat niet iedereen er beter van zal worden. Het zijn als het ware allemaal kleine ondernemertjes, die zichzelf niet snel in het vlees zullen snijden. Vooral een aantal zorgaanbieders uitten hun zorg over de verschillende machtsposities die er binnen de gezondheidszorg bestaan. Hierbij nemen ze vooral een kritische houding aan ten opzichte van de macht van de tweede lijn. Zo legt een zorgaanbieder uit dat er in onderhandelingen met de overheid altijd eerst om tafel wordt gezeten met de specialisten uit de tweede lijn. Als daar de afspraken rond zijn dan mag GGZ langskomen. Daarna de huisartsen, die vervolgens beslissen over de apothekers. Een andere zorgverlener legt dan ook uit dat het daarom erg moeilijk wordt om met meerdere ziekenhuizen een deal te maken rondom populatiebekostiging. *“Omdat die ziekenhuizen op allerlei manieren zullen proberen om toch maximaal hun eigen budget te houden. En die zijn in feite machtiger dan de eerste lijn. Daar zit meer geld, meer power, meer personeel, meer macht.”* (respondent 7).

Samengevat, het antwoord op deelvraag 3 is dat het huidige Nederlandse zorgstelsel erg beschot georganiseerd is, en er bestaan perverse prikkels die tot meer volume leiden. Daarbij zijn er geen prikkels die preventie en gezondheidsbevordering stimuleren, en ontbreekt er een omgeving waarin samenwerking gefaciliteerd wordt. Gezien de stijgende zorgkosten is langzamerhand het urgentiebesef ontstaan dat er echt iets moet veranderen om de zorg toekomstbestendig te maken.

4.4 Effect populatiebekostiging op organisatie van zorg

In dit hoofdstuk wordt er op basis van semigestructureerde interviews antwoord gegeven op deelvraag 3, die als volgt is geformuleerd:

Wat betekent populatiebekostiging voor de organisatie van zorg in Nederland volgens verschillende stakeholders?

Regie

De zorgverzekeraar wordt in de meeste gevallen gezien als de meest logische partij die bij populatiebekostiging de regie zou moeten hebben. Zo zegt een verzekeraar dat dit wel moet, omdat deze regisseursrol wettelijk is vastgelegd onder de zorgplicht. Dit wordt beaamd door een zorgaanbieder die zegt: *“Ja dan denk ik waarom kan een zorgverzekeraar dat niet doen? Een zorgverzekeraar is toch degene die de risico's draagt?”* (respondent 9). Twee respondenten vertellen dat de zorgverzekeraar het meest voor de hand liggend is in het huidige stelsel, maar dat met de overheveling naar de Wmo de gemeente ook een steeds belangrijkere partij wordt. De regie bij de zorgverzekeraar kan ook moeilijkheden op leveren, zoals in gebieden waar niet één preferente zorgverzekeraar is. De vraag is dan hoe zorgverzekeraars elkaar gaan volgen.

Zorgverzekeraars benadrukken dat er geen nieuwe zorgverzekeraar gecreëerd moet worden, en dus dat zij de regie niet snel uit handen zullen geven. *“Dan zouden wij geen bestaansrecht meer hebben.”* (respondent 11). Een andere zorgverzekeraar vertelt hierbij dat dit niet hoeft te betekenen dat er geen onafhankelijke partij aangetrokken kan worden voor begeleiding in de samenwerking, een kwartiermaker. Deze kwartiermaker praat met de verschillende stakeholders en probeert vervolgens een gezamenlijk visie en werkplan te creëren.

Enkele respondenten vragen zich af of er wel één partij moet zijn die de regie houdt. Een expert geeft aan dat als je één partij hebt die het systeem regelt dat marktwerking dan teniet gedaan wordt. Het belangrijkste volgens deze expert is dat zorgaanbieders, financiers en burgers samen om tafel komen. Het initiatief zou volgens deze respondent dan bij elke partij kunnen liggen.

In het verlengde van dit wordt er een aantal keer verwezen naar netwerken en coalities die de regie zouden moeten hebben. In dat geval gaat het dus niet om één regisseur, maar om meerdere partijen die samen de verantwoordelijkheid dragen. Zo wordt er gepleit voor een schaduwbudget wat onder de verantwoordelijkheid valt van een alliantie. Deze alliantie spreekt verantwoordelijkheid uit voor de kostenontwikkeling. Een zorgaanbieder heeft het over een coöperatie op wijkniveau, tussen bijvoorbeeld bewoners, huisarts, maatschappelijk werk en een zorgverzekeraar. Een andere zorgaanbieder benadrukt ook dat er een gezamenlijke verantwoordelijkheid moet zijn. *“Dat doe je weer met elkaar. Dus mij lijkt het prima dat er iemand bij zit van de zorgverzekeraar, maar daar moet ook een patiënt, een huisarts, een beleidsmedewerker van de gemeente bij zitten in ieder geval.”* (respondent 10).

Twee zorgaanbieders pleiten voor het creëren van een nieuwe partij. Ze vragen om een onafhankelijke partij, die als het waren een beetje erbuiten staat. Ze zeggen: *“Maar moet je eigenlijk wel een partij hebben die daar coördineert. Dat moet een externe partij doen, want anders red je dat niet.”* (respondent 7), en *“Er moet iets nieuws komen. Ik denk dat er geen partij is hier in Nederland die zoiets doet.”* (respondent 10). De laatste respondent vertelt ook dat hij vooral een knelpunt ziet in de macht die een zorgverzekeraar dan nog meer krijgt. Een expert verwacht dat zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders wel positief zijn ten opzichte van een nieuwe partij die coördineert. Hij vergelijkt dit met het ontstaan van zorggroepen, waardoor zorgverzekeraars niet zelf met alle zorgaanbieders meer contracten hoeven af te sluiten, maar alleen nog maar met een zorggroep. *“Het voordeel van zo’n organisatie, zorgverzekeraars zijn niet zo populair onder huisartsen want ze willen alleen maar kosten drukken. Misschien dat zo’n partij een makkelijkere positie heeft om partijen bij elkaar te brengen dan een zorgverzekeraar.”* (respondent 5).

Structuur

Het wordt door meerdere respondenten benadrukt dat een populatiegebonden systeem in zijn optimale vorm over alle lijnen in de zorg heen moet gaan. Zo vertelt een zorgaanbieder over geïntegreerde zorg: Er wordt zelfs een aantal keer gezegd dat het nog breder getrokken moet worden, en dat onderwijs bijvoorbeeld een partner moet zijn.

Woorden als ‘coalities’, ‘allianties’, ‘nieuwe constellaties’ en ‘coöperaties’ worden meerdere malen genoemd. Belangrijke partijen die gezamenlijk tot afspraken moeten komen zijn burger, zorgaanbieders en financiers. Concreet wordt samenwerking tussen ziekenhuis, eerste lijn en lokale overheid als erg belangrijk ervaren. Een expert benadrukt dat hij veel toekomst ziet in regionale netwerken waarin ook de patiënt vertegenwoordigd is. Deze rol voor de patiënt wordt door meerdere respondenten bevestigd. Zo vertelt een expert dat deze ook betrokken moeten worden bij het maken van plannen. Daarbij vertelt hij wel: *“Als ze op de publieke tribune zitten vind ik het al goed.”* (respondent 11). Hij maakt daarin een onderscheid tussen georganiseerd en ongeorganiseerde patiëntenbeweging. De georganiseerde patiëntenbeweging heeft de rol om de stem van de ongeorganiseerde patiëntenbeweging ook te laten horen.

De huisarts wordt door een aantal respondenten geïdentificeerd als centrale partij. *“Maar dan moet je die huisarts nieuwe stijl zien. Dus niet die oude eenling praktijkhouder, maar dat is de huisarts die onderdeel is van die zorggroepen.”* (respondent 12), zegt een verzekeraar. Daarbij is de huisarts verantwoordelijk voor waar de patiënt belandt. Een zorgverzekeraar die pilots met populatiebekostiging aan het plannen is geeft aan dat ze graag met partijen gaan werken die de meeste invloed kunnen en willen uitoefenen op het systeem. In dat geval hebben zij gekozen voor zorggroepen. Zorggroepen die daadwerkelijk een relatie hebben met hun achterban.

Alhoewel enkele respondenten benadrukken dat er eerst een aansluiting tussen eerste lijn en tweede lijn moet zijn, erkennen veel respondenten dat de nulde lijn op den duur een onmisbare partner is. *“Maar ja als je echt verder wil naar preventie, dan heb je denk ik ook al de gemeente nodig. Dus mijn idee is gewoon het begint zeg maar bij de huisarts. En naarmate er meer partijen bijkomen, en die partijen ook meer samenwerken in één geïntegreerde organisatie, kun je meer aan populatiebekostiging doen”.* (respondent 5). Vooral door de decentralisatie is de gemeente een belangrijke spil geworden in de koppeling zorg en welzijn. Een zorgaanbieder zegt dat de aansluiting met de nulde lijn erg belangrijk is, omdat dan het zelf organiserend vermogen van de patiënt omhoog gaat. Daarbij zijn twee zorgverleners kritisch ten opzichte van de rol van de gemeente. Zo zegt een zorgaanbieder: *“Die hebben geen expertise, nul.”* (respondent 7). Een ander zegt: *“Ik vind dat de gemeente, ik heb het alleen over onze eigen gemeente, onprofessioneel het zorgloket hebben ingericht.”* (respondent 6). Op het gebied lokale overheid wordt ook de GGD een aantal keer als belangrijke partner benoemd. Zo zegt een zorgaanbieder dat hij een veel sterkere rol voor de GGD ziet, in samenwerking met ziekenhuis, eerste lijn en lokale overheid. Een zorgverzekeraar zegt dat ze beginnen op het gebied van de Zvw. Daarna gaan ze uitbreiden naar samenwerking met de zorgkantoren voor de AWBZ, en ten slotte met de gemeente voor de Wmo. Een zorgaanbieder is kritisch ten opzichte van de nulde lijn: *“Als ik hoor nulde lijn en zelfmanagement, dan hoor ik ze meteen ook zeggen, de zorgverzekeraars onder andere, we willen dat het minder kost.”* (respondent 7).

Ook de tweede lijn wordt als belangrijke partner gezien. Dit wordt in verband gebracht met substitutie. Een respondent geeft aan dat ze in een ziekenhuis zich bezig moeten houden met ingewikkelde zaken, alles wat delegerbaar is naar een ander niveau moet weg. Een zorgverzekeraar zegt: *“Als je doelmatig en efficiënt bent in de eerste lijn, dan zou dat ook moeten kunnen leiden tot minder kosten in de tweede lijn.”* (respondent 11). Zo zegt een zorgaanbieder dat er altijd gevallen zijn waar ze in de eerste lijn niet uitkomen, die te gecompliceerd zijn. In relatie tot ziekenhuizen zegt een zorgaanbieder dat het wel een

erg lastig verhaal wordt als er met meerdere ziekenhuizen in één gebied samengewerkt moet worden. Volgens deze respondent is de tweede lijn machtiger dan de eerste lijn, en dat ze op allerlei manieren zullen proberen hun eigen budget te houden.

Ook de overheid speelt een rol. Zo zegt een expert dat dit echt over een systeemverandering gaat en de overheid een visie uit moet dragen. Vooral om uit te leggen waarom bepaalde veranderingen nodig zijn, en hoe die met elkaar samenhangen. Maar daarnaast uiten een aantal respondenten dat de overheid zich vooral ook afzijdig moet houden.

Vier respondenten vertellen over het belang van een samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraars. Zo wordt er een aantal keer verwezen naar al bestaande convenanten met zorgverzekeraars, waarin een samenwerking op het gebied van bepaalde thema's, zoals gezondheidsbevordering, wordt afgesproken. Ook vertelt een gemeente dat de zorgverzekeraar rechtstreeks investeert in bepaalde wijkprojecten die verbonden zijn aan gezondheid. Naast zorgverzekeraars worden er allerlei partijen genoemd waarmee samenwerkingen opgezet moeten worden, verspreid over het domein van werk, wonen, welzijn en zorg.

Initiatieven in Nederland

Naast effecten van populatiebekostiging op de organisatie van zorg, wordt er door de respondenten ook verwezen naar concrete initiatieven in Nederland op het gebied van populatiebekostiging. Deze initiatieven illustreren ook wat het effect van een populatiegebonden systeem zou kunnen zijn op de organisatie van zorg, en zijn daarom onder deze deelvraag opgenomen.

Door verschillende respondenten worden initiatieven gerelateerd aan populatiebekostiging aangehaald. Initiatieven die door meerdere respondenten genoemd worden zijn Eindhoven, Maastricht, Overvecht en Almere. Een zorgaanbieder heeft een kritische houding ten opzichte van de pilots in Eindhoven, waar twee zorggroepen in samenwerking met twee zorgverzekeraars een pilot hebben lopen. Volgens deze respondent worden er in deze pilot drie ziekenhuizen betrokken. Hij denkt dat dit erg lastig gaat worden in de uitvoering, omdat de ziekenhuizen meer invloed hebben dan de eerste lijn omdat ze meer geld en meer macht hebben. Hij pleit daarom dat het beter is om maar één ziekenhuis te betrekken. Naar Maastricht wordt een aantal keer verwezen als een initiatief waar verschillende partijen, zoals zorgaanbieders en zorgverzekeraars, eerste en tweede lijn, met elkaar om tafel zitten. Een zorgaanbieder reageert enigszins geïrriteerd op het initiatief, omdat het altijd als een goed voorbeeld gezien wordt. Volgens deze respondent zijn de omstandigheden in Maastricht erg gunstig om een dergelijke samenwerking op te zetten. Zoals dat het om een niet-algemeen ziekenhuis gaat, waar de bijzondere gevallen behandeld worden. In zijn eigen omgeving moet het ziekenhuis echt overleven. *“Hier is elke stap richting eerste lijn bedreigend, want dat kan zeg maar de levensvatbaarheid van het ziekenhuis bedreigen.”* (respondent 6). Ook het project in de Utrechtse wijk Overvecht is een voorbeeld wat een aantal keer wordt aangehaald door de respondenten. Het wordt gezien als een initiatief waar organisaties goed samenwerken en afstemmen. Ten slotte wordt zorggroep Almere een paar keer genoemd. Zo zegt een respondent dat daar de zorggroep en apotheken onder één organisatie vallen. Ook hier wordt een kritische houding aangenomen door een zorgaanbieder. Volgens deze zorgaanbieder krijgt zorggroep Almere een hogere financiële ondersteuning voor patiënten dan andere zorgaanbieders. Daarnaast is Almere een gebied wat van nul af aan opgebouwd is. Er waren dus nog geen bestaande structuren waar men last van kon hebben.

Initiatieven zorgverzekeraars

Naast verwijzingen van respondenten naar initiatieven op het gebied van populatiebekostiging, vertellen de verzekeraars over eigen initiatieven op het gebied van populatiebekostiging. Ook deze initiatieven illustreren de effecten van populatiebekostiging en zijn daarom onder deze deelvraag opgenomen.

Binnen alle vier de geïnterviewde zorgverzekeraars speelt het onderwerp populatiebekostiging, al speelt het bij de een wat meer dan bij de ander. Twee van deze zorgverzekeraars zijn bezig met concrete experimenten op het gebied van populatiebekostiging. Deze twee zorgverzekeraars geven aan dat ze bij VWS een verzoek ingediend hebben voor een formele experimenteerstatus. Ten tijde van de interviews was deze experimenteerstatus nog niet toegekend. Beide zorgverzekeraars verwachtten dat, vanwege het toenmalige demissionaire kabinet, de experimenteerstatus er uiteindelijk ook niet zou komen. De andere twee zorgverzekeraars zijn het onderwerp nog meer aan het verkennen. Een zorgverzekeraar heeft daarbij een onderzoek laten uitvoeren naar populatiebekostiging door een extern bureau.

Twee zorgverzekeraars hebben pilots opgezet om populatiebekostiging te testen. De pilots zitten nog in de opstartfase. Bij één van deze pilots zijn beide zorgverzekeraars betrokken. Bij deze pilot gaat het om een regio van 300.000 inwoners. Er wordt gekeken naar wat er binnen komt voor deze verzekerden over

alle kolommen, dus huisarts, apotheek, medisch specialistisch zorg enzovoorts. Later wordt dit uitgebreid naar AWBZ en Wmo. Volgens een verzekeraar kan er met beperkte inspanning al 14 miljoen euro bespaard worden. Een van de zorgverzekeraars die betrokken is bij de gezamenlijke pilot geeft aan de ze ervoor gekozen hebben om samen te werken met een beperkt aantal partijen, die vervolgens wel een groot draagvlak hebben onder de stakeholders. Volgens deze verzekeraar is het geen doen om alle partijen om tafel te hebben, omdat je dan al snel met tientallen verschillende partijen zit. Er is daarom gekozen om de pilot aan te gaan met twee vooruitstrevende zorggroepen. *“Die zorggroepen die daadwerkelijk een relatie hebben met hun achterban, dus niet alleen om extra geld binnen te halen. Die daadwerkelijk iets met de huisartsen doen, met die partijen kan je populatiegebonden zorgafspraken maken.”* (respondent 14). Een van de betrokken zorgverzekeraars geeft aan dat de pilots net gestart zijn, en dat ze voor een periode van vijf jaar zijn weggezet. Daarbij vertelt hij dat het goed mogelijk is dat na vijf jaar blijkt dat het genoeg is om alleen de huisarts te beïnvloeden, en dat dan populatiebekostiging overbodig wordt. Deze verzekeraar vindt het vooral ook van belang dat resultaten van de pilots uitrolbaar zijn naar de rest van het land. Binnen de experimenten worden er projectmatig bepaalde dossiers aangepakt. Op de korte termijn kunnen er al resultaten geboekt worden op bijvoorbeeld het farmacie dossier, het diagnostiek dossier en het verwijs dossier. Verwacht wordt dat binnen drie tot zes maanden deze eerste dossiers al resultaten op zullen leveren. Een belangrijk gegeven is dat er afgerekend wordt op het totaal en niet op het project. Dus als er doelmatiger voorgeschreven wordt dan wordt er alleen die directe besparing gekeken op dat onderdeel, maar wordt er alleen gekeken naar wat er in totaliteit bespaard is. Daarmee willen ze voorkomen dat er bijvoorbeeld dingen dubbel gedaan worden op een andere plek. *“Dus je doet het een maar je laat het ander. Dus een huisarts moet bij al zijn afwegingen die hij maakt denken: draagt dit bij aan onze doelstellingen ja of nee? En niet alleen bij dat ene projectje farmacie, of dat ene projectje diagnostiek.”* (respondent 14). Een van de betrokken verzekeraars geeft aan dat er doormiddel van een intentieverklaring die ondertekend wordt door verschillende partijen er een start wordt gemaakt met de pilots. Vervolgens wordt er een kwartiermaker aangesteld die aan de slag gaat met een gezamenlijk werkplan wat steeds verder vorm gegeven wordt. Deze kwartiermaker heeft de rol om het proces te begeleiden en te peilen of alle neuzen te allen tijde dezelfde kant op staan. De twee zorgverzekeraars vertellen over de verdeelsleutel die ze voor ogen hebben als er shared savings behaald worden. Één derde gaat naar alle verzekerden van die verzekeraar gaat in de vorm van lagere premie. Daarbij geeft hij aan dat de premie waarschijnlijk niet zal zakken maar minder stijgen. Één derde gaat naar de zorgverleners onder bepaalde voorwaarden. Zo zal het om een gemaximeerd bedrag gaan en zal mogelijk een deel van het bedrag geherinvesteerd moeten worden. En één derde gaat rechtstreeks naar de verzekerden in de betreffende regio, in zin van dat er voor deze patiënten extra dingen georganiseerd worden. De gedachtegang achter deze verdeling heeft met meerdere factoren te maken. Zo heeft de verzekeraar er belang bij om de premie laag te houden. *“Die klant die kan die premie niet meer betalen, dus daar hebben wij belang bij.”* (respondent 14). Er gaat geld terug naar de zorgverleners om een prikkel te geven om dingen anders te organiseren en eventueel minder verrichtingen te doen.

Een zorgverzekeraar gebruikt niet het woord populatiebekostiging maar ‘regioregie’. Ook deze zorgverzekeraar gebruikt het CCM als een basis. Het regioregie verhaal komt volgens deze verzekeraar voort uit de integrale ketenzorg. Twee dingen staan centraal, namelijk de afstemming tussen zorgverleners en de actieve rol van de patiënt. Maar in het regiomodel is ook ruimte voor bijvoorbeeld het onderwerp preventie. De respondent geeft aan dat de grens nu verlegd is van het ontwikkelen van nieuwe ideeën naar het implementeren. *“En het belangrijkste idee daarbij is dat je dat niet moet doen in Nederland-breed, maar dat je dat vooral moet doen vanuit een regiobenadering. Een soort logisch verhaal van logisch met elkaar samenwerkende partijen.”* (respondent 12). Deze zorgverzekeraar geeft aan dat verschillende initiatieven waar ze bij betrokken zijn zich in verschillende fases bevinden, maar ook op ander type samenwerking focussen. Zo is een pilot gericht op samenwerking binnen de cure, en daarbij samenwerking tussen cure en care, terwijl een andere pilot zich vooral focust op de eerste lijn. Bij weer een andere pilot is het ziekenhuis heel nadrukkelijk betrokken. *“En dat heeft te maken met dat we nog niet exact weten wat werkt.”* (respondent 12). De pilots zijn opgezet in gebieden waar de betreffende zorgverzekeraar een aanzienlijk marktaandeel heeft. Zo geeft een verzekeraar aan dat ze in twee pilot regio's 70% en 90 % van de verzekerden hebben. Daarnaast ligt er in de gekozen gebieden een goede basis voor samenwerking. Zo geeft een verzekeraar aan dat ze voortborduren op ervaringen uit het verleden in regio's waar een verleden ligt van huisartsenposten, ketenzorg en nu regioregie.

Maar ook de andere twee zorgverzekeraars geven aan de er behoefte is aan experimenten met populatiebekostiging. Een zorgverzekeraar geeft aan dat hun visie op chronische aandoeningen, dat gebaseerd is op het CCM en Kaiser Permanente, expliciet gericht is op integrale patiëntenzorg en niet op populatiegebonden patiëntenzorg. Wel vertelt hij hierbij dat er vrij makkelijk een switch gemaakt kan worden naar populatiegebonden zorg en financiering. In die zin hebben ze er rekeningen mee gehouden dat populatiebekostiging er mogelijk aan gaat komen. *“Maar voor 2015 zijn we er nog niet.”* (respondent

11). Hij geeft aan dat het op het moment al moeilijk is om integrale patiëntenzorg te organiseren. Verder valt deze zorgverzekeraar op omdat ze plannen hebben om zorgpartijen te gaan betalen aan de hand van volwassenheid. Deze volwassenheid wordt dan bijvoorbeeld afgeleid van de aanwezigheid van infrastructuur, mate van transparantie, sturingsmogelijkheden van een zorggroep op kwaliteit, mate van beleidsvoering, positionering binnen een bepaalde organisatie en regio, et cetera. Deze elementen zorgen ervoor dat een partij beter ontwikkeld is dan andere partijen. Volgens de verzekeraar kunnen met volwassen partijen andere contracten aangegaan worden dan met minder volwassen partijen, en kunnen er verschillende tarieven gerekend worden voor de geleverde diensten. Zo worden er vier gradaties van volwassenheid voorgesteld. Maar hoe 'volwassener' het contract wordt, hoe zwaarder de eisen ook zijn voor de zorgpartij. Dit hele systeem moet een prikkel creëren voor zorgpartijen om zichzelf steeds beter te gaan organiseren, en daarmee aantrekkelijkere contracten aan te gaan. Wel geeft deze zorgverzekeraar aan dat dit hele verhaal redelijk gevoelig ligt bij zorgverleners. Vooral op het moment dat je iemand bestempelt als minder, of misschien zelfs slecht, moet je wel met hele goede argumenten komen om dat te kunnen weerleggen.

Opvallend is dat alle geïnterviewde zorgverzekeraars populatiebekostiging benaderen als een groeimodel. Wat overeen komt is dat er in ieder geval gestart zal worden op het gebied van eerste-tweede lijn, oftewel Zvw. Een verzekeraar vertelt dat binnen de ketenzorg vooral de focus uit ging naar de eerste lijn. Met de start van populatiebekostiging kan er een stapje verder gemaakt worden naar het afdichten van het gat tussen de eerste en tweede lijn. Een volgende stap is dan om ook de nulde lijn erbij te betrekken. Dus eerst de Zvw, dan AWBZ toevoegen, en ten slotte Wmo. Daarbij hoort dus samenwerking met de zorgkantoren van de AWBZ en met de gemeente voor de Wmo. *"Voorlopig nog niet. Anders is het compleet onbeheersbaar."* (respondent 12). Een aantal zorgverzekeraars geven aan dat het in het kader van populatiebekostiging vooral ook een uitdaging is om intern dingen anders te gaan organiseren, dus binnen de zorgverzekeraar zelf. Hier wordt bij verteld dat zorgverzekeraar nog erg monodisciplinair georganiseerd zijn.

Samengevat het antwoord op deelvraag 4 is dat in een systeem van populatiebekostiging er nieuwe constellaties ontstaan, die vooral gebaseerd zijn op samenwerking. Dit kan ook in de vorm van netwerken zijn. In een dergelijk systeem kan één partij verantwoordelijk zijn, waarbij de zorgverzekeraar op het moment een logische keus is, maar kunnen ook samenwerkende partijen gezamenlijk verantwoordelijk zijn. De huidige structuur van indeling op lijnen zal enigszins losgelaten worden. In Nederland hebben zich al enkele initiatieven ontwikkeld die met populatiebekostiging bezig zijn.

4.5 Randvoorwaarden van populatiebekostiging

In dit hoofdstuk wordt er op basis van semigestructureerde interviews antwoord gegeven op deelvraag 5, die als volgt is geformuleerd:

Welke randvoorwaarden identificeren verschillende stakeholders voor populatiebekostiging in het Nederlandse zorgstelsel?

Naar aanleiding van de interviews is er een lange lijst met randvoorwaarden voor populatiebekostiging in het Nederlandse zorgstelsel ontstaan. In deze lange lijst vielen bepaalde patronen op, die hier verder besproken zullen worden. Ten eerste zijn er zes thema's geselecteerd die over alle interviews heen het meest opvielen, en als belangrijke randvoorwaarden worden beschouwd, namelijk een scherpe definitie van populatiebekostiging, samenwerking, ruimte voor experimenten, een groeimodel, nieuwe organisatievormen, en lokaal oplossingen vinden. Daarnaast zijn er een aantal randvoorwaarden naar boven gekomen die specifiek betrekking hebben op bepaalde stakeholders. In dit geval gaat het om randvoorwaarden voor de patiënt, de zorgaanbieder, de zorgverzekeraar en de overheid. Ten slotte laten de resultaten zien dat er twee grote vraagstukken zijn die erg belangrijk zijn voor het verdere verloop van de discussie rondom populatiebekostiging, het vraagstuk rondom keuzevrijheid en het vraagstuk rondom concurrentie.

4.5.1 Zes belangrijke randvoorwaarden

Randvoorwaarden die aan de hand van de interviews naar boven zijn gekomen zijn onder andere meer gebruik maken van ICT systemen, ontwikkelen van gepaste kwaliteitsindicatoren, meer investeren in preventie en het in kaart brengen van populaties. De belangrijkste randvoorwaarden, die het vaakst genoemd zijn in de interviews, zijn een scherpe definitie van populatiebekostiging, samenwerking, ruimte

voor experimenten, een groeimodel, nieuwe organisatievormen en lokaal oplossingen vinden. Deze worden hier verder besproken.

Om te beginnen is een belangrijke randvoorwaarde dat het concept populatiebekostiging goed gedefinieerd moet worden. Verschillende respondenten benadrukken dat het belangrijk is om deze definitie scherp te krijgen, omdat er nu nog veel verschillende definities voor door gaan. Pas als er een duidelijke definitie is kunnen er verdere stappen ondernomen worden.

Een tweede belangrijke randvoorwaarde is samenwerking. Door verschillende respondenten wordt er verwezen naar het belang van een gezamenlijk doel, een gezamenlijke visie en gezamenlijke verantwoordelijkheid. Dit wordt gezien als een van de eerste stappen in het samenwerkingsproces. Hierbij horen vragen als 'hebben wij dezelfde doelstelling?', en 'hebben we dezelfde visie?'. Zo zegt een zorgverlener: *"Maar ik denk dat het een kwestie is van met z'n allen zeggen van: we vinden dit belangrijk en alle neuzen dezelfde kant op. Ik denk als je met z'n allen zegt dat je dat wil, dan wordt er ook wel altijd ergens geld gevonden voor dat doel. Maar eerst de intentie is wel het belangrijkste."* (respondent 9). Er moet commitment zijn onder een groep zorgaanbieders om een stukje autonomie in te gaan leveren. Om te gaan werken volgens gezamenlijke afspraken, en om ook daadwerkelijk die verantwoordelijkheid te voelen voor kostenontwikkeling. Een respondent vertelt dat geen partij het alleen op kan lossen. Hierbij wordt door een aantal respondenten verteld dat het creëren van een gezamenlijke visie wel tijd kost, en geleidelijk aan moet gaan. Zo zegt een respondent dat het misschien wel jaren kan gaan duren. Hieraan verbonden wordt door een expert verwezen naar ACO's. *"Daar zijn vergelijkbare ontwikkelingen waarin je ziet dat door gezamenlijk accountable/verantwoordelijk te zijn voor de kwaliteit in de bekostiging van zorg in een bepaalde regio. Ja dan kun je meer bereiken dan dat je iedereen zijn eigen verantwoordelijkheid geeft."* (respondent 2). Een zorgverzekeraar geeft aan dat de zorgverzekeraar wel al verantwoordelijkheid voelt voor de kostenontwikkeling, maar dat bijvoorbeeld de huisarts als verwijzer en voorschrijver dit niet per definitie voelt. Hij geeft aan dat de huisartsen het niet weten maar ook niet merken. *"Op het moment dat je ze mede verantwoordelijk maakt, dan verwacht je daarmee ook ander gedrag."* (respondent 13).

Volgens een kwart van de respondenten hebben samenwerkingen voor populatiebekostiging de meeste kans van slagen als deze lokaal opgezet worden. Dit heeft te maken met dat hoe populatiebekostiging geïmplementeerd moet worden erg afhankelijk is van de lokale situatie. Daarnaast is het makkelijker om via bestaande netwerken, of waar al een historie ligt van samenwerken, bepaalde dingen op te pakken. Door zeven respondenten wordt het belang van goede onderlinge relaties in een samenwerking benadrukt. Zo wordt er verteld dat het mogelijk zou moeten zijn om bijvoorbeeld lokale samenwerkingen op te zetten, mits er een goede relatie is met de partners waar je mee samen wil gaan werken. *"Uiteindelijk gaat het er toch om dat mensen die het ook moeten uitvoeren dat dat een beetje klikt."* (respondent 20). Ook word er een paar keer verteld dat populatiebekostiging makkelijker op te zetten is in gebieden waar al een verleden van goede samenwerking ligt. *"Dat gaat volgens mij toch via de netwerken en de gesprekken die je altijd al hebt."* (respondent 16). Vijf respondenten geven aan dat er vertrouwen moet zijn tussen de verschillende partners. Een expert geeft daarbij aan dat er een onderscheid gemaakt kan worden tussen persoonlijk vertrouwen en institutioneel vertrouwen. Persoonlijk vertrouwen heeft te maken met een persoonlijke band die er onder personen kan ontstaan. Het is verbonden aan dat mensen langer op hun post blijven en daardoor ervaring opdoen. Institutioneel vertrouwen heeft betrekking op het vertrouwen in bepaalde beroepen of bepaalde organisaties. Het persoonlijk vertrouwen moet groeien over de tijd heen, en is afhankelijk van bepaalde ervaringen met die bepaalde persoon. Deze expert geeft hierbij een voorbeeld van zorgverzekeraars, waarin het persoonlijk vertrouwen niet zo groot is onder zorgverleners. Hij verwijst hier naar dat er binnen zorgverzekeraars veel contactpersonen wisselen, en het daardoor moeilijk is om elkaar te leren kennen. *"Dat persoonlijk vertrouwen kun je natuurlijk wat opkrikken als die persoonlijke verbanden wat beter worden en mensen wat langer op hun post blijven bij de zorgverzekeraar."* (respondent 3). Volgens een andere respondent is het huidige zorgstelsel, met veel bureaucratie, management en beheersingsinstrumenten, ontstaan doordat er niet genoeg vertrouwen is tussen de verschillende partijen. We zijn een systeem geworden dat in plaats van kleinschalig en overzichtelijk, grootschalig en onoverzichtelijk geworden is. *"Dat controleren is een wereld op zich geworden."* (respondent 19). Hij vertelt daarbij dat een merkwaardig bijeffect van dit alles is dat we alles helemaal niet meer in de greep hebben, terwijl het wel lijkt alsof dat zo is.

Een aantal respondenten geven aan dat samenwerking gefinancierd moet worden. Zo zegt een zorgaanbieder *"Het kost weer tijd. Vergadertijd. Het zijn allemaal dingen die je pro deo doet."* (respondent 10). Deze zorgverlener stelt voor om een halve dag in de week vrij te maken voor dit soort activiteiten, omdat het nu niet haalbaar is met de overvolle praktijken en een te kort aan huisartsen. Een andere zorgverlener is het hiermee eens en geeft aan dat de werkdruk in de zorg vaak hoog is. Om samenwerking op te zetten moet je daar als zorgverlener veel moeite voor doen. Mensen moeten wel vrijgesteld worden om dit soort dingen te doen. Op het moment is het gewoon zieke mensen behandelen,

waarnaast er weinig puf over blijft voor andere dingen. Een zorgverzekeraar zegt: *“Alle partijen moeten in samenwerking, in locaties, in afstemming. Dat is allemaal tijd die wel gefinancierd moet worden, want anders doen ze het niet.”* (respondent 11).

Andere elementen die door verschillende respondenten als belangrijk ervaren worden in een samenwerking bij populatiebekostiging zijn leiderschap, management, communicatie, bottom-up initiatief en een duidelijk taakverdeling. Iedereen moet eigenlijk een stukje autonomie inleveren. *“Beter moet er gekeken worden naar kerntaken, een soort corebusiness van de verschillende partijen. Dat die dokter ook echt mensen ziet waarbij hij of zij nodig is. Betere taakverdeling dus.”* (respondent 7). Documenten als een intentieverklaring of een visiedocument kunnen daarbij helpen. Daarnaast wordt transparantie als erg belangrijk ervaren, wat onder andere omschreven wordt als een ‘open-boek’ relatie. Deze transparantie moet er bijvoorbeeld zijn in het openbaar maken van bepaalde data, zoals de klantwaarde en het eigen vermogen van een zorgverzekeraar, of transparantie in leiderschap en taakverdeling. Maar ook transparantie in de belangen die verschillende partijen hebben, en het respecteren van die die belangen. Twee respondenten vertellen hierbij dat het belangrijk is om te gaan focussen op processen van samenwerken, en niet zozeer op de uitkomsten van samenwerken.

Een derde belangrijke randvoorwaarde is ruimte voor experimenten. De helft van respondenten geeft aan dat dit belangrijk is. ‘Kleinschalig beginnen’, zeggen een aantal respondenten. Het is belangrijk om te gaan experimenten met verschillende varianten van populatiebekostiging. Zo geeft een expert aan dat het belangrijk is om op een paar plekken in Nederland goede experimenten op te zetten. *“In Nederland hebben we een cultuur om dingen in één keer op financieel terrein te willen veranderen.”* (respondent 3). De experimenten moeten ondersteund worden met robuuste meetinstrumenten, en vergeleken worden met een controlesetting. Deze experimenten kunnen antwoorden geven op vragen rondom populatiebekostiging, zoals ‘wat is het effect van populatiebekostiging?’. Daarbij bevestigen veel respondenten dat er geduld moet zijn, want deze experimenten moeten minstens een aantal jaar lopen om resultaten te zien. In het geval van populatiebekostiging gaat het om een investering op de lange termijn. Zo zegt een respondent: *“Als je dit doet, dit soort afspraken is voor minstens vijf jaar. En misschien moet je denken dat dat ook tien jaar wordt.”* (respondent 12). Een aantal zorgverzekeraar zijn al bezig met het aanvragen van een experimenteerstatus bij de overheid. Ten tijde van de interviews was de experimenteerstatus nog niet toegekend. Verwacht wordt dat het niet toegekend wordt.

Een vierde belangrijke randvoorwaarde is dat populatiebekostiging een groeimodel moet zijn dat over een lange termijn geleidelijk aan ingevoerd kan worden. Het is geen systeem wat van de een op de andere dag ingevoerd kan worden, maar het is een stapsgewijs proces. Daarbij geven verschillende respondenten aan het de focus in het begin vooral op de aansluiting tussen de eerste en de tweede lijn moet liggen. Als dat op de rit is kan er verder uitgebreid worden naar de nulde lijn.

Een vijfde belangrijke randvoorwaarden is nieuwe organisatievormen. Een aantal respondenten verwijst hierbij naar ‘netwerken’ en ‘nieuwe constellaties’. *“Je moet naar andere organisatievormen. Dat kunnen ook netwerken zijn. Het hoeft al dan niet traditioneel of fysiek of zo. We moeten dan ook denk ik eerste lijn en tweede lijn los gaan laten.”* (respondent 2). Dat netwerk wordt dan bijvoorbeeld verantwoordelijk voor de kostenontwikkeling. Een expert vertelt: *“Net zoals met sportscholen waar je lid van kunt zijn, heb je dan misschien een aantal eerstelijns organisaties waar je lid van kunt zijn.”* (respondent 5).

De laatste belangrijke randvoorwaarde in dit rijtje is dat er geen blauwdruk bestaat voor het invoeren van populatiebekostiging. Het lijkt logisch om het regionaal op te zetten, waar je de kosten kunt overzien en invloed kunt hebben op de uitkomsten. Per regio is er een andere aanpak nodig, want regio’s verschillen in termen van SES, problematiek, leeftijdsopbouw, stakeholders et cetera. Dit staat in verband met een lokale aanpak, want er moeten lokaal dingen gebeuren om op regionaal niveau bepaalde resultaten te behalen. *“Je moet dat lokaal constant weer inschatten, omdat de spelers voor een totaal andere dynamiek zorgen.”* (respondent 11). In een model van populatiebekostiging moet er dus ruimte zijn om lokaal tot oplossingen te komen, waarbij ingespeeld kan worden op de kansen en mogelijkheden van een bepaald gebied. In verband hiermee wordt er ook een aantal keer gezegd dat sommige regio’s aantrekkelijker zijn om populatiebekostiging in te voeren dan andere regio’s. Zo zegt een zorgverlener dat zorgverzekeraars er waarschijnlijk eerder in geïnteresseerd zijn om te investeren in gebieden waar de zorguitgaven hoger liggen dan de inkomsten, en niet waar de inkomsten lager liggen dan de uitgaven.

4.5.2 Randvoorwaarden voor specifieke stakeholders

Er zijn een aantal randvoorwaarden naar boven gekomen die specifiek betrekking hebben op bepaalde stakeholders. In dit geval gaat het om randvoorwaarden voor de patiënt, de zorgaanbieder, de zorgverzekeraar en de overheid.

Patiënt

Een belangrijke randvoorwaarde voor de patiënt is dat er meer ingespeeld moet worden op eigen kansen en verantwoordelijkheid in plaats van op beperking. In een populatiegebonden systeem staat een patiënt centraal, maar krijgt de patiënt vooral ook een actievere rol toebedeeld dan in het huidige stelsel. *“Als we gaan kijken naar de patiënt dan zie je dat de patiënt best nog wel klassiek geschoold is. Ik heb een klacht, ga naar een zorgverlener, en die lost het voor mij op. Terwijl als je kijkt naar populatiegebonden zorg dan heeft hij een hele andere rol. Dan is hij bij wijze van spreken casemanager van eigen gezondheid, en moet daar dus ook voor kunnen bewaken.”* (respondent 11). Een dergelijke tendens is op het moment al gaande. De patiënt wordt steeds wijzer door media en internet, en zorgverzekeraars en zorgverleners nemen de patiënt al steeds meer mee in een actievere rol. Maar de patiënt is er nog niet. De patiënt moet nog veel meer nagaan wat hij zelf kan doen om bepaalde problemen op te lossen. Daarbij gaat het niet alleen om het individu, maar ook om het netwerk wat zich om de patiënt heen bevindt. Er zal veel kritischer gekeken worden naar de patiënt. Zelfmanagement is een thema wat hieraan gerelateerd is. *“Je gaat veel meer naar de cliënt profielen en patiënt voorkeuren. En je gaat ook veel meer werken aan patiëntdoelen, aan de hand van een zorgplan.”* (respondent 1). Er worden allerlei voorbeelden genoemd, zoals dat de patiënt zijn eigen medisch dossier gaat beheren en dat de patiënt mede behandelaar wordt. Daarbij moet hij de verantwoordelijkheid voelen voor zijn eigen gezondheid, maar ook voor de kostenontwikkeling in de zorg. Om dit te realiseren is het van belang dat patiënten ook meer inzicht krijgen in die kosten en in beleid van de zorg.

De verschillende respondenten zijn het erover eens dat er een enorme verandering in de manier van denken van patiënten is, en dat het tijd gaat kosten om dit te realiseren. *“Dus die hele omslag in denken dat mensen zelf verantwoordelijk worden voor hun lijf en voor hun kwaliteit van leven en gezondheid dat is gewoon een cultuurprogramma wat twintig jaar gaat duren.”* (respondent 14) Dit vergt vooral ook een hele andere benadering van de zorgaanbieder, wat hieronder besproken wordt.

Zorgaanbieder

Tijdens de interviews zijn er veel randvoorwaarden naar boven gekomen die betrekking hebben op zorgaanbieders. Wat hier als conclusie uit komt is dat een belangrijke randvoorwaarde voor de zorgaanbieders is dat de attitude en het gedrag zal moeten veranderen. Er moet niet meer alleen gedacht worden in een medisch model, maar vooral meer vanuit integrale zorg. Daarnaast wordt er van zorgaanbieders verwacht dat ze meer gaan samenwerken, niet alleen met hun eigen beroepsgroepen maar vooral ook over de lijnen heen. Dit vergt een complete cultuurveranderingen aan de kant van de zorgaanbieders. Zo zegt een expert: *“Het gaat nu denk ik nog heel erg vanuit bestuurders die samenwerken. Professionals zitten vaak binnen dat systeem. ... Wil je zo'n verandering tot stand brengen, dan zou je dat met name op het niveau van professionals moeten doen.”* (respondent 4).

Zeven respondenten geven aan dat deze cultuurverandering ook doorgevoerd zal moeten worden in de opleiding en training van zorgprofessionals, want op het moment worden professionals nog altijd met een soort van 'kokervisie' geschoold. Maar alleen met scholing ben je er nog niet. Zo vertelt een zorgaanbieder dat in het belangrijkste deel van de opleiding, de praktijkopleiding, de studenten vaak in een praktijk terecht komen waar nog op de 'oude' manier gewerkt wordt. Dan kan die student nog zo goed zijn opgeleid om zorg integraal te benaderen, uiteindelijk worden dan toch de vaste standaard weer overgenomen.

Hieraan gerelateerd is een belangrijke randvoorwaarde dat de zorgprofessional zijn autonomie weer terug krijgt. Er wordt vooral een belangrijke rol toebedeeld aan de huisartsen. *“Waarbij de huisarts niet alleen behandelaar is, maar hij is ook steeds meer verantwoordelijk is voor waar die patiënt ook belandt.”* (respondent 12). De huisarts moet dus kritisch zijn op het doorsturen van patiënten naar de tweede lijn, en zelfs of mensen überhaupt in de zorg terecht moeten komen. Daarbij aansluitend vinden veel respondenten dat er vooral ook gericht moet worden op het versterken van geïntegreerde eerste lijn. Dit is terug te vinden in het beleid van alle geïnterviewde zorgverzekeraars.

De veranderingen die nodig zijn bij zorgprofessionals hangen ook sterk samen met de veranderingen die nodig zijn vanuit de patiënt. Beide partijen moeten een nieuwe manier van denken aannemen, maar om die nieuwe manier van denken bij patiënten te realiseren moet er wel gestuurd worden vanuit de zorgprofessional. De zorgprofessional moet dus niet alleen zijn eigen werkwijze aanpassen, maar ook zorgen dat de patiënt hierin mee gaat. *“Het begint met een andere houding van de dokter. Ik denk als wij er anders mee omgaan, een andere attitude gaan krijgen, dan gaat de patiënt vanzelf mee. Wij moeten het initiëren. Ik denk niet dat de patiënt het afdwingt bij ons.”* (respondent 10).

Zorgverzekeraar

Vijf respondenten, waaronder twee zorgverzekeraars, geven aan dat een randvoorwaarde van populatiebekostiging is dat zorgverzekeraars hun interne organisatie aanpassen. Dit heeft er vooral mee te maken dat bij een populatiegebonden systeem integratie belangrijk is. Zorgverzekeraars zijn op het moment erg monodisciplinair georganiseerd. Zo zijn er bijvoorbeeld aparte teams voor huisartsenzorg en

aparte teams voor de tweede lijn. De samenwerking tussen die verschillende teams is erg beperkt, soms weten de verschillende teams niet eens waar ze precies mee bezig zijn. Een zorgverzekeraar beaamt dit en zegt: *“We zitten allemaal bij elkaar, maar dat wil niet zeggen dat je echt ook totaal producenten of totaal contractering op die manier maakt.”* (respondent 11). Deze verandering is al langzaam ingezet door bijvoorbeeld integrale bekostiging en ketenzorg, maar daar is nog wel een slag te maken. Ook geeft een zorgverzekeraar aan dat het een uitdaging wordt om regionale inkoopteams te gaan organiseren, omdat er altijd strijd zal zijn met de landelijke inkoopteams. Binnen de zorgverzekeraars moet er dus als het ware een gedragsverandering plaatsvinden, ze moeten op een andere manier gaan inkopen en meer afstemmen tussen de teams.

Daarnaast merken een paar zorgverleners en een expert op dat ze vaak met wisselende contactpersonen van de zorgverzekeraars te maken hebben, waardoor het moeilijk is om een vertrouwensrelatie op te bouwen. Zo vertelt een respondent over de ‘carrière-ladder’ binnen de zorgverzekeraar. Vaak beginnen accountmanagers in teams voor de eerste lijn, en klimmen vervolgens op naar de tweede lijn. De eerste lijn gaat ook over een veel kleiner budget. Dat zorgt er wel voor dat accountmanager eerste lijn veel minder interessant is, en er veel wisseling van mensen is. Een andere zorgverlener bevestigt dit en vertelt: *“Als ik met die jongens om tafel zit dan denk ik jongens jullie weten helemaal niet hoe het zit. Je krijgt iedere keer de jongste.”* (respondent 7).

Vier respondenten vertellen over het belang van een samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraars. Zo wordt er een aantal keer verwezen naar a bestaande convenanten met zorgverzekeraars, waarin een samenwerking op het gebied van bepaalde thema’s, zoals gezondheidsbevordering, wordt afgesproken. Ook vertelt een gemeente dat de zorgverzekeraar rechtstreeks investeert in bepaalde wijkprojecten die verbonden zijn aan gezondheid. Naast zorgverzekeraars worden er allerlei partijen genoemd waarmee samenwerkingen opgezet moeten worden, verspreid over het domein van werk, wonen, welzijn en zorg.

Overheid

Tien respondent vinden dat het een belangrijke randvoorwaarde is dat er vanuit de overheid regelvrije ruimte komt om initiatieven op het gebied van populatiebekostiging te gaan uitproberen. De overheid hoeft daarin niet te sturend te zijn, maar vooral de randvoorwaarden bieden om het mogelijk te maken. *“Je moet het best wel overlaten aan het veld. Maar je moet het veld ondersteunen in waar het naar toe moet.”* (respondent 2). Enkele respondenten geven aan dat het op dit moment erg moeilijk is om initiatieven op te zetten, omdat ze simpelweg niet passen binnen de huidige wetgeving. Zo vertelt een verzekeraar dat er nog geen prestaties bestaan voor huisartsen die de tijd nemen om te voorkomen dat iemand in de tweede lijn terecht komt, en dat dus ook niet vergoed kan worden. Ook is het moeilijk om bijvoorbeeld met andere zorgverzekeraars gezamenlijk initiatieven op te pakken omdat ze dan een te groot marktaandeel vertegenwoordigen. Een zorgverzekeraar geeft aan dat ze willen gaan investeren in preventie, maar het moeilijk is omdat ze bijvoorbeeld geld wat bestemd is voor basiszorg niet voor doeleinden als preventie mogen gebruiken. Daarmee ontstaan allerlei problemen met toezichthouders, zegt hij. Weer een andere zorgverzekeraar vertelt dat het eigenlijk onmogelijk is om shared savings te herinvesteren. *“Volgens de Zvw zou het zelfs een economisch delict zijn.”* (respondent 14). Dus er wordt vooral gevraagd om de ruimte te krijgen om geld over de kolommen heen anders in te gaan zetten, wat ook weer linkt aan de huidige macrokaders. Een zorgverzekeraar zegt hierover: *“Dit soort activiteiten die leiden tot substitutie, dat je die apart boekt, voordat ze meegerekend worden in dat kader.”* (respondent 12). Een andere zorgverzekeraar geeft ook aan dat het logisch is dat door substitutie macrokaders overschreden gaan worden. *“De overheid moet stoppen met afrekenen per kolom.”* (respondent 14), vindt hij dan ook. Een ander voorbeeld is dat een van de geïnterviewde gemeentes graag aansluiting wil maken bij een welzijnsorganisatie, maar dat dit binnen de huidige kaders gewoon niet mogelijk is. *“Want ... moet op een bepaalde manier verantwoorden, en die verantwoordingsmethodiek sluit niet aan. Dan zouden we ze eigenlijk moeten vragen om tegen de regels in te werken.”* (respondent 15).

Daarnaast geven een aantal respondenten aan dat een belangrijke randvoorwaarde is dat er consistentie in beleid is. Op het moment wisselt de regering vaak, wat het moeilijk maakt om beleid op de langere termijn vast te leggen. *“Iedere nieuwe minister die komt die wil een ander accent leggen.”* (respondent 2), zegt een expert. Deze expert benadrukt dat het in het geval van populatiebekostiging echt gaat om een systeemverandering. Het ministerie moet een duidelijk visie hebben, en die visie ook duidelijk kunnen uitleggen. *“Ik licht het ministerie een belangrijke rol toe.”* (respondent 2). Hij geeft aan als dit niet lukt, dat iedereen verdoemd en vertwijfeld raakt. Een zorgaanbieder haakt hierop in en geeft aan dat er echt behoefte is aan een ‘masterplan’ vanuit VWS. Welke kant gaan we nu echt op?

Een aantal respondent benadrukken dat dit om de lange termijn gaat, en er dus zekerheden ingebouwd moet worden dat organisaties die meedoen wel kunnen overleven. De kosten zullen immers voor de baten uit gaan.

Ondanks dat het begrip populatiebekostiging nog zijn weg moet vinden in gemeenteland, vinden deze respondenten dat ze actief betrokken moeten worden in een dergelijk proces. Vooral nu door decentralisaties verschillende activiteiten vanuit de AWBZ naar de gemeente komen, komt een groot deel

van de zorg en ondersteuning op het bordje van de gemeente terecht. Over het algemeen staan de respondenten die vertegenwoordigers zijn van gemeenten en betrokken zijn bij initiatieven op het gebied van wijkgericht werken erg positief ten opzicht van populatiebekostiging. Ze zijn daarbij wel enigszins sceptisch over de rol die zij zelf in dit hele verhaal gaan spelen. Zo geven twee respondenten aan dat er soms te weinig rekening gehouden wordt met het de belangen van de welzijnskant.

4.5.3 Vraagstukken rondom keuzevrijheid en concurrentie

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat er twee grote vraagstukken zijn die gerelateerd zijn aan de randvoorwaarden van populatiebekostiging, dat is het vraagstuk rondom de keuzevrijheid van de patiënt en het vraagstuk rondom het concurrentiemodel van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Deze twee vraagstukken zijn direct aan elkaar gelinkt, omdat de mate van keuzevrijheid afhankelijk is van het concurrentiemodel.

Zeven respondenten geven aan dat een populatiegebonden systeem gevolgen heeft voor de keuzevrijheid van de patiënt. Volgens de respondenten is het namelijk mogelijk dat er minder keuzevrijheid is in een dergelijk systeem. Dit komt voort uit de gedachte dat er in een populatiegebonden systeem gezamenlijke afspraken tussen partijen erg belangrijk zijn. Hierbij wordt er vaak een verwijzing gemaakt naar het gesloten systeem van Kaiser Permanente, waarin zorg verlenen en zorg verzekeren in één hand ligt. De meningen over minder keuzevrijheid zijn verdeeld. Een gedeelte mening is in ieder geval dat keuzevrijheid in het huidige systeem heilig is, en dat het erg moeilijk zal zijn om hier iets aan te veranderen. Maar sommigen zien het niet per se als probleem als er minder keuzevrijheid zou. *“Heel veel klanten willen helemaal niet kiezen.”* (respondent 11), zegt een zorgverzekeraar. En een zorgverlener zegt: *“Als dat maakt dat het wel betaalbaar is, vind ik hem zelf niet zo extreem ingewikkeld.”* (respondent 6). Anderen geven juist aan dat keuzevrijheid een van de belangrijkste elementen van het Nederlands zorgstelsel is, en behouden moet worden. Ondanks dat de meningen verdeeld zijn, geven bijna al deze respondenten aan dat de keuzevrijheid in het huidige systeem wel erg groot is. *“Mensen kunnen gewoon eindeloos shoppen.”* (respondent 7). Daarnaast wordt er vooral kritisch gepraat over keuzevrijheid in de huisartsenzorg. Zo geeft een zorgverlener aan dat het gewoon raar is om huisartsenzorg in de marktwerking te doen, omdat de huisarts dan met zijn collega huisartsen gaat concurreren. Over het algemeen wordt er dan ook gepleit voor ‘tussenvarianten’ waar wel nog enige keuzevrijheid bestaat, maar niet zoveel als in het huidige systeem. *“Ik kan me voorstellen een systeem waarbij je een aantal plekken hebt van: daar is de zorg goed, daar werken we mee samen, daar weten we dat de kwaliteit goed is, dat zijn onder partners. Als je iets anders wilt dan kan dat wel, maar dan moet je een eigen bijdrage betalen.”* (respondent 9). Een andere respondent vertelt: *“... als je echt tot een combinatie van populatiebekostiging en keuzevrijheid wilt komen, dan zul je wetgeving moeten hebben die het mogelijk maakt om landelijk werkende organisaties in het leven te roepen waarin levering, verzekering en gebruik is ondergebracht. Met product en kwaliteit labels, waar mensen kunnen kiezen.”* (respondent 8). Een expert stelt voor om regionale netwerken op te zetten waarin zorgverleners verenigd zijn. Hij vergelijkt dit met een sportschool waar je lid van kunt zijn, in dit geval kan iemand dan bijvoorbeeld lid zijn van een netwerk van eerstelijnsorganisaties. Om enigszins keuzevrijheid te garanderen zouden er dan bijvoorbeeld twee netwerken in een regio moeten zijn, wat misschien wel lastig wordt in niet-stedelijke gebieden. Een zorgverlener stelt een soortgelijke opzet voor, waarbij mensen lid kunnen worden van een bepaalde organisatie. *“Dus niet mensen die het niet aanspreekt, die moeten dan ook gewoon geen lid worden. Maar als het mensen aanspreekt dan kun jij ook mensen aanspreken op hun keus. Bij Kaiser gaf dat een hele impuls om vol te houden, bijvoorbeeld op preventie en zelfmanagement.”* (respondent 8). Binnen die organisatie kunnen ze dan kiezen uit een aantal voorzieningen, maar niet uit alle voorzieningen in Nederland. Volgens deze respondenten kunnen deze organisaties gekoppeld worden aan bestaande netwerken waarin burgers verenigd zijn, zoals de ANWB om de omroepen. Hierdoor krijg je een soort nieuwe solidariteit, binnen populaties in plaats van tussen populaties.

Een zorgverzekeraar geeft toe dat een populatiegebonden systeem consequenties heeft voor de keuzevrijheid, en benadrukt dat het daarom van belang is om klantvertegenwoordiging te betrekken bij initiatieven zoals experimenten. Vooral het transparant zijn is daarbij belangrijk. *“Elke stap die we nemen die nemen willen we gewoon actief laten zien. Hoe we afspraken maken met elkaar. ... Dat zou juist de keuzevrijheid van de kant ten goede moeten komen.”* (respondent 14).

Geen enkele respondent pleit voor een compleet gesloten systeem, keuzevrijheid voor de patiënt moet er altijd zijn. Zo wordt er een aantal keer verteld dat de huidige marktwerking er wel voor heeft gezorgd dat er een prikkel tot goede zorg is ontstaan

Het achterliggende vraagstuk achter de keuzevrijheid van de patiënt is natuurlijk het vraagstuk rondom het concurrentiemodel voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Door verschillende respondenten wordt aangegeven dat een systeem van populatiebekostiging contractueel gezien erg complex kan zijn. Vooral in

gebieden waar de populatie verdeeld is over meerder zorgverzekeraars. Zo vertelt een verzekeraar over een experiment met populatiebekostiging waarin ze samenwerken met een andere verzekeraar die in hetzelfde gebied ook veel verzekerden heeft zitten. Hij vertelt dat mededinging een rol speelt, en dat er een kans is dat de Nederlandse mededingingsautoriteit (NMa) het initiatief uiteindelijk niet goed keurt. Nu de twee verzekeraars samenwerken aan dit initiatief hebben ze een te groot marktaandeel in dat gebied. Een andere respondent geeft aan dat als er lokaal afspraken gemaakt gaan worden over een bepaalde populatie, dat er altijd andere verzekeraars moeten gaan volgen. In sommige regio's heb je duidelijk een preferente zorgverzekeraar met een groot marktaandeel, maar er zijn altijd ook mensen verzekerd bij andere verzekeraars. De vraag is dus, hoe gaan die verzekeraars elkaar volgen? Een expert geeft hierbij aan dat het van de ene kant wel positief is dat er in Nederland maar vier grote zorgverzekeraars zijn. *“Stel dat we 20 zorgverzekeraars hadden die al veel meer met elkaar aan het concurreren waren, dan komt populatiegerichte bekostiging nooit van de grond.”* (respondent 5).

Het gevaar is dat er monopolisten ontstaan. *“Wij doen het nu eenmaal zo, want wij vinden dat dat goed voor jou is. Je hebt die polis afgesloten. Je had het ook niet kunnen doen, maar goed je hebt geen keus want wij zijn hier de enige aanbieder.”* (respondent 17). Dit alles kan leiden tot verschraving van zorg en minder keuzevrijheid.

Ten slotte vertelt een respondent wel dat er ook samenwerkingen tussen zorgverzekeraars kunnen ontstaan. Heeft een bepaalde zorgverzekeraar een groot marktaandeel, dan betekent dat niet dat je als cliënt van andere zorgverzekeraar helemaal buiten de boot valt. Hij heeft het hier vooral over de context van wijkgericht werken. *“... dat wat wij van aanbieders verwachten om op die functies samen te werken, dan willen wij ook met andere verzekeraars samenwerken.”* (respondent 18).

Samengevat, het antwoord op deelvraag 5 is dat volgens de verschillende stakeholders belangrijke randvoorwaarden zijn: een scherpe definitie van populatiebekostiging, samenwerking, ruimte voor experimenten, een groeimodel, nieuwe organisatievormen, en lokaal oplossingen vinden. Daarnaast worden er specifieke randvoorwaarden benoemd voor de patiënt, de zorgaanbieder, de zorgverzekeraar en de overheid. Deze hebben veelal te maken met een nieuwe kijk op gezondheid en ziekte, waarbij een cultuurverandering nodig is. Ten slotte zijn de vraagstukken rondom de keuzevrijheid van de patiënt en het concurrentiemodel belangrijk voor populatiebekostiging.

5. Conclusie & Discussie

In dit hoofdstuk worden eerst de belangrijkste conclusies van dit onderzoek gepresenteerd, aan de hand van het beantwoorden van de hoofdvraag. Deze conclusies worden daarna nader besproken en bediscussieerd. Daarop volgend worden de resultaten doorgenomen aan de hand van de theoretische concepten en modellen uit het theoretisch kader. Ten slotte wordt er gereflecteerd op de onderzoeksmethoden.

5.1 Antwoord op de hoofdvraag

Dit onderzoek is uitgevoerd om antwoord te geven op de volgende hoofdvraag:

Welke randvoorwaarden zijn er voor populatiebekostiging in het Nederlandse zorgstelsel?

Voor het beantwoorden van de hoofdvraag zijn er vijf deelvragen geformuleerd en beantwoord. De antwoorden op deze deelvragen worden hieronder kort herhaald per deelvraag. Daarna wordt de hoofdvraag beantwoord.

1. Op welke manier is het huidige Nederlandse zorgstelsel georganiseerd en gefinancierd?

Het huidige Nederlandse zorgstelsel is een complex systeem, waarbij de nulde, eerste, tweede en derde lijn naast elkaar bestaan. Deze lijnen hebben te maken met aparte verantwoordelijkheden en financieringssystemen. Populatiebekostiging is een veelbesproken onderwerp op het moment in kamerdocumenten en mediaberichten. De berichten zijn het er nog niet over eens hoe een dergelijk systeem ingevuld moet worden.

2. Wat is populatiebekostiging van gezondheidszorg?

Er bestaat nog geen duidelijke definitie van populatiebekostiging. Het gaat om het bekostigen aan de hand van populatiekenmerken, waarbij er in een optimale vorm uitgegaan wordt van een totaalbudget voor alle zorg en ondersteuning die een bepaalde populatie nodig heeft. Een gezonde populatie is daarbij het streven. Een regionale benadering is het meest voor de hand liggend. Populatiebekostiging wordt vaak geassocieerd met shared savings.

3. Waarom wordt er voor populatiebekostiging gepleit binnen het Nederlandse zorgstelsel?

Het huidige systeem is erg beschot georganiseerd, en er bestaan perverse prikkels die tot meer volume leiden. Daarbij zijn er geen prikkels die preventie en gezondheidsbevordering stimuleren, en ontbreekt er een omgeving waarin samenwerking gefaciliteerd wordt. Gezien de stijgende zorgkosten is langzamerhand het urgentiebesef ontstaan dat er echt iets moet veranderen om de zorg toekomstbestendig te maken.

4. Wat betekent populatiebekostiging voor de organisatie van zorg in Nederland volgens verschillende stakeholders?

Volgens de verschillende stakeholders ontstaan er in een systeem van populatiebekostiging nieuwe constellaties die vooral gebaseerd zijn op samenwerking. Dit kan ook in de vorm van netwerken zijn. In een dergelijk systeem kan één partij verantwoordelijk zijn, waarbij de zorgverzekeraar op het moment een logische keus is, maar kunnen ook samenwerkende partijen gezamenlijk verantwoordelijk zijn. De huidige structuur van indeling op lijnen zal enigszins losgelaten worden. In Nederland hebben zich al enkele initiatieven ontwikkeld die met populatiebekostiging bezig zijn.

5. Welke randvoorwaarden identificeren verschillende stakeholders voor populatiebekostiging in het Nederlandse zorgstelsel?

Volgens de verschillende stakeholders zijn belangrijke randvoorwaarden: een scherpe definitie van populatiebekostiging, samenwerking, ruimte voor experimenten, een groeimodel, nieuwe organisatievormen, en lokaal oplossingen vinden. Daarnaast worden er specifieke randvoorwaarden benoemd voor de patiënt, de zorgaanbieder, de zorgverzekeraar en de overheid. Deze hebben veelal te maken met een nieuwe kijk op gezondheid en ziekte, waarbij een cultuurverandering nodig is. Ten slotte zijn de vraagstukken rondom de keuzevrijheid van de patiënt en het concurrentiemodel belangrijk voor populatiebekostiging.

Hoofdvraag: Welke randvoorwaarden zijn er voor populatiebekostiging in het Nederlandse zorgstelsel?

Omdat er nog geen eenduidige definitie bestaat van populatiebekostiging in het Nederlandse zorgstelsel, is het moeilijk om concrete randvoorwaarden te identificeren. Al vroeg in het proces van dit onderzoek werd dan ook al duidelijk dat er nog een lange weg te gaan is naar een systeem van populatiebekostiging. Toch zijn er een aantal randvoorwaarden te identificeren, die vooral betrekking hebben op de weg die bewandeld moet worden om tot een systeem van populatiebekostiging te komen. Op het moment is de belangrijkste randvoorwaarde om een duidelijke definitie op te stellen van populatiebekostiging. Variabelen als ‘wat is een populatie?’ en ‘wie heeft de regie?’ moeten daarvoor ingevuld worden. Experimenten met populatiebekostiging zijn daarbij een middel om de definitie te verscherpen, om uit te zoeken wat er werkt, maar ook wat er niet werkt. Een andere belangrijke randvoorwaarde is dat in het Nederlands zorgsysteem de structuur van nulde, eerste, tweede en derde lijn losgelaten wordt. Op het moment gelden er voor elke lijn andere wetten en financieringssystemen. In een systeem van populatiebekostiging moeten deze meer op één lijn komen. In plaats van afrekenen per kolom, moet de aandacht liggen op het totaal van zorg en welzijn, oftewel integrale zorg. Dit neemt niet weg dat er onderscheid blijft bestaan tussen type zorg, zoals generalistisch en specialistische zorg. Door wetten en financieringsvormen meer op één lijn te brengen wordt samenwerking gefaciliteerd, zowel binnen disciplines als over de lijnen heen. Dit brengt ons bij een andere belangrijke randvoorwaarde, namelijk een andere houding en gedrag van zorgprofessionals. Zorgprofessionals moeten zich medeverantwoordelijk voelen voor de kostenontwikkeling, samenwerking opzoeken, en meer beroep gaan doen op de zelfredzaamheid van de patiënt en zijn omgeving. Ten slotte speelt de overheid een cruciale rol in de weg naar populatiebekostiging. Naast een heldere en duurzame visie moet de overheid de randvoorwaarden voor de weg naar populatiebekostiging creëren, zodat het mogelijk wordt om te gaan experimenteren met populatiebekostiging. Hierdoor kunnen er lokaal oplossingen gevonden worden, en ontstaan er nieuwe constellaties van samenwerken.

De randvoorwaarden die in dit onderzoek geformuleerd zijn, zijn niet alleen relevant in het kader van populatiebekostiging. Ook als er voor een andere manier van financieren gekozen wordt, zullen deze randvoorwaarden een rol spelen. Het gaat immers om het toekomstbestendig maken van de zorg, waarin het belangrijk is om kwaliteit van zorg te waarborgen en kosten in de hand te houden.

5.2 Nadere bespreking van de conclusies

Een belangrijke conclusie van dit onderzoek is dat er geen eenduidige definitie van populatiebekostiging in het Nederlands zorgstelsel bestaat, en het daardoor ook lastig is om concrete randvoorwaarden op te stellen. Een definitie waar mensen het over eens lijken te zijn is ‘bekostigen op populatiekenmerken’, maar verder dan deze beknopte definitie gaat het nog niet. Er bestaat nog geen duidelijk beeld van wat dat ‘bekostigen op populatiekenmerken’ dan precies inhoudt, en hoe het er uit moet zien in de praktijk. Een vraag die hierdoor naar boven komt is: “Is het wel mogelijk om populatiebekostiging eenduidig te formuleren?”. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat het antwoord op deze vraag waarschijnlijk “nee” is. Populatiebekostiging is namelijk geen concept wat je in één of enkele zinnen uit kunt drukken. Populatiebekostiging is een systeem, een manier van financieren die samenhangt met een bepaalde organisatie van zorg. Hoe dit systeem er precies uit ziet ligt er maar net aan hoe variabelen als ‘wat is een populatie?’ en ‘wie heeft de regie?’ ingevuld worden. Ondanks dat populatiebekostiging nog niet eenduidig geformuleerd is, lijkt de aandacht voor populatiebekostiging een logisch vervolg op tendensen zoals zorg en ondersteuning in de buurt, gezondheid en gedrag in plaats van ziekte en zorg, substitutie, welzijn nieuwe stijl en geïntegreerde zorg. Om vorm te geven aan deze tendensen is er een aanpassing in de bekostiging van zorg nodig. Populatiebekostiging zou mogelijk een antwoord kunnen zijn.

Een andere belangrijke conclusie is dat populatiebekostiging onlosmakelijk verbonden lijkt te zijn met shared savings. Alhoewel het twee compleet verschillende concepten zijn, worden ze zowel in documenten als in de interviews vrijwel direct gekoppeld aan elkaar. Shared savings vertelt iets over hoe beloningen uitgekeerd worden aan bijvoorbeeld zorgverzekeraars of zorgverleners. Populatiebekostiging kan elementen van shared savings bevatten, maar het hoeft zeker niet. Waarschijnlijk heeft de publieke discussie rondom populatiebekostiging, waarin ook veel verwezen wordt naar shared savings, hieraan bijgedragen. Er kan dus geconcludeerd worden dat als er gerefereerd wordt naar populatiebekostiging in het Nederlands zorgstelsel, er impliciet ook verwezen wordt naar shared savings. Deze waarneming benadrukt hoe belangrijk het is om een duidelijke definitie van populatiebekostiging op te stellen. Een eenduidige definitie zorgt ervoor dat populatiebekostiging en shared savings als twee verschillende begrippen benaderd worden.

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat in een populatiegebonden systeem meer mogelijkheden zijn voor preventie en gezondheidsbevordering dan in het huidige systeem. Hiermee in verband staande wordt er in een populatiegebonden systeem uitgegaan van de zelfredzaamheid van de burger en zijn sociale netwerk. Thema's als zelfmanagement, individuele zorgplannen, wijkgericht werken en mantelzorg zijn thema's die enorm belangrijk zijn in een systeem van populatiebekostiging. Dit geeft aan dat het in een populatiegebonden systeem niet eens zozeer om zorg gaat, maar vooral om het welzijn van de burger. De aandacht verschuift hiermee voor een deel van de formele zorg naar de informele zorg. De decentralisaties die op het moment gaande zijn in de Wmo, lijken hierbij een stap in de goede richting. Maar er zijn ook nieuwe vormen van zorg en hulp in de samenleving mogelijk. Zo spreekt bijzonder hoogleraar Organisatie en beleid van zorg Henk Nies in zijn inaugurele rede over 'halfdelijnszorg', wat tussen professionele en informele zorg in zit (Nies, z.j.). Hierbij gaan burgers die geen zorgachtergrond hebben bepaalde vormen van zorg zelf organiseren en contracteren. Een belangrijk uitgangspunt van halfdelijnszorg is dan ook dat niet alle zorg verleend wordt door professionele zorgverleners.

Een dilemma wat verbonden is aan populatiebekostiging is wat eerst aangepast moet worden: de financiering of de organisatie van zorg? Oftewel, past de organisatie van zorg zich vanzelf aan als de financiering aangepast wordt? Of andersom, volgt de financiering vanzelf als de organisatie verandert? Uit de resultaten van dit onderzoek is af te leiden dat het waarschijnlijk een beetje van beiden is. De huidige financiering past niet bij de nieuwe tendensen in de zorg, en staat deze soms zelfs in de weg. Aan de andere kant blijkt dat de organisatie van zorg er nog niet klaar voor is om een vorm van populatiebekostiging en shared savings toe te passen. Voor beide invalshoeken is wat te zeggen. Tijdens het uitvoeren van dit onderzoek is ervaren dat de invloed van bekostiging op de praktijk van zorg echter niet onderschat mag worden. Iedereen heeft goede bedoelingen en wil het beste voor de patiënt. Maar uiteindelijk is het ook een kwestie van overleven voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De financiële prikkel ofwel de kracht van bekostiging is groot.

Opvallend is dat er verschillen bestaan tussen de verschillende stakeholder-types in de benadering van populatiebekostiging. Zorgverzekeraars zijn het meest op de hoogte van het onderwerp, en hebben soms al uitwerkte plannen voor pilots met populatiebekostiging. Zij zien zichzelf dan ook graag in de regisseursrol in een dergelijk systeem. Ze zoeken daarin wel aansluiting bij partijen in het veld, en staan open voor partijen die de coördinatie overnemen. Zorgverleners, gemeenten en patiëntvertegenwoorders hebben een meer afwachtende houding ten opzichte van populatiebekostiging, en vragen zich vaak af of een dergelijk systeem wel mogelijk is in Nederland. Verder is opvallend is dat zowel partijen in de zorg als partijen op het gebied van welzijn bezig zijn met populatiebekostiging, maar dat die twee werelden nog maar moeizaam aansluiting vinden tot elkaar. De zorgverzekeraars focussen zich eerst op het stukje eerste en tweede lijn van de Zvw, waarna op de langere termijn via een groeimodel aansluiting gezocht wordt met de AWBZ en Wmo/Wpg. Gemeenten beginnen vanuit wijkgericht werken en wijkbudgetten en willen daarmee steeds meer aansluiten bij AWBZ, en op den duur ook bij de Zvw. De aansluiting zorgverzekeraar en gemeente vindt in sommige gevallen al plaats doormiddel van convenanten op bepaalde thema's zoals gezondheidsbevordering. Maar op het gebied van populatiebekostiging is er nog geen verbinding gelegd. Zowel zorgverzekeraars als welzijn gaan uit van een groeimodel, maar beiden hebben ze een ander startpunt. Gemeentes zitten daarin in een soort omgekeerd groeimodel ten opzichte van de verzekeraars. Het is te hopen dat ze daarmee steeds meer naar elkaar toe groeien. Omdat ze beide uitgaan van gelijke principes zoals integrale zorg, en zorg dichtbij huis, is het wel te verwachten dat de aansluiting uiteindelijk gaat lukken.

Ten slotte laten de resultaten van dit onderzoek zien dat populatiebekostiging een veelbesproken onderwerp is, maar dat het vooral nog volop in ontwikkeling is. Het is een ambitieuze 'stip op de horizon', en is onderdeel van een groot maatschappelijk debat rondom bekostiging van zorg. De geïnterviewde respondenten staan relatief positief ten opzichte van een systeem van populatiebekostiging. Opvallend is daarbij dat vooral de gedachtegang achter populatiebekostiging veel draagvlak lijkt te hebben, zoals aandacht voor gezondheid in plaats van ziekte en meer samenwerking tussen disciplines en over de lijnen heen. Er bestaat echter nog een kritische houding ten opzichte van de praktische uitvoering van een dergelijk systeem. Het lijkt daarom alsof de concepten populatiebekostiging en shared savings vooral bijdragen aan het 'out of the box' denken rondom bekostiging van zorg, en de verschillende stakeholders op scherp zet. Toch moet nog blijken hoe dit er in de praktijk uit gaat zijn, en het is niet voor niets dat er nog veel vragen rondom populatiebekostiging onbeantwoord zijn. Dit zijn vragen als, wat heeft dit voor effect op het concurrentiemodel en de keuzevrijheid van de patiënt? Hoe gaan we het gedrag van de patiënt, de zorgprofessional en de zorgverzekeraar veranderen? Er is een lange weg te gaan, waarbij visie en ondersteuning van de overheid van essentieel belang zijn.

5.3 Een model van populatiebekostiging

In het theoretisch kader (hoofdstuk 2) zijn een aantal theoretische concepten en modellen beschreven die mogelijk relevant zijn in het kader van populatiebekostiging. In dit onderzoek is het theoretisch kader gebruikt als input voor de onderzoeksmethoden. In deze paragraaf wordt er gereflecteerd op het theoretisch kader aan de hand van de resultaten van dit onderzoek.

5.3.1 *Chronic Care Model*

Het CCM identificeert elementen die nodig zijn om de zorg voor chronisch zieken te verbeteren (Bodenheimer, Wagner, & Grumbach, 2002). Om preventie en gezondheidsbevordering meer te integreren in het model is er ook een 'Expanded' CCM ontwikkeld (Barr et al., 2003).

Ondanks dat het CCM en populatiebekostiging beiden uitgaan van geïntegreerde zorg, valt het op dat het CCM en populatiebekostiging een ander uitgangspunt hebben. In het CCM is het uitgangspunt de zorg voor de patiënt, terwijl er in het geval van populatiebekostiging uitgegaan wordt van een systeem van financieren en organiseren. In het originele CCM is het financieringssysteem onderdeel van het zorgsysteem. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat populatiebekostiging verder gaat dan alleen zorg. Populatiebekostiging in zijn optimale vorm zal dan ook over de systemen van de Zvw, AWBZ en Wmo/Wpg heen gaan. Dit is wel terug te leiden naar het Expanded CCM, waar de grens tussen het gezondheidszorgsysteem en de maatschappij open is.

In de resultaten van dit onderzoek zijn elementen te vinden van het CCM. In een populatiegebonden systeem gaat het om een geïnformeerde, geactiveerde patiënt die samenwerkt met een voorbereid en proactief team van hulpverleners. Ook het element 'zorgproces' is meerdere malen naar boven gekomen in dit onderzoek. Er moet samengewerkt worden, met een duidelijk taakverdeling. Dit is ook terug te leiden naar de beweging van substitutie. Er moeten geen taken dubbel uitgevoerd worden, maar de taak moet uitgevoerd worden door degene wie hier het meest geschikt voor is. Daarnaast is goede ICT een belangrijke randvoorwaarde van een populatiegebonden systeem. Dit is terug te vinden in het CCM. Het CCM verwijst daarbij zelfs naar analyse van populatiegegevens, wat perfect past binnen populatiebekostiging. Interessant is dat bij het originele CCM gesproken wordt van 'verbeterde uitkomsten', terwijl dit binnen het Expanded CCM verder gespecificeerd is naar 'verbeterde uitkomsten op populatieniveau'. Binnen een populatiegebonden systeem is de eenheid populatie erg belangrijk.

5.3.2 *HALL framework*

In het HALL framework zijn factoren geformuleerd die invloed hebben op het succes van allianties (Koelen et al., 2012). De factoren kunnen de samenwerking in allianties zowel faciliteren als hinderen, afhankelijk van de invulling van de factoren. De verschillende factoren zijn onderverdeeld in drie categorieën: institutionele factoren, (inter)persoonlijke factoren en organisatiefactoren. Hoe zijn deze factoren te vertalen naar de resultaten van dit onderzoek?

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat de huidige institutionele factoren ervoor zorgen dat samenwerking gehinderd wordt. Per lijn gelden er andere wetten en financieringssystemen. De lijnen hebben dus te maken met verschillende institutionele factoren, die moeilijk op elkaar aansluiten. Het feit dat er binnen populatiebekostiging gekeken wordt naar het geheel van alle lijnen, en de huidige structuur enigszins losgelaten moet worden, maakt dat de institutionele factoren meer op een lijn komen te liggen. Hierdoor zou samenwerken makkelijker moeten zijn. De organisatiefactoren die geïdentificeerd zijn in het HALL framework komen bijna allemaal terug in de resultaten van dit onderzoek, als voorwaarden voor samenwerken in de context van populatiebekostiging. Zo laten de resultaten bijvoorbeeld zien dat een gezamenlijke visie erg belangrijk is, dat er een duidelijke rolverdeling moet zijn, en dat goed management belangrijk is. Ook persoonlijke factoren in allianties zijn terug te vinden in de resultaten van dit onderzoek. Daarbij ligt vooral de nadruk op de factoren attitudes en overtuigingen, en op persoonlijke relaties. Op het gebied van attitudes en overtuigingen is er een sterke link met zorgprofessionals. Zorgprofessionals krijgen in een systeem van populatiebekostiging een belangrijke rol, en vooral aan hun adres wordt een enorme cultuurverandering verwacht waarin samenwerken een grote rol gaat spelen. Zorgprofessionals zijn niet gewend om samen te werken. Ook bestaan er vooroordelen over elkaar, bijvoorbeeld vanuit de eerste lijn over zorgprofessionals in de tweede lijn. Daarnaast is in de resultaten een aantal keer naar voren gekomen dat het succes van samenwerkingen af hangt van de personen die bij die samenwerking betrokken zijn. Hierbij werd verwezen naar het belang van vertrouwen, maar ook of het klikt tussen de betrokken personen. Dit laat zien dat in samenwerkingen van populatiebekostiging niet onderschat mag worden hoe belangrijk het is om te investeren in persoonlijke banden.

5.3.3 Salutogenese

De achterliggende vraag achter salutogenese is: waarom blijven mensen gezond ondanks stressvolle situaties (Lindström & Eriksson, 2005)? Het is een zienswijze, een bepaalde benadering van gezondheid. Kijkend naar de resultaten van dit onderzoek zijn er elementen te vinden die passen bij de benadering van salutogenese. Zo wordt er in een populatiegebonden systeem uitgegaan van een public health gedachte, waarbij een gezamenlijke verantwoordelijkheid genomen wordt voor de gezondheid van een bepaalde populatie. Het ultieme doel is gezondheidswinst, waarbij de focus verschuift van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag. Kijken waarom mensen gezond blijven ondanks stressvolle situaties kan dus een waardevolle benadering zijn in een systeem van populatiebepooring. Hierbij spelen vragen als, hoe houden we een bepaalde populatie gezond? En, op welke factoren moeten we inspelen zodat de kwaliteit van leven van deze populatie verbetert? Een doel van populatiebepooring is daarbij om kosten te beheersen. De benadering van salutogenese vindt in de context van populatiebepooring dan ook vooral aansluiting bij een aanname dat kosten zullen dalen als de gezondheid van de populatie toe neemt. Veel verder dan een aansluiting bij de achterliggende gedachte van salutogenese gaat het echter niet. Salutogenese is daarom vooral belangrijk voor de visievorming achter populatiebepooring. Door te kijken door de 'bril' van salutogenese komt de gezondheid van de burger centraal te staan. Een voordeel van het benaderen van populatiebepooring vanuit de salutogenese is dat de focus echt komt te liggen op kwaliteit van leven en niet zozeer op kostenbeheersing.

Samenvattend, een aantal elementen uit het theoretisch kader zijn terug te vinden in de resultaten van dit onderzoek. De resultaten zijn op sommige punten te vertalen naar het CCM, maar het CCM en populatiebepooring gaan daarbij wel uit van een ander uitgangspunt. Het HALL framework is interessant voor populatiebepooring op het niveau van samenwerking. Het kan dus van waarde zijn om de principes van het HALL framework toe te passen tijdens het opzetten van samenwerkingen rondom populatiebepooring. Salutogenese is daarentegen minder sterk te koppelen aan de resultaten van dit onderzoek, alleen op het niveau van aandacht voor gezondheid in plaats van ziekte. Het is wel te verwachten dat de zienswijze van salutogenese een middel kan zijn om tot een populatiegebonden systeem gekomen. Dus wat zorgt ervoor dat iemand gezond blijft? En hoe kunnen we dat vertalen op populatieniveau?

5.4 Discussie onderzoeksmethoden

In deze paragraaf worden er een aantal kanttekeningen geplaatst bij de onderzoeksmethoden van dit onderzoek.

Ten eerste is het een exploratief kwalitatief onderzoek, en kunnen er dus geen uitspraken gedaan worden over de kwantificering van de verschillende meningen die naar boven zijn gekomen. Gezien het feit dat populatiebepooring een relatief nieuw onderwerp is waar nog weinig onderzoek naar uitgevoerd is in de Nederlandse context, was het een logische keuze om voor kwalitatief onderzoek te kiezen. Het doel was om een breed scala aan meningen te verzamelen over het onderwerp populatiebepooring.

Een beperking van dit onderzoek is dat het opgezet is vanuit het standpunt van geïntegreerde eerstelijns zorg. Er zijn dan ook alleen zorgverleners vanuit de eerste lijn betrokken bij de interviews. Tijdens het onderzoek werd duidelijk dat ook de tweede lijn een erg belangrijke stakeholder is in de context van populatiebepooring. Het is van belang om te realiseren dat de tweede lijn in dit onderzoek geen kans heeft gehad om te reageren. In vervolgonderzoek is het belangrijk om de tweede lijn te betrekken. Dit geldt ook voor de nulde lijn, die in dit onderzoek ook maar beperkt vertegenwoordigd is.

Een andere beperking is dat sommige type respondenten beter vertegenwoordigd zijn dan anderen. De grootste groepen zijn experts, zorgaanbieders en zorgverzekeraars, met respectievelijk vier, vijf en vier respondenten. De groepen overheid, patiëntvertegenwoordiging en gemeenten zijn minder sterk vertegenwoordigd. Zowel de groep overheid als de groep patiëntvertegenwoordiging bestaan maar uit één respondent. Twee vertegenwoordigers van gemeenten zijn geïnterviewd. Daarnaast zijn er nog wel een aantal mensen geïnterviewd die zich bezighouden met wijkgericht werken, en zich ook op gemeenteniveau begeven.

In de analyse van dit onderzoek is er rekening gehouden met het type respondent. Er is dan ook gekeken of er bij bepaalde onderwerpen een duidelijk verschil was in mening van de verschillende type respondenten. Omdat de respondent-types niet gelijkwaardig vertegenwoordigd zijn moeten verschillen tussen respondent-types met voorzichtigheid bekeken worden.

In de interviews met stakeholders zijn scenario's gebruikt als input van de vragen. Bij de ene stakeholder is er meer gebruik gemaakt van de scenario's dan bij de andere. Dit hing vooral af van of de respondent al een duidelijk beeld had bij populatiebekostiging in het Nederlandse zorgstelsel of niet. Bij respondenten die al een duidelijk beeld van, of visie op, populatiebekostiging hadden zijn de scenario's minder gebruikt. De scenario's zijn vooral gebruikt bij zorgverleners(organisaties) en patiëntvertegenwoordiging. Verzekeraars hadden vaak al een duidelijke visie of plan op het gebied van populatiebekostiging. Bij vertegenwoordigers van gemeenten en respondenten op het gebied van wijkgericht werken zijn de scenario's ook maar beperkt aan bod gekomen. Reden hiervoor was dat de geselecteerde buitenlandse scenario's erg zorggericht waren. Omdat gemeenten en partijen op het gebied van wijkgericht werken zich niet zozeer in het speelveld van de zorg bevinden, was het lastig om de scenario's te vertalen naar de belevingswereld van deze respondenten.

In dit onderzoek kan er sprake zijn van selectiebias. Een groot deel van de respondenten is geselecteerd omdat ze op de een of andere manier kennis hadden van populatiebekostiging of betrokken waren bij gerelateerde onderwerpen. Het kan zo zijn dat de respondenten een positievere of juist negatievere houding hebben ten opzichte van populatiebekostiging in vergelijking met niet-geselecteerde personen, en dat ze daarom toe hebben gezegd om mee te doen aan een interview. Daarnaast moet er bij diepte-interviews altijd rekening gehouden worden met interviewer bias, wat inhoudt dat de respondent mogelijk beïnvloed is door de interviewer door bijvoorbeeld een bepaalde manier van vragen stellen. Doormiddel van het opstellen van een interviewleidraad is dit zoveel mogelijk beperkt.

Een laatste beperking is dat, met uitzondering van één interview, alle interviews zijn afgenomen en geanalyseerd door dezelfde persoon. Aan de ene kant was dit een voordeel, omdat hierdoor gewaarborgd werd dat de interviews op dezelfde manier afgenomen zijn. Daarnaast heeft deze persoon een goed overzicht kunnen houden op alle resultaten. Aan de andere kant was het een nadeel. Het betrekken van meerdere personen bij het afnemen en analyseren van de interviews had misschien tot andere inzichten geleid. Het gebruik van ATLAS.ti tijdens het analyseren van de transcripties heeft de kwaliteit en objectiviteit van de data-analyse vergroot. Als de data van dit onderzoek wordt gebruikt in vervolgonderzoek, dan is het aan te raden om de data-analyse met meerdere personen nog eens te herhalen.

6. Aanbevelingen

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Vilans. In dit hoofdstuk worden op basis van de onderzoeksresultaten een aantal aanbevelingen gedaan aan Vilans. Dit hoofdstuk eindigt met een aantal suggesties voor vervolgonderzoek.

6.1 Aanbevelingen aan Vilans

Populatiebekostiging is nog niet duidelijk geformuleerd, en er zijn eerst experimenten nodig om belangrijke variabelen in te vullen en het effect van een populatiebekostiging in kaart te brengen. Als er een vorm van populatiebekostiging geïmplementeerd zal worden, zal het waarschijnlijk nog een heel aantal jaren duren voordat het zo ver is. Daarbij moet ook in het achterhoofd gehouden worden dat het begrip populatiebekostiging een soort van hype is op het moment, terwijl ons huidige systeem al elementen van populatiebekostiging bevat. Dit laat niet weg dat het een onderwerp is wat op het moment speelt bij verschillende stakeholders. Het is voor Vilans dan ook belangrijk om op de hoogte te blijven van de ontwikkelingen rondom populatiebekostiging. Daarbij is het wel van belang om een kritische houding aan te nemen ten opzichte van informatie die over populatiebekostiging naar buiten komt. Er wordt veel geroepen en geschreven over het onderwerp, maar niet alles is gebaseerd op goed onderzoek. De verwachting is wel dat de komende maanden steeds meer relevante informatie gepubliceerd wordt. Zo zijn bijvoorbeeld veel zorgverzekeraars bezig met een onderzoek. De vraag is natuurlijk wel of de resultaten van onderzoek van zorgverzekeraars naar buiten gebracht worden. Ook vanuit de GGD'en wordt er op het moment onderzoek gedaan naar populatiegerichte zorg in vier grote gemeentes.

Ondanks dat er aanbevolen wordt om een gematigde houding te hebben ten opzichte van populatiebekostiging, zijn er zeker kansen voor Vilans op in te spelen op dit thema. Populatiebekostiging gaat dan ook niet alleen over een nieuwe manier van financieren, maar is een concept dat past binnen ontwikkelingen in de zorg zoals wijkgericht werken, preventie, integrale zorg en zelfmanagement. Het financiële model wat er aan verbonden is is erg complex. Voor Vilans is het daarom aan te raden niet te focussen op populatiebekostiging, maar op populatiegericht werken. Daarin is het belangrijk om aansluiting te zoeken bij de grote zorgverzekeraars, die allemaal plannen hebben voor experimenten of al gestart zijn met experimenten. De experimenten zijn uitgezet voor meerdere jaren, en er komen misschien wel projecten waar Vilans mogelijk iets in kan betekenen. Zo is attitude en gedrag verandering bij professionals is een erg belangrijke randvoorwaarde van populatiebekostiging. Vilans als kenniscentrum in de zorg met zorgprofessionals als belangrijkste doelgroep, lijkt daarbij een ideale partner om aan de slag te gaan met populatiegebonden initiatieven.

6.2 Suggesties voor vervolgonderzoek

Naast aanbevelingen aan Vilans zijn er ook een aantal aanbevelingen geformuleerd voor vervolgonderzoek. Ten eerste, de resultaten van dit onderzoek laten zien dat het belangrijk is om een duidelijke definitie van populatiebekostiging op te stellen, en dat er behoefte is aan experimenten met populatiebekostiging. Dit biedt mogelijkheden voor onderzoek. Er is namelijk goed opgezet onderzoek nodig om conclusies te kunnen trekken uit de experimenten. Zo kan onderzoek betrokken worden bij de opzet en evaluatie van deze experimenten. Een tweede aanbeveling voor vervolgonderzoek is om een literatuurstudie te doen naar buitenlandse voorbeelden op het gebied van populatiebekostiging. In dit onderzoek zijn buitenlandse voorbeelden maar kort aan bod gekomen, en hebben vooral gediend als input voor de interviews. Het is belangrijk om een overzicht te krijgen van populatiegebonden systemen in het buitenland, de verschillende elementen die ingevuld kunnen worden, de succesfactoren, en lessen die eruit getrokken kunnen worden. Een uitgebreide literatuurreview naar buitenlandse voorbeelden is daarom een stap in de richting om populatiebekostiging meer handen en voeten te geven in Nederland, en om de definitie te verscherpen. Ieder land heeft een uniek zorgsysteem, maar dit laat niet weg dat er niet van elkaar geleerd kan worden. Ten slotte, omdat populatiebekostiging een onderwerp is wat nog volop in ontwikkeling is, is het aan te raden te blijven focussen op kwalitatief onderzoek. Het is waardevol om daarbij managers en professionals uit de tweede lijn erbij te betrekken, omdat die in dit onderzoek nog onderbelicht zijn. Dit geldt ook voor de nulde lijn.

Literatuurlijst

- Baan, C.A., & Struijs, J.N. (2010). Wat is disease management? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. Geraadpleegd op 24 augustus 2012, via <http://www.nationaalkompas.nl/zorg/sectoroverstijgend/ketenzorg/wat-is-ketenzorg>.
- Barr, V. J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., & Salivaras, S. (2003). The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*, 7(1): 73-82.
- Berenschot, L., & van der Geest, L. (2012). Integrale zorg in de buurt. Utrecht: NYFER.
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness. *JAMA*, 288(14): 1775-1779.
- Coleman, K., Austin, B. T., Brach, C., & Wagner, E. H. (2009). Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium. *Health Affairs*, 28(1): 75-85.
- Drewes, H. W., Boom, J. H., Graafmans, W. C., Struijs, J. N., & Baan, C. A. (2008). Effectiviteit van disease management. Een overzicht van de (internationale) literatuur. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*, 23(2): 190-199.
- Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging (EIB) (2012). Eindrapport van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging. Integrale bekostiging van zorg: Werk in uitvoering. Den Haag: ZonMw.
- Hildebrandt, H., Hermann, C., Knittel, R., Richter-Reichhelm, M., Siegel, A., & Witzenrath, W. (2010). Gesundes Kinzigtal Integrated Care: improving population health by a shared health gain approach and a shared savings contract. *International Journal of Integrated Care*, 10: 1-10.
- Hildebrandt, H., Kardel, U., Wetzel, M., Buntru, K., & Bächlein, B. (2011). Elektronische Vernetzung und zentrale praxisübergreifende Patientenakte als strukturelle Gestaltungsmittel der regionalen interdisziplinären Gesundheitsversorgung im Gesunden Kinzigtal. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105(9): 677-683.
- Huijben, M.E.M. (2011). Het Chronic Care Model in Nederland. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Jan van Es Instituut (2012). Op weg naar populatiegerichte zorg. White paper, februari 2012. Almere: Jan van Es Instituut.
- Kiesbeter.nl (z.j.). Wat is een gezondheidscentrum? Geraadpleegd op 23 augustus 2012, via <http://www.kiesbeter.nl/zorg-en-kwaliteit/zorgverleners/gezondheidscentrum/wat-is-een-gezondheidscentrum>.
- Koelen, M.A., Vaandrager, L., & Wagemakers, A. (2012). The healthy alliances (HALL) framework: prerequisites for success. *Family Practice*, 29: i132-i138.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59: 440-442.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2010). The Hitchhiker's Guide to Salutogenesis. Salutogenic pathways to health promotion. Helsinki: Folkhälsan Research Centre/IUHPE.
- Lischko, A.M. (2011). Physician payment reform: a review and update of the models. Waltham: Massachusetts Medical Society.

- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (2012). Bekostiging huisartsenzorg en geïntegreerde zorg. Verkenning van vier opties. Utrecht: *Nederlandse Zorgautoriteit*.
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (z.j.). Veelgestelde vragen DBC/DOT. Geraadpleegd op 24 augustus 2012, via <http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/ziekenhuiszorg/veelgestelde-vragen/veelgestelde-vragen-dbc-dot>.
- Nies, H. (z.j.). De oplossing voor de houdbaarheid van de zorg ligt buiten de zorg [persbericht]. Geraadpleegd op 23 augustus 2012, via [http://www.vereniginghetzonnehuis.nl/cms/include/uploads/Downloads/Download/Henk%20Nies%20persbericht%20oratie\[2\].pdf](http://www.vereniginghetzonnehuis.nl/cms/include/uploads/Downloads/Download/Henk%20Nies%20persbericht%20oratie[2].pdf).
- Porter, M., Kellogg, M. (2008). Kaiser Permanente: An Integrated Health Care Experience. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*, 1(1): 1-8.
- Post, N., & Gijsen, R. (2011). Wat is gezondheidszorg? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Geraadpleegd op 22 augustus 2012, via <http://www.nationaalkompas.nl/zorg/wat-is-gezondheidszorg>.
- Public Health Agency of Canada. (z.j.). An Integrated Model of Population Health and Health Promotion. Geraadpleegd op 1 mei 2012, via <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/php-psp/index-eng.php>.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) (2010). Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening. Den Haag: *Raad voor de Volksgezondheid en Zorg*.
- Rijksoverheid (z.j. a). Integrale bekostiging chronische zorg. Geraadpleegd op 1 mei 2012, via <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-voor-chronisch-zieken/integrale-bekostiging-chronische-zorg>.
- Rijksoverheid (z.j. b). Elektronisch patiëntendossier (EPD). Geraadpleegd op 23 augustus 2012, via <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/elektronisch-patientendossier>.
- Rijksoverheid (z.j. c). Zorgverzekering. Geraadpleegd op 23 augustus 2012, via <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering>.
- Rijksoverheid (z.j. d). Financiële compensatie voor zorgverzekeraars. Geraadpleegd op 23 augustus 2012, via <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/financiele-compensatie-voor-zorgverzekeraars>.
- Rijksoverheid (z.j. e). Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Geraadpleegd op 23 augustus 2012, via <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/algemene-wet-bijzondere-ziektekosten-awbz>.
- Rijksoverheid (z.j. f). Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Geraadpleegd op 23 augustus 2012, via <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/wet-maatschappelijke-ondersteuning-wmo>.
- Rijksoverheid (z.j. g). Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Geraadpleegd op 23 augustus 2012, via <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/wet-marktordening-gezondheidszorg-wmg>.
- Schippers, E.I., & Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, M.L.L.E. (2011a, 14 oktober 2011). Kamerbrief zorg en ondersteuning in de buurt. Den Haag: *Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*.
- Schippers, E.I., & Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, M.L.L.E. (2011b, 28 november 2011). Verzoek uitvoeringstoets bekostiging huisartsenzorg en integrale zorg. Den Haag: *Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*.
- Skipr redactie (2012, 17 juli). PvdA wil terug naar regiobudgettering. Geraadpleegd op 1 oktober 2012, via <http://www.skipr.nl/actueel/id11610-pvda-wil-terug-naar-regiobudgettering.html>.
- Van den Berg, M., & Schoemaker, C.G. (2010). Effecten van preventie. Deelrapport van de VTV 2010: Via gezond naar beter. Bilthoven: *Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu*.

Verenigde Zorggroep NL (z.j.). Nationale wijkscan 1^e lijn. Geraadpleegd op 23 augustus 2012, via http://www.vzgnederland.nl/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid=32.

Vilans (2010). Kenmerken van ketenzorg. Geraadpleegd op 24 augustus 2012, via <http://www.vilans.nl/Pub/Informatiecentrum/Informatiecentrum-overig/Informatiecentrum-overig-Kenmerken-van-Ketenzorg.html>.

Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid (2012). Publieke gezondheidszorg. Bilthoven: Rijkstinstituut voor Volkgezondheid en Milieu. Geraadpleegd op 22 augustus 2012, via <http://www.nationaalkompas.nl/zorg/publieke-gezondheidszorg>.

Vrijhoef, H.J. (2010). Chronische ziekten hebben de toekomst. Inaugurele rede. Geraadpleegd op 1 mei 2012, via http://www.vitalevaten.nl/uploads/media/Oratie_Prof_Vrijhoef_5_nov_2010.pdf.

Vrijhoef, H.J., & Steuten, L.M. (2006). Innovatieve zorgconcepten op een rij (8). *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 84(4): 257-258.

Wagner, E. H. (1998). Chronic Disease Management: What Will It Take To Improve Care for Chronic Illness. *Effective Clinical Practice*, 1: 2-4.

Wagner, E. H., Austin, B. T., & Von Korff, M. (1996a). Improving outcomes in chronic illness. *Managed Care Quarterly*, 74(4):12-25.

Wagner, E. H., Austin, B. T., & Von Korff, M. (1996b). Organizing care for patients with chronic illness. *Managed Care Quarterly*, 74(4): 511-44.

World Health Organization (1986). *Ottawa charter for health promotion: an International Conference on Health Promotion, the move towards a new public health*. 17-21 November, Ottawa, Geneva, Canada.

Lijst met afkortingen

ACO	Accountable Care Organization
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CCM	Chronic Care Model
DBC	Diagnosebehandelingcombinatie
DOT	DBC's op weg naar transparantie
EIB	Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging
GES module	Geïntegreerde Eerstelijns Samenwerking module
GRR	General Resistance Resource
HALL framework	Healthy alliances framework
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
RVZ	Raad van Volksgezondheid en Zorg
SOC	Sense of Coherence
VS	Verenigde Staten
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wmo	Wet maatschappelijk ondersteuning
Wpg	Wet publieke gezondheid
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage I Geïnterviewde personen

Deze bijlage bevat een lijst met personen die geïnterviewd zijn voor deze scriptie. Er is een onderscheid gemaakt tussen experts en stakeholders. De namen zijn geordend op alfabetische volgorde op achternaam.

Experts

Bart van de Gevel
Senior adviseur
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Guus Schrijvers
Hoogleraar Public Health
Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en
Eerstelijngeneeskunde, UMC Utrecht

Karen van Ruiten
Beleidsmedewerker directie Curatieve Zorg
Ministerie van VWS

Bert Vrijhoef
Hoogleraar Chronische Zorg, Universiteit van Tilburg
Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging

Stakeholders

Jan Benedictus
Senior Beleidsmedewerker
NPCF

Miriam de Kleijn
Huisarts, epidemioloog, consultant (PinK-FOX)

Top Dapper
Huisarts
Gezondheidscentrum Niftarlake

Jan Lamers
Programmaleider
VenloDroom

Jan Willem Gort
Directeur
Stichting Wijkgezondheidscentra Huizen

Gerard Molleman
Projectleider Integraal Gezondheidsbeleid
GGD Nijmegen

Niels Groeneweg
Beleidsadviseur Kwaliteit & Innovatie
Achmea, Divisie Zorg & Gezondheid

Belinda van Oosten-Bronsgest
Senior Adviseur Maatschappelijke Ontwikkeling
Gemeente Enschede

Bert Groot Roessink
Raad van Bestuur
Zorggroep Almere

Jan Thijssen
Zorginkoper AWBZ Regio Noord- en Midden-Limburg
Zorgkantoren Coöperatie VGZ

Wiro Gruisen
Manager Regioregie
CZ

Dora Tjalsma
Senior Beleidsadviseur
Jan van Es Instituut

Genie Hendriks
Senior beleidsadviseur & projectleider
decentralisatie AWBZ
Gemeente Breda, Directie Ontwikkeling

Eric Veldboer
Manager geïntegreerde 1e lijnszorg / ketenzorg
chronisch aandoeningen
Menzis

Wim van Herpen
Huisarts & bestuurder
Huisartsenpraktijk 't Heelhuis

Johan van Zeelst
Manager Integrale Zorg
Coöperatie VGZ UA

Bijlage II Interviewleidraad experts

Inleiding

- Voorstellen
- Doel onderzoek: Randvoorwaarden opstellen voor populatiebekostiging d.m.v. interviews met experts en partijen uit het veld (zorgverzekeraars, zorgverleners, gemeente etc.)
- Doel interview: Wat is populatiebekostiging en waarom wordt er voor gepleit?
- Anoniem interview
- Mag ik het interview opnemen?
- Vragen vooraf?

Interviewvragen

1. Wilt u zichzelf eens voorstellen?
2. Op welke manier betrokken bij, of op de hoogte van populatiebekostiging?
3. Waarom interesse in populatiebekostiging?
4. Definitie populatiebekostiging
 - a. Doel
 - b. Kenmerken/elementen
 - c. Definitie populatie
 - d. Financieel model (shared savings)
5. Mogelijke scenario's / varianten van populatiegebonden bekostiging
6. Betrokken partijen
 - a. Wie regie / initiëren?
7. Wat betekent populatiebekostiging voor de organisatie van zorg in Nederland?
8. Voor- en nadelen van populatiebekostiging?
9. Initiatieven / experimenten in Nederland waar u van op de hoogte bent?
10. Buitenlandse voorbeelden waar u van op de hoogte bent?

Afsluiting

- Nog aanvullingen? Vragen?
- Tips voor onderzoek?
- Mag ik uw naam opnemen in een lijst met geïnterviewde personen?
- Bedanken

Bijlage III Literatuurstudie scenario's

Aan de hand van de semigestructureerde interviews met experts (fase 2) zijn er een aantal buitenlandse voorbeelden geselecteerd die beschreven zijn in deze bijlage, namelijk *Gesundes Kinzigtal* in Duitsland en *Kaiser Permanente* in de VS. Aan de hand van de informatie in deze bijlage zijn twee scenario's (zie bijlage IV) ontworpen die als input hebben gediend voor de interviews met stakeholders in fase 4 van dit onderzoek.

Bij elk voorbeeld is literatuur gezocht. Hierbij moet vermeld worden er geen systematische literatuurreview is uitgevoerd naar deze voorbeelden, maar er is gericht gezocht naar artikelen die een overzicht gaven van de structuur van deze buitenlandse voorbeelden. Er is voor gekozen om één voorbeeld uitgebreid uit te werken (*Gesundes Kinzigtal*), en één voorbeeld beknopt uit te werken (*Kaiser Permanente*).

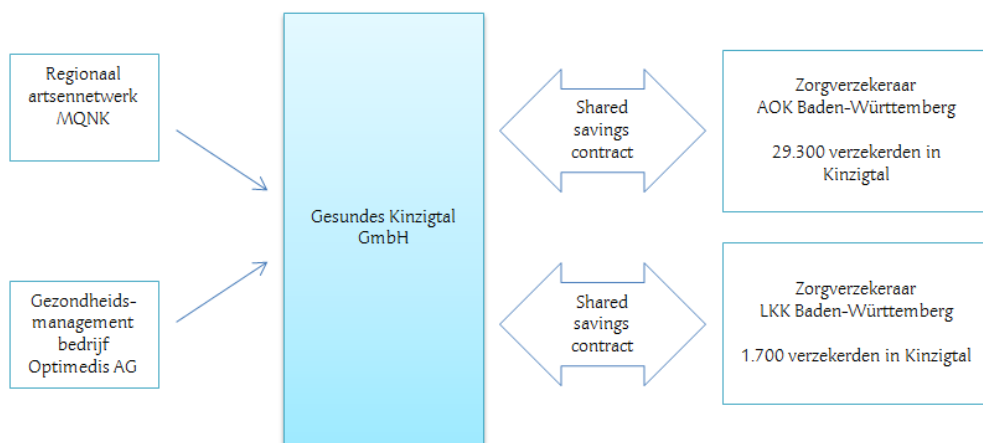
Gesundes Kinzigtal

In de regio *Kinzigtal* in het zuidwesten van Duitsland is sinds 2005 een programma voor populatiegerichte, geïntegreerde zorg van kracht, met de naam *Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal* (Hildebrandt, Hermann, Knittel, Richter-Reichhelm, Siegel, & Witzgenrath, 2010). Het programma biedt zorg aan ongeveer de helft van de populatie van *Kinzigtal*. Door middel van een *shared savings* contract met twee zorgverzekeraars beheert het gezondheidszorgmanagementbedrijf *Gesundes Kinzigtal GmbH* het zorgbudget voor de regio *Kinzigtal*. Hierbij gaat het over zorg over de hele breedte, dus voor alle sectoren en voor alle aandoeningen. De aanleiding voor het opzetten van een geïntegreerd zorgprogramma in *Kinzigtal* was de gefragmenteerde zorg in Duitsland. Er bestaat een sterke scheiding tussen ambulante en intramurale zorg, en de communicatie tussen verschillende zorgverleners is slecht. Daarnaast ontbreekt het aan prikkels die kwaliteit en preventie stimuleren. Dit alles leidt tot overbodige zorg die onnodige kosten met zich mee brengt. De in 2004 aangenomen wet voor het moderniseren van zorgverzekeringen, de 'GKV-Modernisierungsgesetz', maakte het mogelijk om *Gesundes Kinzigtal* op te starten. De wet was van kracht voor de periode 2004 tot 2008, en gaf toestemming aan zorgverzekeraars om één procent van hun totale uitgaven aan geïntegreerde zorg te besteden. Vanaf medio 2007 kon *Gesundes Kinzigtal* financieel zelfstandig draaien. Het huidige *Gesundes Kinzigtal* programma loopt tot eind 2014 en zal dan mogelijk verlengd worden.

De filosofie van *Gesundes Kinzigtal* is dat investeren in zelfmanagement, preventie en gezondheidsbevordering op de lange termijn zal leiden tot een betere gezondheid van de populatie. En een gezondere populatie zal op den duur weer leiden tot besparingen (Hildebrandt et al., 2010). Volgens de gedachtegang van *Gesundes Kinzigtal* zijn financiële prikkels essentieel voor individuele zorgverleners om tot een betere coördinatie van zorg te komen, en om meer aandacht aan preventie te besteden. In het huidige Duitse zorgstelsel heeft investeren in preventie namelijk vooral een positieve financiële uitwerking op de zorgverzekeraar. *Gesundes Kinzigtal* wil dus inzetten op een efficiëntere en betere organisatie van zorg, wat resulteert in een betere gezondheid voor de populatie en daarmee lagere kosten van zorg in de toekomst. Maar ook op korte termijn zijn besparingen haalbaar, bijvoorbeeld door een betere samenwerking tussen verschillende sectoren en het rationeler voorschrijven van medicijnen.

Structuur

Door middel van een *shared savings* contract met twee zorgverzekeraars beheert het gezondheidszorgmanagementbedrijf *Gesundes Kinzigtal GmbH* het zorgbudget voor de regio *Kinzigtal* (Hildebrandt et al., 2010). Zie figuur 10 op de volgende bladzijde voor een overzicht van de structuur van *Gesundes Kinzigtal*.

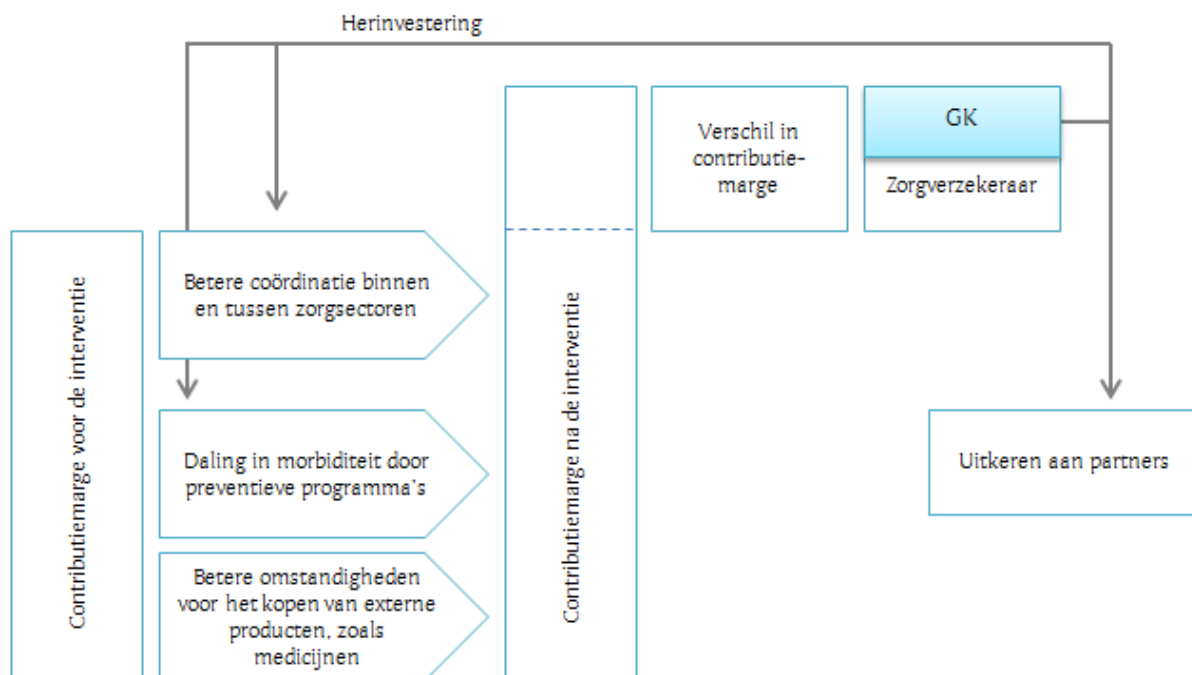


Figuur 10 Structuur Gesundes Kinzigtal (gebaseerd op: Hildebrandt et al., 2010)

Zoals te zien in figuur 10 is Gesundes Kinzigtal GmbH ontstaan uit twee organisaties, namelijk Medizinisches Qualitätsnetz - Ärzteinitiative Kinzigtal e.V. (MQNK) en OptiMedis AG. MQNK is het regionale artsennetwerk in Kinzigtal en heeft 66,6% aandeel in Gesundes Kinzigtal GmbH. Het overige aandeel is van het gezondheidsmanagementbedrijf OptiMedis AG, dat een achtergrond heeft in medische sociologie en gezondheidseconomie. De twee ziekenfonds verzekeraars waar een shared savings contract mee is afgesloten zijn AOK BW en LKK BW. AOK BW is met 29.300 verzekerden de grootste verzekeraar in zuidwest-Duitsland. Daarbij optellend 1.700 verzekerden in de Kinzigtal regio van LKK, komt tot een totaal van 31.000 verzekerden in de regio Kinzigtal. Behalve de contracten met zorgverzekeraars, zijn er ook contracten met dokterspraktijken, ziekenhuizen, farmaceutische productiebedrijven, verzorgingstehuizen, thuiszorgorganisaties, fysiotherapeuten, apotheken, welzijnsorganisaties en sportscholen. Een groot deel van de zorgverleners in Kinzigtal zijn ook aandeelhouder van Gesundes Kinzigtal GmbH. Het gaat om 38 artsen en een ziekenhuis (Hildebrandt, Kardel, Wetzels, Buntru, & Bächlein, 2011).

Financieel model

Gesundes Kinzigtal GmbH is een commercieel bedrijf en opereert binnen de grenzen en regels van het Duitse zorgstelsel (Hildebrandt et al., 2010). De geldstromen tussen verzekeraars en zorgverleners zijn dus hetzelfde gebleven. Wat er veranderd is, is dat zorgverleners bovenop de reguliere financiering betaald krijgen voor speciale diensten die niet vallen onder de huidige verzekeringsdekking. Deze diensten zijn het uitvoeren van gezondheidschecks, opstellen van individuele behandelplannen, deelnemen aan bijeenkomsten van projectgroepen, ontwikkelen en implementeren van preventie programma's, case management, et cetera. Daarnaast investeert Gesundes Kinzigtal GmbH in initiatieven op het gebied van coördinatie en preventie. Zo bestaat er een zorgpas, een elektronisch patiëntendossier wat in beheer is van de patiënt zelf. De pas zelf bevat geen medische gegevens, maar alleen een elektronische sleutel die de gegevens voor de arts, die werden verzonden via de lokale server oplossing decodeert al een centraal medisch dossier (ZPA) om hem al door andere artsen. (rode bron) In totaal bestaan de inkomsten van zorgverleners voor ongeveer tien tot vijftien procent uit de inkomsten van Gesundes Kinzigtal GmbH. Zie figuur 11 voor een overzicht van het financieel model.



Figuur 11 Financieel model Gesundes Kinzigtal (gebaseerd op: Hildebrandt et al., 2010)
GK = Gesundes Kinzigtal GmbH

Zoals in figuur 11 te zien is, wordt het financiële resultaat van Gesundes Kinzigtal GmbH bepaald aan de hand van de contributiemarge. De contributiemarge is gebaseerd op het verschil tussen de normkosten die nationaal worden vast gesteld voor een verzekerde, en de werkelijke kosten die gemaakt zijn door de zorgverzekeraar (Hildebrandt et al., 2010). Dit verschil heet het contributievolume. De normkosten van een verzekerde wordt nationaal bepaald op basis van het Duitse risicovereveningssysteem, oftewel 'risikostruktureausgleich'. Het norm bedrag is gebaseerd op een aantal karakteristieken zoals leeftijd, geslacht en inkomen. Aan de hand van het contributievolume wordt vervolgens de contributiemarge berekend, door het contributievolume te delen door de normkosten. Twee belangrijke formules voor het berekenen van de contributiemarge zijn dus:

- $\text{Contributie volume} = \text{norm kosten} - \text{werkelijke kosten}$
- $\text{Contributie marge} = \text{contributievolume} / \text{norm kosten}$

De prikkel die in dit systeem zit is dat Gesundes Kinzigtal GmbH een positief financieel resultaat bereikt als de contributiemarge stijgt. De contributiemarge stijgt namelijk als de werkelijke kosten omlaag gaan, oftewel het verschil met het normbedrag groter wordt. Er blijft dan als het ware geld over van het normbedrag. Hierdoor is er een prikkel gecreëerd voor effectieve en efficiënte zorg. Omdat het normbedrag kan veranderen, en buiten de invloed ligt van Gesundes Kinzigtal GmbH, is niet alleen de contributiemarge belangrijk maar vooral ook de stijging of daling in de contributiemarge. Het financieel resultaat van Gesundes Kinzigtal GmbH wordt dus berekend door de verandering in contributiemarge te nemen in relatie tot de contributiemarge van voordat het programma startte (Hildebrandt et al., 2010). De initiële contributiemarge wordt dan afgetrokken van de nieuwe contributiemarge. Dit is duidelijk weergegeven in figuur 11. In het geval van Gesundes Kinzigtal is het referentiejaar voor de contributiemarge 2004, waarin de contributiemarge 1,56% was. 2004 was het laatste volledige jaar dat er geen interventies van Gesundes Kinzigtal waren.

Als de contributiemarge toeneemt en er dus winst gemaakt wordt, wordt dit verdeeld onder de twee verzekeraars en Gesundes Kinzigtal GmbH, volgens vooraf gemaakt afspreken. Dit geld kan vervolgens geherinvesteerd worden in de activiteiten van Gesundes Kinzigtal zoals gezondheidsbevorderingsprogramma's. En andere optie is om het geld te verdelen onder de aandeelhouders. Voor een daling in de contributiemarge zijn de twee verzekeraars aansprakelijk. Dit betekent dat er dan voor Gesundes Kinzigtal GmbH geen return on investment is. Vanuit de visie van Gesundes Kinzigtal worden behaalde gezondheidsresultaten pas op een langere termijn omgezet in winst (Hildebrandt et al., 2010). Voor de eerst paar jaar van het programma, waarin aanzienlijke investeringen gedaan moeten worden, zijn er daarom afspraken gemaakt tussen Gesundes Kinzigtal GmbH en de aandeelhouders. De eerste afspraak is dat de vergoedingen die Gesundes Kinzigtal GmbH uitkeert min of

meer gelijk zijn aan de gemaakte kosten. De tweede afspraak is dat zorgverleners een hoger aandeel in de winst kunnen krijgen als ze goed presteren, mits gemeten door de juiste indicatoren. De laatste afspraak is dat tot het vierde jaar na de start van het project er geen winst wordt uitgekeerd aan de aandeelhouders. Vanaf juli 2007 kon Gesundes Kinzigtal volledig draaien op inkomen die verworven waren uit een toenemende contributiemarge, er geen afhankelijkheid van GKV-Modernisierungsgesetz.

Kaiser Permanente

Kaiser Permanente in de VS is een geïntegreerd systeem van gezondheidszorg, waarbij verzekeren en zorg verlenen bij dezelfde partij ligt (Porter & Kellogg, 2008). Cliënten die aangesloten zijn bij Kaiser Permanente worden 'leden' genoemd. Kaiser Permanente bestaat uit drie onderdelen (Porter & Kellogg, 2008):

1. Kaiser Foundation Health Plan, de verzekeraar van Kaiser Permanente. Het health plan int de premies van leden, en zorgt dat deze verdeeld worden onder de medical groups en de ziekenhuizen (zie 2 & 3).
2. Permanente Medical Groups. In totaal bestaan er acht medical groups, één in iedere regio van Kaiser Permanente, waarin eerstelijns zorgverleners en specialisten samenwerken. De medical groups ontvangen een vast bedrag per lid per maand.
3. Kaiser Foundation Hospital, het overkoepelende orgaan voor de aangesloten ziekenhuizen.

Binnen Kaiser Permanente geldt er een regel van 'mutual exclusivity'. De medical groups mogen niet opereren buiten Kaiser Permanente, andersom mag het health plan ook geen medical groups buiten Kaiser contracteren. Hierdoor ontstaat er een gesloten systeem. De financiële drijfveren in dit systeem zijn gelijk voor de verzekeraar en voor de zorgverleners. Dit zorgt ervoor dat er een prikkel ontstaat voor het gezond houden van de leden, en het in de hand houden van kosten.

Binnen Kaiser Permanente is er veel aandacht voor toepassingen van ICT systemen, preventie en gezondheidsbevordering. Zo hebben ze sinds 2003 een volledig geïntegreerd ICT systeem onder de naam 'Kaiser Permanente HealthConnect'. Via deze applicatie worden alle aspecten van het zorgproces aan elkaar gekoppeld. Leden van Kaiser hebben zelf ook toegang tot dit ICT systeem, en kunnen bij hun eigen medische dossier. Daarnaast biedt het ICT systeem voor leden mogelijkheden voor online gezondheidsmanagement.

Bijlage IV Scenario's

Scenario 1- Gebaseerd op Gesundes Kinzigtal in Duitsland

Filosofie

De filosofie van dit scenario is dat investeren in zelfmanagement, preventie en gezondheidsbevordering op de lange termijn zal leiden tot een betere gezondheid van de populatie. En een gezondere populatie zal op den duur weer leiden tot besparingen. Maar ook op korte termijn zijn besparingen haalbaar, bijvoorbeeld door een betere samenwerking tussen verschillende zorgsectoren. De juiste financiële prikkels zijn essentieel voor individuele zorgverleners om tot meer samenwerking te komen en om meer aandacht voor preventie te krijgen.

Structuur (zie figuur 12)

Dit scenario speelt zich af binnen de grenzen van het huidige zorgstelsel. Dit betekent dat er geen veranderingen zijn binnen het nationale zorgstelsel. For-profit bedrijf X en zorgverzekeraar(s) in een bepaalde regio sluiten een shared savings contract af. Bedrijf X coördineert, organiseert, en investeert in geïntegreerde zorg en preventie in die regio. Partijen zoals ziekenhuizen, huisartsen, verpleeghuizen, apothekers en sportclubs kunnen een partnercontract aangaan met bedrijf X.

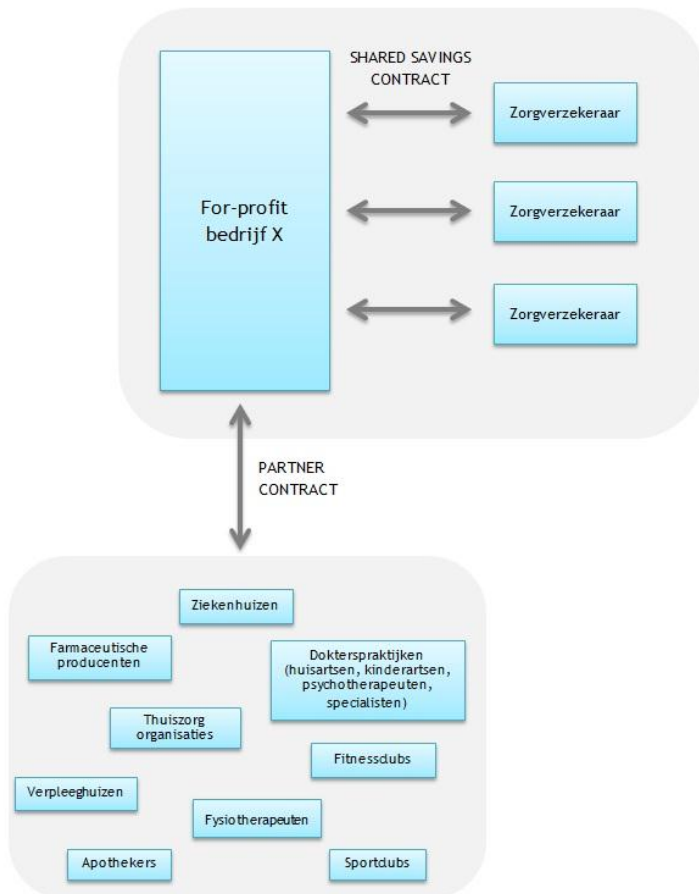
Financieel model (zie figuur 13)

De bestaande geldstromen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder blijven bestaan. Bedrijf X financiert activiteiten die niet vallen onder de huidige dekking van de zorgverzekering. De contributiemarge is het verschil tussen het normbedrag, wat vooral wordt bepaald voor een bepaalde patiënt op basis van populatiekenmerken, en de werkelijke kosten. In Nederland zou dit bijvoorbeeld kunnen gaan om de klantwaarde van een verzekerde, oftewel het verschil tussen wat een verzekeraar ontvangt voor een verzekerde en de uitgaven die voor deze verzekerde gedaan worden. Een overschot in contributiemarge is winst voor bedrijf X. Winst voor bedrijf X wordt geherinvesteerd in coördinatie en preventie, of als winst uitgekeerd aan de partners. Het gehele financieel risico wordt gedragen door bedrijf X. Zorgverleners die een partnercontract hebben met bedrijf X lopen geen financieel risico. Zorgaanbieders kunnen een hoger aandeel in de winst krijgen als ze goed presteren.

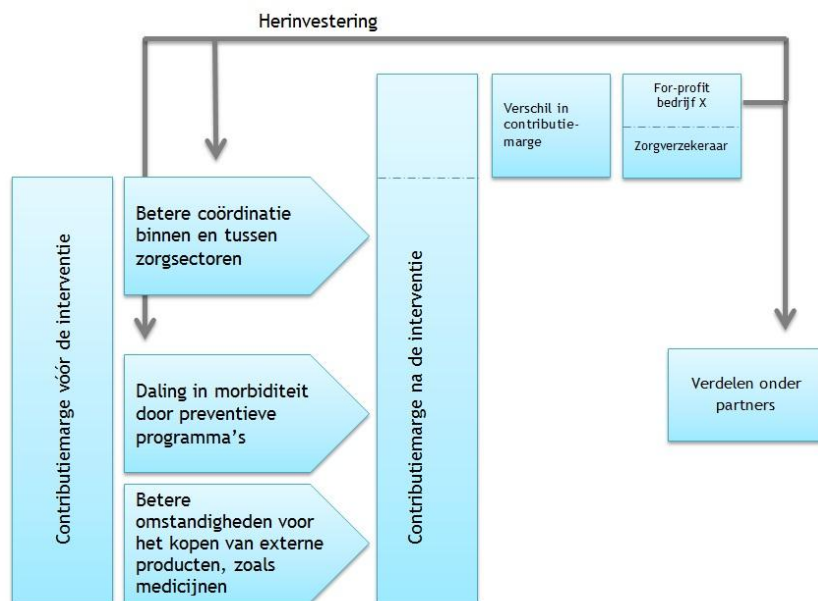
Activiteiten en interventies van bedrijf X

Bedrijf X draagt bij aan samenwerking en preventie doormiddel van het beschikbaar stellen van kennis, financiering en projectmanagement. Voorbeelden van activiteiten die bedrijf X aanbiedt zijn:

- Ontwikkelen en implementeren van preventieprogramma's van veelvoorkomende chronische aandoeningen
- Trainen van zorgverleners
- Faciliteren van individuele behandelplannen en gezondheidschecks
- Ondersteunen van zelfmanagement en gezamenlijke besluitvorming
- Ondersteunen van follow-up en case management
- Beschikbaar stellen van spoeddiensten buiten werktijden
- ICT toepassingen voor een betere coördinatie van zorg, zoals een systeem-breed patiëntendossier waar een zorgverlener toegang tot krijgt na goedkeuring van patiënt
- Lezingen organiseren voor patiënten
- Korting op sportscholen



Figuur 12 Organisatiestructuur scenario 1



Figuur 13 Financieel model scenario 1

Scenario 2 - Gebaseerd op Kaiser Permanente in de Verenigde Staten

Structuur

Non-profit organisatie Y is zowel zorgverlener als zorgverzekeraar. Zorgverleners en ziekenhuizen zijn georganiseerd in medische groepen. Organisatie Y is eigenaar van een aantal ziekenhuizen, maar is ook verbonden aan ziekenhuizen en zorgverleners op contractuele basis. Het is een gesloten systeem. Dat wil zeggen dat ziekenhuizen en zorgverleners niet met andere organisaties contracten mogen aangaan.

Bijlage V Interviewleidraad stakeholders

Inleiding

- Voorstellen
- Doel onderzoek: Randvoorwaarden opstellen voor populatiebekostiging d.m.v. interviews met experts en partijen uit het veld (zorgverzekeraars, zorgverleners, gemeente etc.)
- Dit interview: aan de hand van buitenlandse voorbeelden populatiebekostiging bespreken, daarbij buitenlandse voorbeelden meteen vertalen naar Nederlandse situatie!
- Anoniem interview
- Mag ik het interview opnemen?
- Vragen vooraf?

Interviewvragen

1. Wilt u zichzelf eens voorstellen?
2. Op welke manier betrokken bij, of op de hoogte van populatiebekostiging?
 - a. Zorgverzekeraar & overheid:
 - i. Al plannen/beleid? Wilt u dat eens toelichten?
 - ii. Termijn van plannen
 - iii. Experimenten
3. Waarom interesse in populatiebekostiging?
4. Definitie populatiebekostiging
 - a. Doel
 - b. Kenmerken/elementen
 - c. Definitie populatie
 - d. Financieel model (shared savings)

Scenario 1

5. Bekend met scenario 1?
 - a. Eerste reactie
 - b. Opvallende / interessante punten
 - c. Knelpunten voor NL
6. Mening over filosofie:
 - a. Lange termijn visie
 - b. Financiële prikkels noodzakelijk voor preventie
7. Visie op preventie en gezondheidsbevordering
 - a. Wie verantwoordelijk voor preventie?
 - b. Zou u investeren in preventie?
8. Mening over structuur
 - a. Geïntegreerd systeem binnen grenzen van huidige organisatie/financiering
 - b. Populatie (regio?)
 - c. Wie heeft regie?
9. Visie op betrokken partijen
 - a. Welke partijen nodig voor een populatiebenadering?
 - b. Ook gemeente, welzijn (lokale hulpbronnen?)
 - c. Initiatief / katrekker ('system integrator' uit HALL framework)
 - d. Rol overheid

10. Visie op samenwerken
 - a. Mening over samenwerken met andere sectoren / disciplines
 - b. Hoe ziet u uw rol als ... [stakeholder type]
 - c. Verwachtingen van andere stakeholders
 - d. Visie op transparantie (in activiteiten, financiën etc.)
 - e. Hoe samen tot afspraken komen (lokale partnerschappen (zoals Nza model), doelen op welk gebied?)?
11. Mening over financieel model
 - a. Shared savings
 - b. Wie betaalt?
 - c. Wie deelt in winsten en verliezen?
 - d. Mening over het feit dat een betere prestatie kan leiden tot een groter aandeel in de winst
12. Effect op de patiënt
 - a. Rol van patiënt
 - b. Voordelen en nadelen van patiënt

Scenario 2

13. Bekend met scenario 2?
 - a. Eerste reactie
 - b. Opvallende / interessante punten
 - c. Knelpunten voor NL
14. Mening over een gesloten systeem
 - a. Integratie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar
 - b. Waarom wel / niet?
15. Samenvattend
 - a. Randvoorwaarden
 - b. Hoe aan deze randvoorwaarden voldoen?
 - i. Mogelijke oplossingen
 - ii. Wat is makkelijk / moeilijk te realiseren?
 - c. Zit er toekomst in populatiebekostiging?

Afsluiting

- Nog aanvullingen? Vragen?
- Tips voor onderzoek?
- Mag ik uw naam opnemen in een lijst met geïnterviewde personen?
- Bedanken

Bijlage VI Huidige organisatie en financiering van het Nederlands zorgstelsel

Tabel 8 Overzicht categorieën en concepten huidige organisatie en financiering Nederlands zorgstelsel

Categorie	Concepten
Algemeen	• Behandel niveaus (lijnen) • Integrale zorg • Preventie • Elektronisch patiëntendossier (EPD) • Wijkscan • Substitutie • Financieringsmodellen
Organisatievormen in de eerste lijn	• Zorggroep • Gezondheidscentrum
Innovatie zorgconcepten	• Managed care • Transmurale zorg • Ketenzorg • Geïntegreerde zorg • Case management • Diseasemanagement • Stepped care
Zorgwetten	• Zorgverzekeringswet (Zvw) • Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) • Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) • Wet publieke gezondheid (Wpg) • Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)
Reguliere huisartsenzorg	financiering • Inschrijftarief • Verrichtingentarief • M&I module • Overige tarieven
Financieringsopties zorg huisartsen	integrale • Geïntegreerde Eerstelijns Samenwerking module (GES module) • Integrale bekostiging chronisch zieken • Beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten • Beleidsregel 'Regionale ondersteuning eerstelijns zorg en kwaliteitsontwikkeling'
Financiering tweede lijn	• Diagnosebehandelingcombinatie (DBC) • DBC's op weg naar transparantie (DOT)

Tabel 8.1 Algemene categorieën en concepten

Behandelniveaus	De gezondheidszorg in Nederland kan opgedeeld worden in vier verschillende behandelniveaus (Post & Gijsen, 2011): • Nulde lijn: zorg zonder hulpvraag, heeft betrekking op de preventieve gezondheidszorg • Eerste lijn: direct toegankelijke zorg zoals huisarts, eerstelijns psychologie, fysiotherapie, mondzorg en verloskundige zorg • Tweede lijn: specialistisch zorg die alleen toegankelijk is via een verwijzing vanuit de eerste lijn, zoals ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en gespecialiseerde jeugdzorg • Derde lijn: hoog specialistische zorg voor geestelijke en somatische gezondheidsproblemen
Integrale zorg	Integrale zorg betekent dat er aandacht is voor de mens in zijn geheel, en niet een bepaalde aandoening of zorgvraag (Berenschot & van der Geest, 2012). De volle breedte van de vraag staat centraal. Er wordt daarbij gekeken naar het individu en zijn sociale omgeving. Doel is om kwaliteit van leven te verbeteren. Dit kan bereikt onder andere bereikt worden door multidisciplinair samenwerken.
Preventie	Ziektepreventie heeft betrekking op het vroeg signaleren van ziekten (Van den Berg & Schoemaker, 2010). Dit staat ook in relatie met gezondheidsbevordering, wat meer focust op leefstijl en sociale en fysieke omgeving. Op het gebied van preventie worden er verschillende indelingen gehanteerd: gebaseerd op de fase in het ziekteproces en gebaseerd op de doelgroep (Van den Berg & Schoemaker, 2010). Zie hieronder. Indeling naar fase in het ziekteproces: • Primaire preventie: voorkómen van ziekte bij gezonde mensen • Secundaire preventie: vroege signalering van gezondheidsproblemen waardoor op tijd behandelen mogelijk is • Tertiaire preventie: voorkomen van complicaties en verergering Indeling naar doelgroep: • Universele preventie: gericht op een gehele bevolking of een deel van de bevolking, zonder specifieke focus op een bepaalde ziekte of risicoprofiel, om ziekte te voorkomen • Selectieve preventie: gericht op specifieke groepen met een bepaald risicoprofiel • Geïndiceerde preventie: gericht op individuen met bepaalde beginnende klachten maar zonder officiële diagnose, om ziekte te voorkomen of verergering te voorkomen • Zorggerelateerde preventie: gericht op individuen met een bepaalde ziekte, om complicaties en erger worden te voorkomen De landelijke en lokale overheid is verantwoordelijk voor collectieve preventie, waar universele en selectieve preventie onder vallen (Van den Berg & Schoemaker, 2010). De landelijke overheid heeft daarin de taak voor de volksgezondheid, de gemeente voor de collectieve preventie in de gemeente die vaak uitgevoerd door de GGD. De individuele preventie van geïndiceerde en zorggerelateerde preventie valt on de Zvw.
EPD	Het elektronisch patiëntendossier (EPD) bevat informatie over individuele patiënten, zoals medische historie en medicijngebruik (Rijksoverheid, z.j. b). Met behulp van het EPD kunnen zorgverleners informatie met elkaar uitwisselen. Er was sprake van een mogelijke invoering van een landelijk EPD in Nederland, maar dit voorstel is in 2011 verworpen in de Eerste kamer vanwege privacy vraagstukken (Rijksoverheid, z.j. b). Als het EPD ingevoerd wordt, dan krijgt niet iedereen toegang tot het dossier. Zorgverzekeraars krijgen geen toegang, zorgverleners alleen onder bepaalde voorwaarden. Op het moment bestaan er wel losse ICT systemen die uitwisselingen tussen zorgverleners mogelijk maken.
Wijkscan	Een wijkscan is een tool waarmee populatie kenmerken, (toekomstige) zorgbehoefte, en het zorgaanbod in kaart gebracht kunnen worden (Verenigde Zorggroep NL, z.j.). Met behulp van de wijkscan kan er een gebiedsgerichte aanpak ontwikkeld worden. Zo kan het zorgaanbod afgestemd worden op de (toekomstige) lokale behoefte. Ook kunnen er naar aanleiding van de wijkscan specifieke zorgprogramma's ontwikkeld worden, bijvoorbeeld in een wijk met veel ouderen.

Substitutie	Substitutie in de zorg betekent: ‘het doelbewust en doelgericht vervangen van een (deel van een) bestaande voorziening door een (deel van een) andersoortige voorziening, waarbij de oorspronkelijke functie vervuld blijft worden en wel voor een vergelijkbare patiëntenpopulatie’ (NZa, 2012, p. 7). Het kan gaan om verschuivingen van curatie naar preventie, van professionele zorg naar zelf- en mantelzorg, en van specialistische intramurale zorg naar extramurale zorg (Schipper & Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, 2011a). Het doel is uiteindelijk dat er meer doelmatigheid is, terwijl de kwaliteit gelijk blijft of zelfs verbetert.
Financieringsmodellen	Lischko (2010) onderscheidt een aantal financieringsmodellen in de zorg: • Verrichtingen (fee for service): Bij fee for service krijgt een zorgprofessional betaald per verrichting, aan de hand van vooraf bepaalde tarieven. • Prestatiebekostiging (pay for performance): In dit model krijgt de zorgprofessional betaald aan de hand van behaalde resultaten. Deze resultaten worden gemeten aan de hand van vooraf bepaalde indicatoren, vaak op het gebied van kwaliteit en efficiency. • Abonnement (capitation): In een capitation model krijgt de zorgprofessional een bepaald budget toegekend voor de populatie die de zorgprofessional moet bedienen, ongeacht welke zorg geleverd wordt. Dit is meestal een bedrag per persoon. • Loondienst (salaried personnel): In het model van loondienst ontvangt de zorgprofessional een vast periodiek salaris.

Tabel 8.2 Organisatievormen in de eerste lijn

Zorggroep	Een zorggroep is een organisatievorm waarin voornamelijk eerstelijns zorgaanbieders verenigd zijn zoals huisartsen, fysiotherapeuten en diëtisten (EIB, 2012). Een zorggroep richt zich op de coördinatie van chronische zorg in een bepaalde regio, en is daarbij de hoofdcontractant naar de zorgverzekeraar toe. In Nederland is een landelijk dekkend netwerk van zorggroepen ontstaan van ongeveer 100 zorggroepen.
Gezondheidscentrum	Een gezondheidscentrum is een plek waar verschillende zorgprofessionals onder één dak samenwerken (Kiesbeter.nl, z.j.). Het kan dan gaan om bijvoorbeeld huisartsen, fysiotherapeuten, psychosociale zorgverleners en apothekers. Een gezondheidscentrum is gericht op de behoeftes van een bepaalde wijk of werkgebied. Afhankelijk van de samenstelling van de bewoners in de desbetreffende wijk kunnen speciale disciplines aangetrokken worden, zoals verloskundigen of allochtone zorgconsulenten.

Tabel 8.3 Innovatieve zorgconcepten

Managed care	Managed care is een proces waarin voortdurende verbetering in de zorg centraal staat, waarbij zowel de patiënt als zorgaanbieder uitgangspunt is (Vrijhoef & Steuten, 2006). Het doel is om tot doelmatige zorg te komen, waarin kwaliteit en toegankelijkheid gewaarborgd wordt (Drewes et al., 2008). Bij managed care is er sprake van sturing van een derde partij. In Nederland is dit moeilijk te realiseren in verband met de keuzevrijheid van patiënten en privacy overwegingen (Drewes, et al., 2008). Het principe van managed care wordt in Nederland dan ook niet of nauwelijks ingezet.
Transmurale zorg	Transmurale zorg heeft betrekking op samenwerking, afstemming en regie tussen de extramurale en intramurale zorg (Drewes, et al., 2008). Het richt zich vooral op de overgang tussen de eerste en tweede lijn. De behoefte van de patiënt staan hierbij centraal. Transmurale zorg kan gezien worden als een voorloper of voorwaarde voor ketenzorg (Vrijhoef & Steuten, 2006). Het richt zich immers niet op de hele keten, maar op een bepaalde fasen in die keten. Bij transmurale zorg zijn zorgaanbieders het primaire uitgangspunt van vernieuwingen in de zorg (Vrijhoef & Steuten, 2006).
Ketenzorg	Ketenzorg kan gedefinieerd worden als: “zorgverlening waarbij verschillende partijen met verschillende doelstellingen hun krachten bundelen om de kwaliteit van leven van een groep cliënten te verbeteren uitgaande van een nieuwe, gezamenlijke doelstelling” (Vilans, 2010). Ketenzorg richt zich op een specifieke patiëntenpopulatie en kan hulp bieden aan mensen met complexe hulpvragen. De

	patiënt staat centraal. Belangrijk hierin is een integraal aanbod van zorg waar niet alleen aandacht is voor het zorgverleningsproces is, maar ook voor het organisatieproces en de financiële kant. Samenwerkingen kunnen regionaal of lokaal afgestemd worden. Ketenzorg wordt vaak gezien als een vervolg op transmurale zorg, oftewel transmurale zorg is een voorwaarde van ketenzorg (Vrijhoef & Steuten, 2006). Bij ketenzorg zijn zorgaanbieders het primaire uitgangspunt van vernieuwingen in de zorg (Vrijhoef & Steuten, 2006).
Geïntegreerde zorg	Geïntegreerde zorg gaat nog een stapje verder kan ketenzorg (Vrijhoef & Steuten, 2006). Het gaat over integratie in de breedste zin van het woord, dus niet verbonden aan één bepaalde aandoening zoals bij ketenzorg het geval is. Activiteiten als diagnostiek, behandeling, zorg, rehabilitatie en gezondheidsbevordering worden samengebracht (Drewes, et al., 2008). Geïntegreerde zorg gaat over meer dan alleen het gezondheidssysteem. Het doel is om toegang, kwaliteit en efficiëntie te vergroten. Bij geïntegreerde zorg zijn, net als bij transmurale zorg en ketenzorg, zorgaanbieders het primaire uitgangspunt van vernieuwingen in de zorg (Vrijhoef & Steuten, 2006).
Case management	Binnen case management staan de behoeften van de patiënt centraal, en is er een belangrijke rol weggelegd voor de coördinerende taak van zorgaanbieders (Drewes, et al., 2008). De zorgaanbieder moet de patiënt gidsen in het hele zorgproces, om de zorg zo efficiënt en effectief mogelijk te maken. Dit kan bijvoorbeeld door middel van een individueel zorgplan. Er zijn daarbij verschillende niveaus van coördinatie mogelijk: van persoonlijke coördinatie en coördinatie vanuit een zorgteam, tot aansturing van de patiënt die zelf coördineert (Drewes, et al., 2008). Bij vernieuwingen in de zorg wordt uitgegaan van de patiënt als uitgangspunt (Vrijhoef & Steuten, 2006). Case management kan een onderdeel zijn van transmurale zorg, ketenzorg en geïntegreerde zorg.
Diseasemanagement	Binnen diseasemanagement staat de patiënt centraal, die geholpen wordt in een aansluitende keten van vroegtijdige opsporing, preventie, zelfmanagement en zorg (Baan & Struijs, 2010). Diseasemanagement richt zich op specifieke patiëntenpopulaties (Drewes, et al., 2008). Diseasemanagement kan een onderdeel zijn van transmurale zorg, ketenzorg en geïntegreerde zorg (Vrijhoef & Steuten, 2006). Bij vernieuwingen in de zorg wordt uitgegaan van de patiënt als uitgangspunt.
Stepped care	Stepped care heeft het doel om tot een effectieve behandeling te komen, die zo min mogelijk belastend is voor de patiënt (Vrijhoef & Steuten, 2006). Het is van belang om zorg trapsgewijs aan te bieden in de juist intensiteit (Drewes, et al., 2008). Bij vernieuwingen in de zorg wordt uitgegaan van de patiënt als uitgangspunt (Vrijhoef & Steuten, 2006). Stepped care kan een onderdeel zijn van transmurale zorg, ketenzorg en geïntegreerde zorg.

Tabel 8.4 Zorgwetten

Zvw	In de Zorgverzekeringswet (Zvw) is vastgelegd dat iedereen die in Nederland woont of werkt wettelijk verplicht is om zich te verzekeren tegen ziektekosten via de basisverzekering (Rijksoverheid, z.j. c). Het gaat hier om ziektekosten zoals huisarts, ziekenhuis en apotheek. De inhoud van de basisverzekering wordt jaarlijks door de overheid bepaald. Er geldt een acceptatieplicht voor de basisverzekering. Dit houdt in dat iedereen geaccepteerd moet worden voor de verzekering, ongeacht leeftijd of medische historie. Naast de basisverzekering bestaat er ook de optie om aanvullend te verzekeren, voor bijvoorbeeld fysiotherapie of tand zorg. Aanvullend verzekeren is een optie en dus niet verplicht. De inhoud van aanvullende verzekeringen is, in tegenstelling tot de basisverzekering, vrij in te vullen door de verzekeraars. Voor de aanvullende verzekering geldt geen acceptatieplicht. Een individu kan zelf kiezen bij welke verzekeraar hij of zij een polis af sluit, en mag jaarlijks overstappen naar een andere zorgverzekeraar (Rijksoverheid, z.j. c). De kosten voor de patiënt bestaan uit een vaststaande nominale premie die betaald wordt aan de zorgverzekeraar, en een inkomensafhankelijke bijdrage via werkgever, pensioeninstantie of uitkeringsinstantie. Afhankelijk van het inkomen van een verzekerden kan er aanspraak gedaan worden op zorgtoeslag. Een eigen risico wordt betaald tot een bepaald bedrag is bereikt. De minimale hoogte het eigen risico wordt bepaald door de overheid. Een verzekerde kan kiezen voor een
-----	---

hoger eigen risico wat gepaard gaat met een lagere premie. Een ander onderscheid wat gemaakt kan worden in zorgverzekering is het verschil tussen restitutiepolis en naturapolis, of een combinatie van beide. Bij een restitutiepolis is er een vrije keuze voor zorgaanbieders. Bij in naturapolis is er ook vrije keuze, maar in geval van keuze voor een niet gecontracteerde zorgaanbieder, wordt de hoogte van de vergoeding achteraf bepaald. Tot 2013 moet de zorgverzekeraar dan alsnog het grootste gedeelte van de kosten vergoeden. Vanaf 2013 is het mogelijk voor de zorgverzekeraar om zelf te bepalen wat de hoogte van de vergoeding is bij niet gecontracteerde zorg, en bestaat er zelfs de mogelijkheid om helemaal niets te vergoeden. Deze wijziging van de Zvw is ingevoerd om te stimuleren dan verzekerden meer gaan kiezen voor gecontracteerde aanbieders, waarop zorgverzekeraars een sterkere onderhandelingspositie hebben om goedkope en kwalitatief goede zorg in te kopen.

Om de kosten van zorg in de hand te houden worden er zorgactiviteiten uit het basispakket gehaald (Rijksoverheid, z.j. c). Onder het Begrotingsakkoord 2013 zijn er ook aanpassingen in het basispakket voor 2013 vastgelegd, zoals het verhogen van het eigen risico naar 350 euro.

Risicoverevening

Gezien de eerder besproken acceptatieplicht op de basisverzekering, bestaat er regeling voor zorgverzekeraars om een compensatie te ontvangen voor verzekerden met een risicoprofiel dat tot hogere kosten leidt (Rijksoverheid, z.j. d). Dit wordt ook wel risicoverevening genoemd. Zorgverzekeraar ontvangen van deze verzekerden namelijk geen hogere premie, terwijl er vaak wel meer kosten gemaakt worden voor deze risicogroepen. De hoogte van de compensatie wordt berekend door het College voor Zorgverzekering (CVZ), en is gebaseerd op kenmerken van de verzekerde populatie. Er wordt jaarlijks vooraf een schatting gedaan naar de te verwachte zorgkosten, waarop een voorlopige bijdrage uitgekeerd wordt. Dit is de ex ante risicoverevening. Achteraf volgt er een herberekening, en wordt op basis van de werkelijke kosten van de zorgverzekeraar een definitieve compensatie vastgesteld. Dit heet ook wel de ex post verevening. De risicoverevening wordt onder andere betaald uit de inkomensafhankelijke bijdrage aan de Zvw. Op het moment staat de risicoverevening ter discussie. De huidige risicoverevening geeft geen prikkel tot doelmatige zorg, omdat er sprake is van een bijdrage vooraf en een compensatie achteraf. Werkelijk gemaakte kosten worden dus achteraf nog gecompenseerd. Dit geeft geen prikkel om die kosten laag te houden. De minister van VWS wil de ex ante verevening daarom in de komende jaren verbeteren, zodat de ex post verevening afgebouwd kan worden.

AWBZ	De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vergoedt zorg die niet onder de normale zorgverzekering vallen en waarvan de kosten zo hoog zijn dat de meeste mensen deze kosten niet kunnen betalen (Rijksoverheid, z.j. e). Hierbij gaat het om zorg die thuis of in een instelling verleend wordt, bijvoorbeeld bij een handicap waardoor langdurige zorg noodzakelijk is. Alle Nederlanders kunnen een aanspraak doen op deze verzekering. Instellingen die onder AWBZ opereren zijn bijvoorbeeld verzorg- en verpleegtehuizen, gehandicapten voorzieningen en psychiatrische instellingen. Deze instellingen sluiten contracten af met regionale zorgkantoren. Er zijn ruim 600.000 mensen die gebruik maken van de AWBZ. Om aanspraak te kunnen doen op AWBZ is een indicatie nodig. Als een persoon een indicatie heeft voor zorg uit AWBZ zijn er twee opties: zorg in natura en zorg die de patiënt zelf regelt. Zorg in natura betekent dat het regionale zorgkantoor de zorg regelt en betaalt. Zorg die zelf wordt geregeld gaat via een persoonsgebonden budget (pgb) of met de Vergoedingsregeling persoonlijke zorg (VPZ). In het geval van de pgb kan de cliënt zelf kiezen wie de zorg verleent. Hiervoor kan een professional ingehuurd worden maar ook een familielid. Volwassenen die aanspraak maken op AWBZ moeten een eigen bijdrage betalen afhankelijk van inkomen, leeftijd en gezinssituatie.
Wmo	De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) regelt hulp en ondersteuning voor mensen met een beperking, zoals ouderen, gehandicapten of mensen met een psychische aandoening (Rijksoverheid, z.j. f). De nadruk ligt op participatie in de maatschappij en zelfstandig wonen. De Wmo wordt uitgevoerd door de gemeenten, die vaak een speciaal Wmo-loket hebben voor aanvragen en

	informatie. Concrete hulp die verleent wordt is hulp in het huishouden, hulp bij beweging en vervoer in eigen huis en in de omgeving, en hulp bij deelname aan het maatschappelijk verkeer. Deze hulp en ondersteuning wordt ook geboden aan mantelzorgers en vrijwilligers die zich inzetten voor bijvoorbeeld familie of de buurt. In dit geval gaat het om materiële hulp, een financiële tegemoetkoming of respijtzorg. Ook onder de Wmo zijn er twee opties: het pgb of zorg in natura. Verder is er net als bij de AWBZ sprake van een eigen bijdrage. Het kabinet had plannen opgesteld om een deel van de AWBZ-zorg over te hevelen naar de Wmo. Dit kwam voort uit de gedachte dat begeleiding van mensen het beste dichtbij geregeld kan worden. Uitvoering van de gemeente was daarbinnen een logisch gevolg, omdat die dichtbij de burger staan. Voornemen was dat vanaf 2013 de gemeenten verantwoordelijk waren voor nieuwe of eerste aanvragen voor begeleiding. Vanaf 2014 zou dit uitgebreid worden naar alle mensen die in aanmerking komen voor begeleiding. De voorgenomen overheveling van de AWBZ naar Wmo is echter controversieel verklaard onder het huidige demissionaire kabinet. Het zal daarom niet meer worden behandeld in deze kabinetsperiode.
Wpg	De Wet publieke gezondheid (Wpg) bevindt zich op het terrein van de collectieve preventie en volksgezondheid (Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2012). Waar de Zvw en Wmo op het gebied van preventie zich vooral richten op mensen die al ziek zijn, is de Wpg gericht op algemene gezondheidsbevordering en ziektepreventie bij risicogroepen. Het wordt daarom gezien als een aanvulling op de cure- en caresectoren. De maatschappelijke hulpvraag staat centraal. Onder de Wpg zijn preventie, infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg onderscheiden. Ook is er aandacht voor ouderengezondheidszorg. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor het uitvoeren van de Wpg. De verbinding kan daarin gelegd worden met andere partijen zoals thuiszorgorganisaties, sportverenigingen en onderwijs. De meeste taken worden uitgevoerd door de gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD'en), waar dan ook het grootste gedeelte van het Wpg budget naartoe vloeit. GGD'en zijn voor de helft gefinancierd door gemeenten. Daarnaast werven zij inkomsten van instellingen en cliënten, het rijk en provincies en verzekeraars. Maar ook genereren ze eigen inkomsten door bijvoorbeeld ritopbrengsten van de ambulancedienst. Naast directe financiering van Wpg-activiteiten kunnen gemeenten ook aanspraak doen op andere financieringsmogelijkheden (Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2012). Er kunnen zowel bij het Rijk als bij de provincies projecten worden ingediend. Zo bestaat er bijvoorbeeld het project Gezonde Slagkracht van ZonMw, gericht op overgewicht, alcohol, roken en drugs.
Wmg	Onder de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) gelden regels die de kosten van zorg in de hand moeten houden doormiddel van doelmatige en doeltreffende zorgstelsel (Rijksoverheid, z.j. g). Deze wet stelt het belang van patiënten en verzekerden centraal. Een voorbeeld van een regeling onder de Wmg is dat zorgverzekeraars de inhoud en premie van hun basisverzekering op een begrijpelijke manier naar buiten moeten communiceren. Onder deze Wmg opereert de NZa die toezicht houdt op de zorgmarkt.

Tabel 8.5 Reguliere financiering huisartsenzorg

Inschrijftarief	Op het moment worden huisartsen bekostigd door een combinatie van een inschrijftarief en verrichtingentarief (Schippers & Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, 2011b). Het inschrijftarief is een bedrag per verzekerde, wat per kwartaal gedeclareerd mag worden. Per individu mag er maar door één aanbieder gedeclareerd worden. De hoogte van het inschrijftarief kan variëren per plaats, afhankelijk van de leeftijdsopbouw van de populatie en of het een achterstandswijk is. Er bestaat een minimum tarief (€14,32 euro) en een maximum tarief (€26,64 euro) per kwartaal per verzekerde.
Verrichtingentarief	Op het moment worden huisartsen bekostigd door een combinatie van een inschrijftarief en verrichtingentarief (Schippers & Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, 2011b). Het inschrijftarief is een bedrag per prestatie. Dit kan gaan om een consult (€9,11), visite (€13,67), telefonisch consult (€4,56), vaccinatie (€4,56), en e-mailconsult (€4,56). Het is daarbij niet van belang hoeveel klachten de patiënt

	heeft. De tarieven zijn tijdgebonden. Zo mag bij een consult na twintig minuten een dubbel tarief gedeclareerd worden.
M&I module	De Modernisering & Innovatie (M&I) module is een opslag op het inschrijftarief van de huisarts, en kan gedeclareerd worden voor activiteiten die de doelmatigheid of kwaliteit van huisartsenzorg verbeteren (Schipper & Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, 2011b). Activiteiten die hieronder vallen zijn: • Stimuleren van samenwerkingsverbanden van huisartsen (onderling) en andere eerstelijns zorgaanbieders • Verdere ontwikkeling van de programmatische aanpak van chronische aandoeningen • Substitutie van zorg van tweede naar eerste lijn • Kwaliteitsbevordering van de huisartsenzorg Het tarief voor de M&I modules is vrij onderhandelbaar. Naast de modules is er ook een mogelijkheid om aparte M&I verrichtingen te declareren, bijvoorbeeld voor een longfunctieonderzoek. De tarieven hiervoor zijn ook vrij onderhandelbaar. Als M&I verrichtingen gedeclareerd worden vervalt wel het normale verrichtingentarief.
Overige tarieven	Naast het inschrijftarief en verrichtingentarief bestaan er ook speciale prestaties voor avond, nacht en weekendtijden, passantentarief, achterstandswijken problematiek, en verloskundige hulp door huisartsen (Schipper & Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, 2011b). Daarnaast bestaan er prestaties voor praktijkondersteuners van huisartsen (POH): de POH-somatiek en de POH-GGZ. De tarieven voor de POH'ers zijn veelal gelijk aan de verrichtingentarieven van de huisarts.

Tabel 8.6 Financieringsopties integrale zorg huisartsen

GES module	De Geïntegreerde Eerstelijns Samenwerking (GES) module is een tarief voor multidisciplinaire samenwerkingsverbanden rondom de huisartsenzorg, en bestaat sinds 2007 (Schipper & Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, 2011b). Doormiddel van een koptarief, een opslag op de reguliere tarieven voor management van de ketenzorg, worden activiteiten bekostigd die nodig zijn voor het organiseren van geïntegreerde zorg en samenwerking mogelijk maken. Het gaat daarbij om activiteiten die niet direct verbonden zijn aan de zorgverlening, zoals overhead, ICT, en overlegkosten. Het tarief voor de M&I module is vrij onderhandelbaar. Het is een opslag op het inschrijftarief en het kan alleen door de huisarts gedeclareerd worden.
Integrale bekostiging chronisch zieken	Integrale bekostiging is functionele bekostiging per chronische aandoening per patiënt (Schipper & Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, 2011b). Sinds 1 januari 2010 bestaat er voor een drietal chronische aandoeningen de optie om integraal te bekostigen: diabetes, vasculair risicomangement (VRM) en COPD. Integrale bekostiging betekent dat er één bedrag wordt vastgesteld voor een pakket van zorg voor een patiënt, ook wel een keten-DBC genoemd. Het gaat dus om een totaal tarief, in tegenstelling tot de GES module waar zorg apart gedeclareerd wordt. Het tarief voor een keten-DBC is vrij onderhandelbaar. Het totale bedrag wordt toegekend aan één partij, meestal een zorggroep waarin een groep zorgverleners is verenigd, waarna het verder verdeeld wordt onder de zorgverleners die betrokken zijn bij de behandeling van een patiënt. Het doel daarvan is samenwerking en integrale zorg te stimuleren. Niet alleen de kosten voor de zorgprofessionals worden gedekt, maar ook kosten voor het organiseren van integrale zorg zoals ICT-kosten. Kosten voor medicijnen, diagnostiek en hulpmiddelen vallen niet binnen een keten-DBC. Integrale bekostiging voor deze aandoeningen is nog niet verplicht, en is dus een optie naast de huidige vorm van financiering (Schipper & Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, 2011b). Er is een overgangperiode ingesteld van 2010 tot en met 2012 om integrale bekostiging te testen. Voor het monitoren van de ontwikkelingen rondom integrale bekostiging heeft het Ministerie van VWS de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging (EIB) opgezet. Na het uitbrengen van twee tussenrapportages, heeft deze commissie in juni 2012 de definitieve eindrapportage gepubliceerd.
Beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten'	Deze beleidsregel is in het leven geroepen om nieuwe zorgproducten of diensten te declareren, die nog niet onder de prestatiebeschrijving van de NZa vallen (Schipper & Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, 2011b). De beleidsregel is van

	kracht sinds 2007. Alleen als er sprake is van een kortdurend kleinschalig experiment kunnen de kosten via deze beleidsregel in rekening gebracht worden. Het kan hierbij gaan om innovaties ten behoeve van integrale zorg, maar ook om andere innovatieve initiatieven. Het is een vrij onderhandelbaar tarief. Deze beleidsregel heeft betrekking op (Schippers & Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, 2011b): • Nieuwe vormen van zorg • Vernieuwde vormen van zorg waarbij al bestaande vormen van zorg in samenhang worden geleverd zoals ketenzorg diabetes • Vormen van zorg een belangrijke rol is weggelegd voor samenwerking tussen multidisciplinaire zorgaanbieders
Beleidsregel 'Regionale ondersteuning eerstelijns zorg en kwaliteitsontwikkeling'	Deze beleidsregel is de basis voor de afspraken tussen zorgverzekeraars en ROS'en (Schippers & Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, 2011b). Doel is versterking van de eerste lijn met onder andere multidisciplinaire samenwerkingen. Het gaat hier om macro beschikbare premiemiddelen die toegekend worden aan regionale initiatieven. Per jaar mag er €1,56 per verzekerde gedeclareerd worden onder deze beleidsregel.

Tabel 8.7 Financiering tweede lijn

DBC	Een diagnosebehandelingcombinatie (DBC) omvat alle medisch specialistische activiteiten waar een patiënt met een bepaalde zorgvraag mee te maken krijgt (NZa, z.j.). Het gaat in dit geval om activiteiten vanaf de diagnose tot en met eventuele opname en verdere behandeling. Declaraties voor zorgkosten worden via het DBC systeem afgehandeld. Voor een DBC kan een ziekenhuis één totaalbedrag in rekening brengen bij de zorgverzekeraar doormiddel van een DBC-prestatiecode. Het tarief bestaat uit een honorariumbedrag voor de specialist, en een bedrag voor de kosten die het ziekenhuis maakt. Een DBC kan één jaar open blijven staan. Tarieven voor DBC's zijn in twee segmenten onder te verdelen: het gereguleerd segment (30%) en het vrije segment (70%), respectievelijk het A- en het B-segment (NZa, z.j.). Voor het A-segment zijn maximum tarieven vastgesteld door de overheid voor zowel het honorarium als de overige kosten. De tarieven in het B-segment zijn vrij onderhandelbaar. Er wordt in dit segment echter wel een maximum tarief vastgesteld door de NZa voor het honorarium van de specialisten. De DBC systematiek bestaat sinds 2005. Het is ingevoerd om meer transparantie te krijgen in kwaliteit en kosten, en vormt de basis voor onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieders. Het DBC systeem is in januari 2012 omgezet naar DOT.
DOT	Op 1 januari 2012 heeft DOT de DBC systematiek vervangen. DOT staat voor 'DBC's op weg naar transparantie' (NZa, z.j.). Een grote verandering ten opzicht van de oude systematiek, is dat de 30.000 DBC's vervangen zijn door 4.400 DBC-zorgproducten. De nieuwe DBC-zorgproducten zijn specialisme-overstijgend en gebaseerd op de ICD10, de internationale registratie van medische diagnoses. Een andere verbetering is de DBC achteraf bepaald wordt door een web applicatie, de grouper genaamd. De DBC wordt afgeleid van de diagnose en activiteiten die de zorgaanbieder uitgevoerd heeft. Voorheen koos de zorgaanbieder zelf onder welke DBC een bepaalde zorgvraag viel.

Bijlage VII Overzicht mediaberichten

Tabel 9 Overzicht mediaberichten over populatiebekostiging in de periode 1 september 2011 - 1 augustus 2012

	Schrijver + bron	Datum	Titel + samenvatting inhoud
1	Han de Vries, www.handevries.nl	1 augustus 2012	<i>Populatiegebonden bekostiging: mitsen en maren</i> Commentaar op het model van Ash en Ellis, gebaseerd op populatiegebonden bekostiging, risicoverevening en pay-for-performance.
2	Han de Vries, www.handevries.nl	22 juli 2012	<i>Populatiegebonden bekostiging in de eerste lijn: Een nieuw model</i> Verwijzing naar een presentatie van twee Amerikaanse onderzoekers, Ash en Ellis, over een financieringsmodel voor eerstelijnszorg met als belangrijkste ingrediënten: <i>populatiegebonden bekostiging, risicoverevening en pay-for-performance</i> .
3	Guus Schrijvers, www.medicalfacts.nl	15 juli 2012	<i>Populatiegebonden bekostiging bespaart 2,8% en verhoogt kwaliteit</i> Verwijzing naar een artikel over een populatiegebonden bekostigingsexperiment in Massachusetts.
4	Guus Schrijvers, www.medicalfacts.nl	14 juli 2012	<i>Populatie gebonden bekostiging bevordert preventie op 29 november: save the date</i> Aankondiging van een congres over populatiebekostiging.
5	Guus Schrijvers, www.medicalfacts.nl	2 juli 2012	<i>Populatiegebonden bekostiging in Duitsland lukt dankzij lange termijn experiment</i> Verwijzing naar een presentatie van Helmuth Hildebrand, directeur van Gesundes Kinzigtal, waarin voorwaarden voor het succes in Kinzigtal geformuleerd zijn.
6	Redactie De Eerstelijns, De Eerstelijns	Juli 2012	<i>Doorgaan, maar strakker sturen</i> Samenvatting van het eindrapport van de EIB.
7	Marc Bruijnzeels, De Eerstelijns	Juli 2012	<i>Lessen voor populatiebekostiging</i> Marc Bruijnzeels beschrijft drie stellingen die zijn visie op de discussie rondom integrale bekostiging weergeven. Deze stellingen worden vertaald naar lessen voor het ontwikkelen van populatiebekostiging.
8	Jos de Wit, www.bmcjeugd.nl	28 juni 2012	<i>Zorg dichterbij patiënt door regionale benadering</i> Verwijzing naar een interview met Pieter de Kort van Rivas Zorggroep over de voordelen en nadelen van een regionale benadering van zorg.
9	Skipr Redactie, www.skipr.nl	27 juni 2012	<i>Praktische bezwaren tegen regionale benadering</i> Verwijzing naar een interview met Rob Adolfsen van Anno12 over de haken en ogen die aan regionale bekostiging van zorg zitten.
10	Anton Maes, www.medischcontact.artsennet.nl	26 juni 2012	<i>Huisartskosten beter in beeld</i> Een beschrijving van twee alternatieven van de huidige huisartsenbekostiging: een populatiegebonden regiobudget en transparante kostprijsberekening.
11	Gerda van Beek, www.lvg.org	25 juni 2012	<i>Impressie politieke lunch</i> Verslag van LVG debat met politici Linda Voortman van Groen Links, Pia Dijkstra van D66, en Attje Kuiken van de PVDA. Ook populatiebekostiging kwam tot sprake.
12	Guus Schrijvers,	25 juni 2012	<i>Niet iedereen is klaar voor populatiegebonden bekostiging</i>

	www.medicalfacts.nl		Uiteenzetting van consequenties van populatiegebonden financiering voor zorggroepen.
13	www.lvg.org	21 juni 2012	<i>CZ is gestart met regioregie</i> Korte samenvatting van regioregie van CZ met een verwijzing naar experimenten die gedaan worden in Zuid Limburg, Zeeuws-Vlaanderen en Eindhoven.
14	Guus Schrijvers, www.medicalfacts.nl	17 juni 2012	<i>Populatiegebonden bekostiging, en als je dan gereformeerde patiënt bent?</i> Uiteenzetting van kanttekeningen die een lezer identificeert voor populatiegebonden bekostiging, vanuit het oogpunt van de GGZ. Vervolgens een reactie van Guus Schrijvers.
15	Guus Schrijvers, www.medicalfacts.nl	2 juni 2012	<i>In 2024 behandelt de geestelijke gezondheidszorg alleen nog maar ernstige aandoeningen</i> Uiteenzetting van zeven veranderingen die in de komende jaren mogelijk in de GGZ plaats gaan vinden. Populatiegebonden bekostiging voor grote GGZ instellingen is één verandering.
16	Guus Schrijvers, www.medicalfacts.nl	27 mei 2012	<i>Populatiegebonden bekostiging in de geestelijke gezondheidszorg, ja of nee?</i> Beschrijving van een mogelijk model van populatiegebonden bekostiging in de GGZ.
17	www.jvei.nl	23 mei 2012	<i>“NieuweZorgbijeenkomst” 23 mei over Populatie bekostiging, interview Marc Bruijnzeels</i> Verslag van bijeenkomst waar ook populatiebekostiging besproken werd.
18	Luc Zwigelaar, www.platformnieuwezorg.nl	23 mei 2012	<i>Verslag n.a.v. NieuweZorgbijeenkomst 23 mei 2012</i> Verslag van bijeenkomst waar ook populatiebekostiging besproken werd.
19	Redactie Medicalfacts / Alida Budding - Hennink, www.medicalfacts.nl	13 mei 2012	<i>Financiële innovatie moet om drie redenen, maar wees wel duidelijk</i> Uiteenzetting van drie redenen waarom financiële innovaties wenselijk zijn.
20	Guy Schulpen & Jan Erik de Wildt, De Eerstelijns	Mei 2012	<i>Populatiebekostiging nader bekeken</i> Uiteenzetting van een mogelijk model van populatiebekostiging met shared savings binnen het Nederlandse zorgstelsel.
21	Guus Schrijvers, www.medicalfacts.nl	15 april 2012	<i>Productiviteit CVA-zorg steeg enorm sinds 1987</i> Productiviteitsstijging in de CVA-zorg was mogelijk door een toename in het aantal poliklinische CVA-patiënten. Door internet en populatiegebonden bekostiging kan deze toename uitbreiden.
22	Guus Schrijvers, www.medicalfacts.nl	1 april 2012	<i>Almere is en blijft Europees voorbeeld van geïntegreerde zorg</i> Verwijzing naar een presentatie over geïntegreerde zorg in Almere. Almere kiest voor populatiegebonden bekostiging van de Almeerse gezondheidszorg.
23	Krista Kroon, Mediator	April 2012	<i>Van dubbele declaratie naar regiobudget?</i> Uiteenzetting van de mening en visie van een aantal stakeholders over integrale bekostiging.
24	Henk Maassen, www.medischcontact.artsennet.nl	23 maart 2012	<i>Geïntegreerde zorg in het Zwarte Woud</i> Introductie van het begrip populatiebekostiging, plus een verwijzing naar het Duitse Kinzigtal.
25	Marc Bruijnzeels, www.jvei.nl	20 maart 2012	<i>Experimenten populatiebekostiging is niet simpel herverdelen van geld!</i> Weblog van Marc Bruijnzeels waarin hij reageert op het concept populatiebekostiging en eventuele experimenten die daaraan verbonden zijn.
26	Henkjan de Jong, www.henkjanwerkt.nl	19 maart 2012	<i>Shared Savings in de zorg: de VS maken er werk van</i> Beschrijving van het Medicare Shared Savings Program for Accountable Care Organizations.
27	Adri van Beelen, www.mednet.nl	12 maart 2012	<i>LHV positief over ‘populatiebekostiging’</i> Uiteenzetting van de mening van de LHV over het voornemen van VGZ en CZ om experimenten op te zetten met één gezamenlijk regionaal budget voor ziekenhuizen en huisartsen.

28	Guus Schrijvers, www.medicalfacts.nl	11 maart 2012	<i>Laten we gaan experimenteren met de bekostiging van CVA-zorg</i> Verwijzing naar het onderzoek van Johanneke Tummers naar de bekostiging van CVA-zorg. Tien mogelijke vormen van bekostiging worden aangereikt, waar onder koptarieven, keten-dbc's en populatiegebonden bekostiging.
29	Sandra Olsthoorn, www.fd.nl	7 maart 2012	<i>Huisarts en ziekenhuis in één zorgpot</i> Uiteenzetting van de plannen van VGZ en CZ om te gaan experimenten met een gezamenlijk budget voor alle zorgverleners in een bepaald gebied.
30	www.mednet.nl	7 maart 2012	Zorg kan goedkoper met 'populatiebekostiging' Verwijzing naar het artikel in het Financieel dagblad van 7 maart 2012.
31	Henkjan de Jong, www.henkjanwerkt.nl	1 maart 2012	Populatiebekostiging: ei van Columbus of Wishful Thinking? Kritische reflectie op populatiebekostiging.
32	Redactie Medicalfacts / Janine Budding, www.medicalfacts.nl	26 februari 2012	Koptarief voor geboortezorg: ja graag en liever voorlopig geen keten-DBC Verwijzing naar een advies van Guus Schrijvers aan de NZa over de bekostiging van geboortezorg. Opties waren koptarief, populatiegebonden bekostiging en keten-DBC.
33	Henk Maassen & Robert Crommentuyn, www.medischcontact.artsennet.nl	24 februari 2012	<i>Schippers beproeft populatiebekostiging</i> Verwijzing naar een Kamerdebat over het Nederlandse zorgstelsel, met een uiteenzetting van de mening van een aantal politieke partijen over regiobudgetten en populatiebekostiging.
34	Guus Schrijvers, www.medicalfacts.nl	19 februari 2012	<i>Populatiegebonden bekostiging: zorgverzekeraar is aan zet</i> Uiteenzetting van drie cruciale beslissingen die zorgverzekeraars moeten nemen voordat systeeminnovaties ingevoerd kunnen worden.
35	Guus Schrijvers, www.medicalfacts.nl	19 februari 2012	<i>Schippers gaat voor populatiegebonden bekostiging</i> Verwijzing naar een uitspraak van minister Schippers met het verzoek naar robuuste experimenten met populatiegebonden bekostiging, die uitgevoerd worden door het veld zelf.
36	Guus Schrijvers, www.medicalfacts.nl	19 februari 2012	<i>Winst van ziekenhuis gaat naar preventie en niet naar aandeelhouder: dat wil Twente</i> Verwijzing naar een bijeenkomst in Twente waar Kinzigtal besproken werd. Vraag is of de winst van Nederlandse ziekenhuizen aan preventie besteed kan worden.
37	www.mednet.nl	15 februari 2012	<i>Schippers: 'Steun voor kleine ziekenhuizen'</i> Verwijzing naar mogelijke experimenten die Schippers wil gaan opzetten rondom populatiebekostiging.
38	Guus Schrijvers, www.medicalfacts.nl	12 februari 2012	<i>Finland presenteert innovaties in de Europese eerstelijns op 29 en 30 maart in San Marino</i> Verwijzing naar San Marino, uitgroepen tot natuurlijk experiment van populatiegebonden bekostiging, en naar een Europees onderzoek naar gezondheidssystemen.
39	Guus Schrijvers, www.medicalfacts.nl	6 februari 2012	<i>Populatiegebonden bekostiging: graag starten met één of twee experimenten en niet met tien</i> Uiteenzetting van drie problemen rondom de invoering van populatiegebonden bekostiging van de National Health Services (NHS) in Engeland in 1974. Daarnaast een vertaling naar de Nederlandse situatie en wordt er gepleit voor een aantal experimenten met populatiegebonden bekostiging in Nederland.
40	Guus Schrijvers, www.medicalfacts.nl	6 februari 2012	<i>San Marino is op 29 en 30 maart het centrum van populatie gebonden bekostiging</i> Verwijzing naar een congres over geïntegreerde zorg in San Marino, wat gezien wordt als de plaats met een natuurlijk experiment met populatiegebonden bekostiging van zorg.

41	Guus Schrijvers, www.medicalfacts.nl	6 februari 2012	<i>Zorgverzekeraars zijn trekker van systeeminnovaties</i> Verwijzing naar een presentatie van Guus Schrijvers op een symposium van Achmea/AGIS. Zorgverzekeraars moeten systeeminnovaties zoals populatiegebonden bekostiging ontwerpen en testen.
42	Guus Schrijvers, www.medicalfacts.nl	6 februari 2012	<i>Klantwaarde, een nieuw begrip in zorgland</i> Beschrijving van een model voor een mogelijk experiment met populatiegebonden aan de hand van de klantwaarde.
43	Guus Schrijvers, www.medicalfacts.nl	22 januari 2012	<i>Populatiegebonden bekostiging in de geboortezorg: ja het kan</i> Beschrijving van een model van populatiegebonden financiering in de geboortezorg aan de hand van het Verzekering Technisch Resultaat (VTR).
44	www.de-eerstelijns.nl	12 december 2012	<i>Conclusie congres: Geen substitutie zonder randvoorwaarden</i> Verwijzing naar het Eerstelijns Substitutiecongres van 9 december 2011, waar ook het concept populatiebekostiging werd gepresenteerd.
45	Guus Schrijvers, www.medicalfacts.nl	11 december 2011	<i>Menzis kijkt anders naar ouderen(zorg)</i> Beschrijving van de reactie van Menzis op eerder bericht van Guus Schrijvers (zie nieuwsbericht 25). Guus Schrijvers en Menzis gaan mogelijk een experiment doen met populatiegebonden bekostiging en shared savings.
46	Guus Schrijvers, www.medicalfacts.nl	27 november 2011	<i>Iedere vijf jaar een andere financiële prikkel: ja graag</i> Schrijvers pleit voor populatiegebonden bekostiging met een groter aandeel van het abonnementstarief in de inkomensverwerving van huisartsen.
47	Guus Schrijvers, www.medicalfacts.nl	20 november 2011	<i>Populatie Gebonden Bekostiging, ook voor spoedzorg</i> Uiteenzetting van twee manieren waarom spoedzorg bekostigd kan worden, namelijk gelijke tarieven voor gelijke spoeddiensten en populatiegebonden bekostiging.
48	Guus Schrijvers, www.medicalfacts.nl	13 november 2011	<i>Doetinchem wil Populatie Gebonden Bekostiging voor ouderenzorg: Menzis doe je mee?</i> Verwijzing naar een presentatie van Guus Schrijvers over populatiegebonden bekostiging, tijdens een bijeenkomst ter gelegenheid van het ondertekenen van een intentieverklaring om een netwerk voor kwetsbare ouderen te vormen in Doetinchem.
49	Leo Kliphuis, De Eerstelijns	Oktober 2011	<i>Colum: Populatiebekostiging: I have a dream</i> Colum waarin Leo Kliphuis pleit voor experimenten met populatiebekostiging.
50	Marc Bruijnzeels, De Eerstelijns	Oktober 2011	<i>Geïntegreerde zorg (GEZ) vraagt om de juiste bekostiging!</i> Uiteenzetting van vijf verschillende financieringssystemen van de zorg. De schrijver stelt een model voor het bekostigen van geïntegreerde eerstelijnszorg voor, waarin populatiegerichtheid een belangrijke element is.
51	Marc Bruijnzeels, www.jvei.nl	8 september 2011	<i>Substitutie bereik je via populatiegerichte zorg: Geld volgt Zorg!</i> Weblog van Marc Bruijnzeels waarin hij pleit voor populatiebekostiging.
52	Jan van Es Instituut, http://www.jvei.nl	Geen datum	<i>Model 3: Populatie model</i> Globale beschrijving van een populatie model, een van de vier mogelijke modellen die het Jan van Es Instituut voor stelt.