

**Suzanne Ruwaard**

PhD-student aan Tilburg University, verbleef zes weken in Boston, Massachusetts om zich te verdiepen in het AQC

**Jeroen Struijs**

senior onderzoeker RIVM, was in 2013/2014 verbonden aan Harvard School of Public Health, Boston

**Rudy Douven**

gezondheidseconoom CPB en Erasmus Universiteit Rotterdam, was in 2013/2014 werkzaam aan Harvard Medical School, Boston

**Johan Polder**

bijzonder hoogleraar gezondheidseconomie, RIVM en Tilburg University

### INNOVATIEVE CONTRACTEN AMERIKA PRIKKELEN TOT KWALITEIT EN KOSTENBEHEERSING

# Leren van zorgbrede bekostiging à la VS

In de Verenigde Staten wordt gewerkt met zorgbrede *Alternative Quality Contracts*. Dit bekostigingsmodel lijkt ook voor Nederland bruikbare lessen te bevatten. Het biedt betere kwaliteit tegen lagere kosten zonder ingrijpende stelselwijzigingen.

In Nederland willen zorgverzekeraars zorgaanbieders via nieuwe bekostigingsmodellen gaan belonen voor kwaliteit en doelmatigheid in plaats van te betalen per verrichting. Sinds enige tijd worden de mogelijkheden verkend om innovatieve contracten te sluiten voor de eerste lijn, maar ook voor de ziekenhuiszorg.<sup>1-3</sup> In Amerika wordt echter al enkele jaren met *Accountable Care Organizations* gewerkt waar dergelijke bekostigingsvormen worden toegepast. Bijvoorbeeld door verzekeraar Blue Cross Blue Shields (BCBS), die in 2009 in Massachusetts het *Alternative Quality Contract* (AQC) introduceerde. Het AQC is een van de grootste hervormingen geweest op het gebied van de bekostigingssystematiek van de zorg. Momenteel maakt ongeveer 85 procent van alle artsen in het BCBS-netwerk deel uit van een van de negentien AQC-groepen.<sup>4</sup> Vanwege eerste positieve resultaten heeft het AQC ook in Nederland de aandacht getrokken, zowel vanuit de politiek, de overheid, het zorgveld, de media als de wetenschappelijke wereld.<sup>3 5-10</sup> Dit artikel geeft aan de hand van vijf vragen inzicht in het AQC, hoe het is

vormgegeven en wat de effecten ervan zijn op de kosten en de kwaliteit van zorg.

## 1 Hoe ziet het *Alternative Quality Contract* er op hoofdlijnen uit?

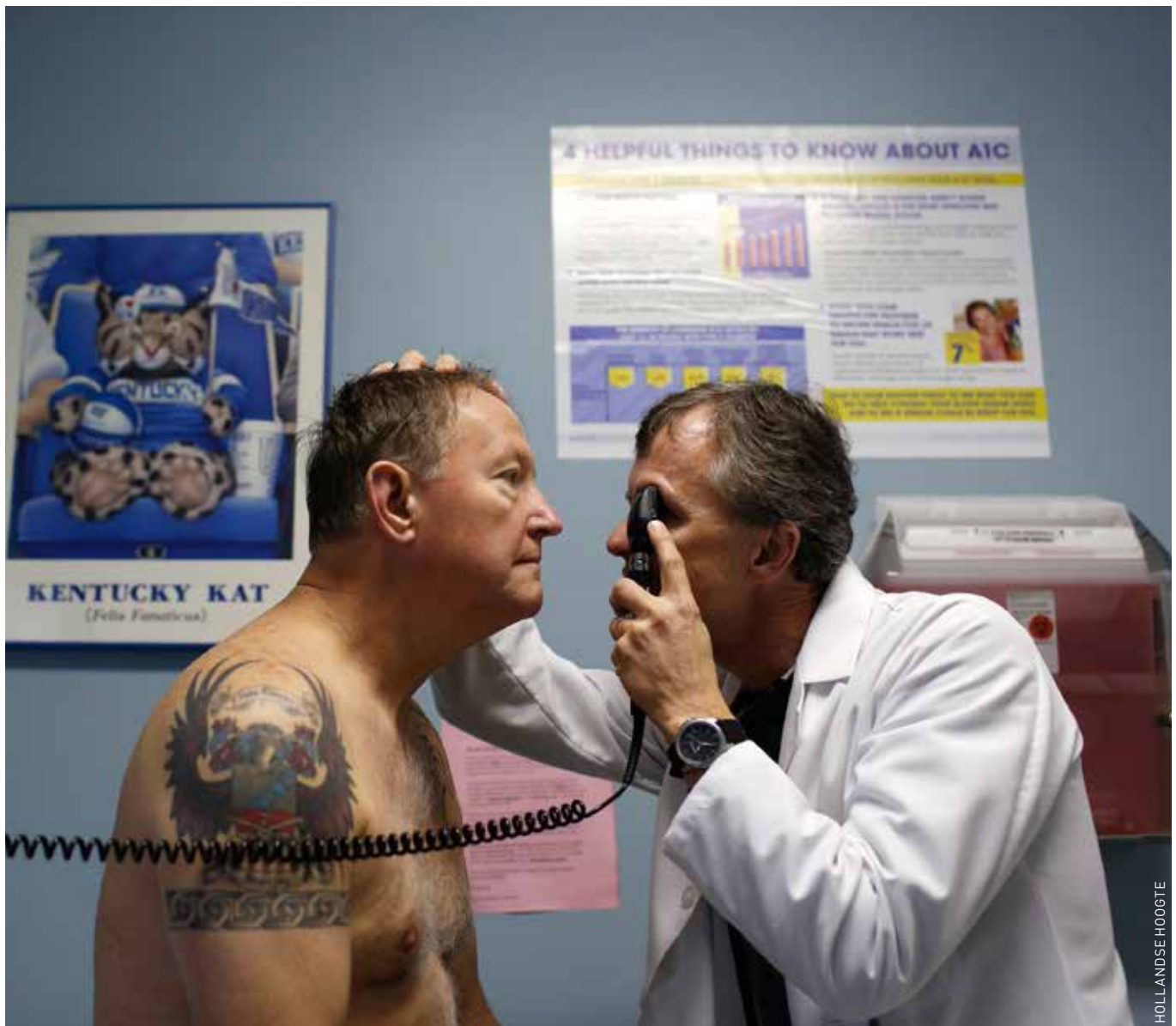
Parallel aan de bestaande zorginkoopcontracten met de zorgaanbieders die nog steeds per verrichting worden betaald, heeft verzekeraar BCBS een extra contract gesloten met een groep zorgaanbieders, te weten een AQC-groep. Deze kan zowel bestaan uit enkel eerstelijnszorgaanbieders als uit een combinatie van eerstelijns- en tweedelijnszorgaanbieders.<sup>11</sup> Een AQC-groep is verantwoordelijk voor een populatie van ten minste vijfduizend BCBS-verzekerden die staan ingeschreven bij huisartsen (*primary care physicians*). De verzekerde blijft echter vrij om te kiezen voor aanbieders buiten de AQC-groep, mits de huisarts hiervoor een verwijzing afgeeft.<sup>12</sup> Op basis van dit extra contract accepteert de AQC-groep de verantwoordelijkheid voor zowel de kwaliteit als de kosten van het hele zorgspectrum van zijn populatie. Het bekostigingsmodel voor elke afzonderlijke AQC-groep bestaat uit drie

componenten: het virtueel budget, het tweezijdig risico en de prestatiebeloning. Allereerst wordt er door BCBS een 'virtueel budget' vastgesteld voor de te verwachten kosten per verzekerde. De jaarlijkse verhoging van dit budget is voor een contractduur van vijf jaar vastgesteld. De tweezijdig-risicocomponent houdt in dat als de totale kosten van het virtuele budget worden overschreden of als er besparingen worden gerealiseerd, de verliezen of besparingen worden verdeeld over BCBS en de desbetreffende AQC-groep (*'shared savings'*). Tot slot is er een prestatiebeloning (bonus) die afhankelijk is van de kwaliteitsscore (zie ook vraag 2).

## 2 Hoe wordt kwaliteit van zorg gestimuleerd?

Kwaliteit van zorg wordt gemeten aan de hand van een vaste set van 64 kwaliteitsindicatoren met vaste streefwaarde (32 indicatoren voor ambulante zorg en 32 voor ziekenhuiszorg). Deze indicatoren meten zowel het proces

De uitkomst-indicatoren wegen drie keer zwaarder mee



Zorgaanbieders ervaren zowel bij besparingen als bij budgetoverschrijdingen een prikkel om kwaliteitsverbeteringen te realiseren.

(bijvoorbeeld: borstkankerscreening) en uitkomsten van zorg (bijvoorbeeld: ziekenhuissterfte) als ervaringen van patiënten (bijvoorbeeld: toegankelijkheid van zorg). Voor iedere afzonderlijke indicator is een benchmark opgesteld. Op basis van deze benchmark worden voor iedere AQC-groep per indicator punten toegekend op een schaal van 1 tot 5.<sup>11</sup> In de totaalscore wegen de uitkomstindicatoren drie keer zwaarder mee dan de

procesindicatoren en de patiëntervaringen. Vervolgens wordt deze totaalscore ook weer onderverdeeld op een schaal van 1 tot 5 (een score van 5 is optimale zorg) en gekoppeld aan de tweezijdig-risico-component (zie *figuur* op blz. 630). In geval van besparingen mag de aanbieder een groter deel van de besparingen houden naarmate de kwaliteit toeneemt. Bijvoorbeeld bij een kwaliteitsscore van 1

is 20 procent van de besparing voor de aanbieder, bij een kwaliteitsscore van 5 is dat 80 procent. Essentieel is de tweezijdigheid; in geval het virtuele budget wordt overschreden is het percentage dat wordt kwijtgescholden hoger naarmate de kwaliteitsscore toeneemt (zie *figuur*). Zorgaanbieders ervaren hierdoor zowel bij mogelijke besparingen als bij eventuele budgetoverschrijdingen een prikkel om kwaliteitsverbeteringen te realiseren.

## 3 Hoe worden zorgverleners gestimuleerd om de kosten te beheersen?

De aanbieder die participeert in de AQC-groep draagt in dit model tot op zekere hoogte financieel risico, wat stimuleert om gepaste zorg te leveren en onnodige zorg te voorkomen. Omdat patiënten een verwijzing van de huisarts nodig hebben, speelt deze hierin een belangrijke rol. Patiënten kunnen worden verwezen naar een aanbieder binnen de AQC-groep, een voorkeursaanbieder of aanbieders buiten het netwerk. Huisartsen hebben de voorkeur om patiënten zoveel mogelijk binnen het netwerk te verwijzen, omdat dit de coördinatie van zorg ten goede komt en het vaak ook goedkoper is. Sommige aanbieders hebben verlagingen

in de *fee-for-service* (betalen per verrichting)-tarieven onderhandeld om zodoende in aanmerking te komen voor verwijzingen van buiten het eigen netwerk en hebben daarmee hun positie in de markt verbeterd. Deze tariefverlagingen zijn voor de AQC-groepen interessant, omdat het de totale kosten van de AQC-groepen vermindert, waardoor de 'shared savings' van de AQC-groepen toenemen.

De AQC-groep kan er financieel niet op vooruitgaan door bestaande verzekerden af te stoten en/of nieuwe verzekerden te weigeren; het budget is immers gebaseerd op de verwachte kosten per verzekerde.

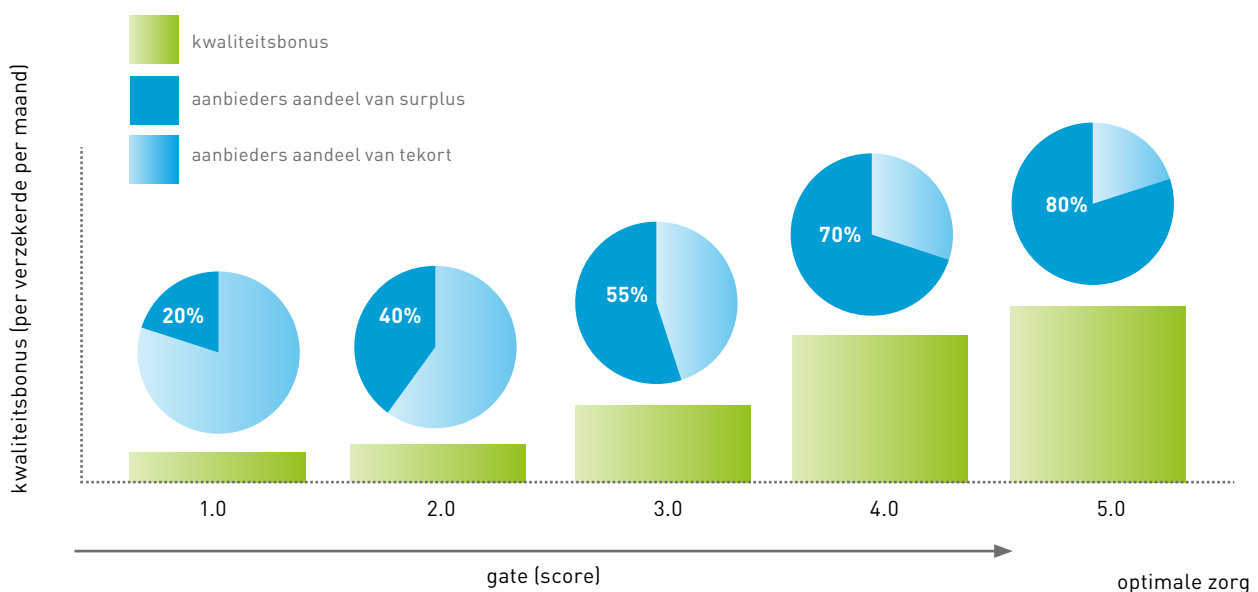
## 4 Wat zijn de resultaten van het AQC tot nu toe?

Op het gebied van kwaliteit van zorg laten de – uitvoerige – evaluaties zien dat de AQC-groepen vier jaar na de introductie van het AQC significant grotere kwaliteitsverbeteringen hebben gerealiseerd dan de controlegroep en het nationaal gemiddelde.<sup>4</sup> De kwaliteit van ambulante zorg verbeterde onder meer bij chronische zorg, pediatrie en preventieve zorg voor volwassenen.<sup>4 14 15</sup> Zo

stegen de controle van het hemoglobine-gehalte, LDL-cholesterolwaarde en bloeddruk jaarlijks met gemiddeld 2,1 procentpunten na invoering van het AQC.<sup>4</sup> Daarnaast is aangetoond dat de AQC-groepen over een periode van vier jaar een verminderde kostengroei van 6,8 procent hadden ten opzichte van de controlegroep, en dat er in 2012, na drie jaar, voor het eerste nettobesparingen gerealiseerd werden. Met andere woorden: de besparingen waren groter dan de uitbetaalde bonussen aan de AQC-groepen. De kostenreducties over de gehele periode van vier jaar werden gerealiseerd door zowel een verminderd zorggebruik als lagere tarieven.<sup>4 14 15</sup> Het verwijsgedrag heeft een belangrijke rol gespeeld in het voorkomen van onnodige zorg en het verwijzen naar minder dure faciliteiten en zorgaanbieders. Wat hierin de kritische succesfactoren waren is overigens nog onderwerp van onderzoek. Ook de variatie tussen de negentien AQC-groepen is vooralsnog onbekend. Verder is de vraag nog onbeantwoord in hoeverre de controlegroepen vergelijkbaar zijn met de AQC-groepen omdat deze afkomstig zijn uit andere staten.<sup>4</sup>

De besparingen waren groter dan de uitbetaalde bonussen

### Prestatiebeloningcomponent



**5 Wat zijn de lessen van het AQC voor Nederland?**  
Gezien de verschillen in gezondheidszorgsystemen tussen landen kunnen bekostigingsmodellen niet zomaar worden overgenomen. Toch zijn uit de ervaringen met het AQC een aantal lessen te trekken voor Nederland. Ten eerste laat het AQC zien dat het mogelijk is om de kwaliteit en kosten van zorg te beïnvloeden door contractinnovatie zonder fundamentele hervorming van de bestaande bekostigingssystematiek; immers alle zorgaanbieders worden binnen de AQC nog steeds per verrichting betaald. Ten tweede blijkt het geven van een prikkel voor kwaliteitsverbeteringen en kostenbeheersing in combinatie met de mogelijkheid om patiënten te kunnen verwijzen naar kwalitatief goede en betaalbare aanbieders goed te werken. Immers zowel kostenbeheersing als kwaliteit wordt beloond voor deze afgebakende populatie. Huisartsen weten op voorhand voor welke patiënten zij verantwoordelijk zijn en deze patiënten kunnen vervolgens gestuurd worden omdat een verwijzing verplicht is. In Nederland vervult de huisarts een soortgelijke poortwachtersrol, waardoor er meer gebruikgemaakt zou kunnen worden van de mogelijkheden om patiënten te sturen. Ten derde: het AQC biedt een generieke kwaliteitsbenadering (64 indicatoren), gebaseerd op meerdere aspecten van zorg en een breed scala aan behandelingen. Daardoor ondervinden aanbieders een directe prikkel om *over de gehele linie* kwaliteitsverbeteringen te realiseren. Terwijl, als de prestatiebeloning gebaseerd is op een klein aantal indicatoren, aanbieders verhoudingsgewijs veel aandacht zullen besteden aan deze prestaties, wat vervolgens ten koste kan gaan van andere kwaliteitsaspecten. In de vierde plaats kan een tweezijdig-risicocomponent een prikkel tot overproductie voorkomen zonder dat de aanbieder daar grote financiële risico's voor moet dragen. Het ministerie van VWS onderzoekt momenteel in hoeverre het mogelijk is om een dergelijk bekostigingsmodel met een tweezijdig-risico-

## PRAKTIJKPERIKEL

### SAMENWERKING

Als psychiater vroeg ik informatie aan bij de grootste ggz in Friesland omtrent een patiënt die jarenlang aldaar in zorg was geweest. Ik kreeg het volgende antwoord.

*Geachte heer/mevrouw,*

*Naar aanleiding van Uw verzoek d.d. 26 juni 2014 waarin U verzoekt om inzage in het dossier van mevrouw N.N., geboren..., hierbij het volgende:*

*Verzoeken door derden, waarin gevraagd wordt om inzage van gegevens van een ggz-patiënt, kunnen wij wegens privacyredenen niet honoreren, ook al is een instemmingsverklaring van de betreffende patiënt bijgevoegd. Uitsluitend mevrouw zelf kan deze gegevens separaat en schriftelijk bij ons opvragen.*

*In het vertrouwen U hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.*

Heeft u ook een perikel?  
Stuur uw verhaal naar [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)

component in te voeren zodat verzeke-  
raars en het zorgveld ook in Nederland  
met deze nieuwe contractvormen kunnen  
experimenteren.

Tot slot: vaak wordt in discussies over  
kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg  
naar het stelsel als geheel gekeken en  
worden systeemaanpassingen voorges-  
teld. De ervaringen met het AQC laten  
zien dat in een marktgericht zorgstelsel  
op contractniveau ook kwaliteitsverbete-  
ringen gerealiseerd kunnen worden en  
gelijktijdig de groei in zorgkosten kan  
worden gereduceerd. ■

**contact**  
[suzanne.ruwaard@rivm.nl](mailto:suzanne.ruwaard@rivm.nl)  
cc: [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)

Geen belangenverstrengeling gemeld

**web**  
De voetnoten vindt u bij dit artikel op [medisch-  
contact.nl/artikelen](http://medisch-contact.nl/artikelen).

**MEDISCH CONTACT** **Live**



## Gepaste zorg

Beter dokteren door  
een blik in de spiegel

**Woensdag 15 april 2015**  
15.30 - 20.30 uur  
Postillion Hotel Utrecht  
Bunnik

**Aanmelden via**  
[medischcontactlive.nl](http://medischcontactlive.nl)