

Bonus stimuleert kwaliteitsverbetering huisartsenzorg



Loon naar werken loont

dr. Jozé Braspenning*
 drs. Kirsten Kirschner*
 drs. Jacqueline Batenburg,
 coördinator huisartsenzorg en
 verloskunde VGZ
 drs. Dennis van de Rijt,
 manager zorg CZ
 prof. dr. Richard Grol*

*Wetenschappelijk Instituut
 Kwaliteit Gezondheidszorg,
 UMC St Radboud, Nijmegen

Correspondentieadres:
 j.braspenning@kwazo.umcn.nl;
 c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
 gemeld.

Een bonus voor huisartsenpraktijken die bovengemiddeld presteren, komt de kwaliteit van de huisartsenzorg ten goede. Behalve voor de huisartsen pakt een financiële prikkel ook goed uit voor patiënten en zorgverzekeraars.

Sommige zorgverzekeraars belonen goede diabeteszorg. Per goed ingestelde diabetespatiënt wordt een bedrag uitgekeerd aan een zorggroep of een huisartsenpraktijk. Maar het zijn uitzonderingen. In de Nederlandse gezondheidszorg wordt in vergelijking met het buitenland weinig geëxperimenteerd met bonussen voor prestaties. Het Wetenschappelijk Instituut Kwaliteit Gezondheidszorg van het UMC St Radboud (voorheen WOK) heeft samen met zorgverzekeraars CZ en VGZ, huisartsen en patiënten het model *pay for performance* (P4P) voor de totale huisartsen-

zorg ontwikkeld en vervolgens getest onder 76 praktijken in Zuid-Nederland. De belangrijkste vragen bij de ontwikkeling van het model waren: is het mogelijk de kwaliteit van de huisartsenzorg te definiëren en betrouwbaar te meten? En hoe moet de beloning aan de prestatie worden gekoppeld? Voor de kwaliteitsmeting is uitgegaan van de volgende uitgangspunten: zo veel mogelijk gebruikmaken van bestaande valide kwaliteitsindicatoren, inbreng van alle gebruikers (zorginkoper, patiënt/consument en zorgaanbieder) en aansluiting bij de NHG-Praktijkaccreditering.

Honoringsmodel

Het Wetenschappelijk Instituut Kwaliteit Gezondheidszorg heeft indicatoren opgesteld voor medisch handelen, praktijkmanagement en patiëntervaring (zie *tabel 1*). De indeling is vergelijkbaar met die van het Engelse honoringsmodel voor de huisartsenzorg.¹ Voor de nadere invulling is samengewerkt met de NHG-Praktijkaccreditering.^{2,3} Vervolgens zijn de kwaliteitsindicatoren voorgelegd aan huisartsen, patiënten en zorgverzekeraars. Het gaat in eerste instantie om een basisset van metingen, maar het Wetenschappelijk Instituut Kwaliteit Gezondheidszorg streeft op termijn naar verbreding en denkt daarbij aan onderwerpen als geestelijke gezondheidszorg en medicatieveiligheid. Voor het medisch handelen zijn de resultaten van proces- en uitkomstindicatoren gemeten omdat de praktijken over beide feedback wilden ontvangen. Voor het berekenen van de bonus hebben we ons echter beperkt tot de procesindicatoren, omdat je

1. Onderwerpen voor kwaliteitsmeting

themaveld	onderwerpen	aantal indicatoren
medisch handelen	diabetes mellitus	9
	COPD	5
	dstma	4
	cardiovasculair risicomanagement	9
	griepvaccinatie	1
	cervixscreening: bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker	1
	medicatiebeleid: antibioticumbeleid	1
praktijkmanagement	infrastructuur	8
	team	7
	informatie	3
	kwaliteit en veiligheid	4
patiëntervaringen	functioneren van de huisarts	1
	organisatie van zorg	1

Een bonus spoort aan tot betere prestaties. Daar zijn ook de patiënten bij gebaat.

beeld: Corbis



Je kunt alleen prestaties honoreren waarvoor de huisarts verantwoordelijk is

alleen prestaties kunt honoreren waarvoor de zorgaanbieder verantwoordelijk is. Zo moet een huisarts een patiënt weliswaar wijzen op het gezondheidsbelang om te stoppen met roken en kan hij de patiënt daarbij helpen, maar de patiënt is zelf verantwoordelijk voor zijn rookgedrag. In totaal hebben 76 praktijken in Zuid-Nederland (die voor 1 september 2007 het traject bij de NHG-Praktijkaccreditering hadden afgerond) het model getest. Geen enkele praktijk is afgevallen en de praktijken doen nu mee aan de volgende ronde. De metingen van een individuele praktijk zijn afgezet tegen de prestaties van alle deelnemende praktijken, de referentiegroep. Voor zowel medisch handelen, praktijkmanagement als patiëntervaringen zijn

kwaliteitscores berekend. De score van elke indicator is uitgedrukt in procenten (tussen 0 en 100). De praktijken konden hun eigen scores vergelijken met de score van de referentiegroep.

Behalve de mediaan werd ook het percentage behorend bij het 25ste en 75ste percentiel vermeld. De score op het 25ste percentiel van de referentiegroep is gedefinieerd als de minimale drempel; daaronder wordt niet voldaan aan de minimale drempelwaarde en is de score getransformeerd naar 0. Eén van de indicatoren uit de diabeteszorg is bijvoorbeeld het percentage diabetespatiënten bij wie in het afgelopen jaar een HbA1c is gemeten. De score van het 25ste percentiel uit de referentiegroep lag op 90 procent. Als een praktijk van minder dan 90 procent van zijn diabetespatiënten de HbA1c heeft gemeten, dan wordt de score getransformeerd naar 0 procent.

2. Kwaliteitscore en bonusbedrag

kwaliteitscore in zeven kwaliteitsniveaus

punten	0	1	2	3	4	5	6
kwaliteitscore per themaveld, omgewerkt naar percentielen	onder of gelijk aan 25ste percentiel	25,1 - 37,5	37,6 - 50,0	50,1 - 62,5	62,6 - 75,0	75,1 - 87,5	87,9 - 100

Een praktijk kan per onderdeel maximaal 6 en minimaal 0 punten verdienen. Wat dit betekent voor de honorering staat hieronder.

bonusbedrag per onderdeel uitgekeerd per CZ/VGZ-verzekerde patiënt uit de praktijk

punten	medisch handelen	praktijkmanagement	patiëntervaring
0	€ 0	€ 0	€ 0
1	€ 0,83	€ 0,41	€ 0,41
2	€ 1,33	€ 0,66	€ 0,66
3	€ 1,87	€ 0,94	€ 0,94
4	€ 2,37	€ 1,19	€ 1,19
5	€ 2,95	€ 1,47	€ 1,47
6	€ 3,45	€ 1,72	€ 1,72

De kwaliteitscore kent zeven niveaus. Het laagste niveau is een score onder de drempelwaarde van het 25ste percentiel; de andere niveaus zijn in zes gelijke compartimenten verdeeld (zie tabel 2).

Bonus

Over de vorm van bonus waren de panelleden (huisartsen en zorgverzekeraars) het snel eens: geld. Daarmee zijn immers alle andere zaken (bijvoorbeeld praktijkondersteuning) te koop. Bij het bepalen van de hoogte van de bonus is vooral rekening gehouden met de beschikbare evidence. Het bedrag moet niet te laag zijn, omdat het dan geen effect heeft op de kwaliteit van zorg, maar ook niet te hoog vanwege mogelijke ongewenste neveneffecten.⁴

Besloten is dat een normpraktijk van CZ/VGZ met 2350 verzekerde patiënten gemiddeld een bonusbedrag krijgt van 7500 euro (minimaal 0 en maximaal 15.000 euro). Medisch handelen telt hierbij twee keer zo zwaar als praktijkmanagement en patiëntervaringen (2:1:1); artsen zijn immers geen managers. CZ en VGZ keerden in het project de bonus uit boven op de reguliere contractafspraken.

Voor het verzamelen van de gegevens hadden de praktijken gemiddeld ongeveer 25 uur nodig, waarvan 20 uur voor de gegevens over het

medisch handelen. Meer dan de helft van de praktijken heeft voor het medisch handelen een steekproef genomen van de beoogde populatie van chronisch zieken en hiervan handmatig gegevens genoteerd. Het huisartseninformatiesysteem (HIS) bood deze artsen onvoldoende steun. Het is duidelijk dat in de toekomst patiëntgegevens die geautomatiseerd worden opgeslagen, ook geautomatiseerd moeten worden geëxtraheerd. Hiervoor moet in de huisartsenpraktijk uniform worden geregistreerd. Met betrekking tot een aantal gegevens moet (gebruikersvriendelijke) software worden ontwikkeld om de systematische registratie te bevorderen.

Inbedding

Uitvoering van P4P vereist valide indicatoren; indicatoren die zo veel mogelijk berusten op bestaande evidentie aangevuld met consensus van experts. De validiteit van de indicatoren in dit model is gewaarborgd doordat het aansluit bij bestaande indicatoren die empirisch zijn getoetst.

De betrouwbaarheid van de indicatorscore heeft ook te maken met het aantal patiënten over wie een uitspraak wordt gedaan. Voor het medisch handelen zijn per indicator ongeveer tweehonderd patiënten nodig om op praktijkniveau een betrouwbare uitspraak (afwijking van plus of min 5%).⁹ Dit is in een huisartsenpraktijk nog niet volledig te realiseren (te weinig patiënten), maar wel in een zorggroep

Het bedrag moet niet te laag, maar ook niet te hoog zijn



De literatuurlijst vindt u onder de digitale versie van dit artikel op www.medischcontact.nl.

Daar vindt u ook de volledige lijst van indicatoren.



SAMENVATTING

- Wetenschappelijk Instituut Kwaliteit Gezondheidszorg, UMC St Radboud, heeft een *pay for performance*-model ontwikkeld voor de totale huisartsenzorg. *Pay for performance* (P4P) beoogt de kwaliteit van zorg te bevorderen door het koppelen van een financiële bonus aan geleverde kwaliteit; betrouwbare en valide gegevens zijn hierin van essentieel belang.
- P4P werkt, mits er voldoende draagvlak is onder huisartsen, patiënten en zorgverzekeraars.
- Het model kan worden gebruikt voor het toekomstige gedifferentieerde financieringssysteem voor de huisartsenzorg.

of huisartsencoöperatie. Aan de andere kant zal feedback in grotere instellingen de individuele huisarts veel minder aanspreken en dit maakt het moeilijker om gerichte verbeterplannen te maken. Het is dus zoeken naar een balans tussen nauwkeurigheid van data en het bevorderen van kwaliteit.

Door de zorgkwaliteit van huisartspraktijken met elkaar te vergelijken, worden verschillen duidelijk. Door aan de verschillen beloningen te koppelen, wordt kwaliteitsverbetering gestimuleerd. Het lijkt erop dat op deze manier zorgkwaliteit wordt verbeterd. We hebben van elf huisartsenpraktijken gegevens over twee metingen. Wat betreft het medisch handelen zagen we dat op sommige onderwerpen verbeteringen werden bereikt en op andere niet. De grootste verbeteringen betroffen astma en COPD.⁵ Het aantal praktijken is nu nog te klein om de effectiviteit goed te beoordelen, maar de resultaten in Engeland laten ook zien dat voor het medisch handelen op sommige onderwerpen vooruitgang werd geboekt.⁶ Ook de tevredenheid over het functioneren van de huisarts en de organisatie van de zorg nam toe. Praktijkmanagement is nog niet voor de tweede keer in beeld gebracht.

Door de gegevensverzameling te koppelen aan de NHG-Praktijkaccreditering (NPA) is het werken aan kwaliteit extra gestimuleerd. Voor de NPA zijn immers aan de hand van de gegevens SMART-verbeterplannen gemaakt en uitgevoerd, waarvoor ondersteuning is ingehuurd om het rendement te vergroten.⁷ Maar er waren ook nadelen. Praktijken die in aanmerking kwamen voor een bonus stelden veel vragen over de juistheid van de gegevens. Weliswaar hebben ze deze gegevens zelf aangeleverd, maar vermoedelijk hebben ze op dat moment niet alle consequenties overdacht. Een onjuist of onvolledig gegeven, is in het kader van interne kwaliteitsverbetering van heel andere betekenis


dan bij externe verantwoording waaraan een bonus is gekoppeld.

Arbeidsintensief

Voor zorgaanbieders biedt het bonusmodel transparantie. Praktijken willen laten zien welke zorg zij leveren. Huisartsen vonden de gegevensverzameling erg arbeidsintensief. Maar, gelet op het inzicht dat ze ervoor hebben teruggekregen, vonden zij het de moeite waard. De noodzaak om gegevens te produceren vormt een stimulans om de registratie systematischer uit te voeren. Financiële prikkels waren tot nu toe onbekend, terwijl er vaak wel financiële investeringen werden gepleegd. Verder past het model in het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep, waarin het spiegelen en bespreekbaar maken van elkaars handelen wordt nagestreefd. Voor praktijken is het van belang dat zij zich bij het afleggen van verantwoording kunnen vergelijken met een andere praktijk.

Consumenten en patiënten zijn gebaat bij een systeem waarin wordt gewerkt aan de kwaliteit van de huisartsenzorg. Zij kunnen zich als verzekerde aansluiten bij een zorgverzekeraar die werkt maakt van de kwaliteit in de huisartsenzorg. De informatie uit het huidige model wordt niet publiek kenbaar gemaakt. Mogelijk dat in de toekomst (een deel van) de informatie wel openbaar wordt gemaakt.

Voor de zorgverzekeraars heeft het honoringsmodel toegevoegde waarde, omdat ze praktijken ermee kunnen differentiëren op basis van kwaliteit. Deze informatie is relevant bij de inkoop van zorg. Ze kunnen afspraken maken met praktijken over verbetertrajecten en zo beter voldoen aan hun zorgplicht om verzekerden te verzekeren van kwalitatief goede zorg. De zorgverzekeraars hebben de discussies bijgewoond, maar lieten - conform de visie van VWS hierover - de inhoud over aan de beroepsgroep. Zorgverzekeraars hebben wel aangegeven dat zij meer indicatoren in het model opgenomen willen zien. Zij denken onder meer aan prescriptie-indicatoren en indicatoren over het aanvraaggedrag met betrekking tot diagnostiek.

Vanaf 2009 gaan de zorgverzekeraars een gedifferentieerd financieringssysteem toepassen bij de inkoop van de huisartsenzorg. De honorering die nu boven op de bestaande financiering kwam, kan dan deel uitmaken van een nieuw gedifferentieerd financieringssysteem op basis van geleverde kwaliteit van zorg. 

3. Bonusberekening			
	punten	bedrag	subtotaal
medisch handelen	3	€ 1,87	€ 4394,50
praktijkmanagement	4	€ 1,19	€ 2796,50
patiëntervaring	2	€ 0,66	€ 1551,00
totaal			€ 8742,00

Rekenvoorbeeld bonus van een praktijk met 2350 CZ/VGZ-verzekerden.

Literatuur

1. www.nhsconfed.org/docs/quality_and_outcomes_framework_guidance.pdf.
2. Witmer H, Bouma M, Braspenning J, Veld K in 't, Grol R. NHG-Praktijkaccreditering; Een nieuwe stap in de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid in de huisartsenpraktijk. NHG/WOK, maart 2005.
3. www.praktijkaccreditering.nl.
4. Peterson Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Ann Intern Med* 2006; 145(4): 265-272.
5. Kirschner K, Braspenning J, Muijters P, Bonte A, Batenburg J, Klomp M, Verstappen W, Grol R. 'Value for money': een kwaliteitsbonus voor huisartsenzorg. Project Transparantie Huisartsenzorg, fase 2. Nijmegen: Kwaliteit van Zorg, (WOK), UMC St Radboud, 2008.
6. Roland M. The quality and outcomes framework: too early for a final verdict. *Br J Gen Pract* 2007; 57: 525-527.
7. Engels YMP. Assessing and improving management in primary care practice in the Netherlands and in Europe. Dissertatie. Nijmegen: UMC St Radboud, 2005.