BUNDLED EFFORT OM BUNDLED PAYMENTS TE IMPLEMENTEREN

Eén zorgketen, één budget

Stichting Digitalezorg.nl en Vintura

M.m.v. ABN AMRO en VitalHealth

COLOFON

Copyright © 2018 Stichting Digitalezorg.nl en Ventura

Auteurs
Noël van Oijen, Vintura en Martijn Claus, Stichting Digitalezorg.nl

M.m.v.
Maarten Koomans, dagvoorzitter namens Stichting Digitalezorg.nl
Anja van Balen, ABN AMRO
Arjan Karens, VitalHealth
Erik Geluk, VitalHealth
Ewoud Ravenshorst, Vintura

Vormgeving **Rippel**
Fotografie **Coen Halmans**

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd door middel van druk, fotokopieën, geautomatiseerde gegevensbestanden of op welke wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Stichting Digitalezorg.nl en Vintura.

INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING 5
- Proces 6

2. BUNDLED PAYMENTS 7
- Wat is bundled payments? 8
- Waarom willen we bundled payments? 13
- Is Bundled Payments een goede oplossing? 15
- Aandachtspunten bij Bundled Payments 17

3. DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN 21
- De dokter ‘in the lead’? 23
- Intermezzo 27
- Opschalen en versnellen is een uitdaging 29
- Waar is de patiënt? 33
- Middel, geen doel op zich 35

4. CONCLUSIE STRATEGIEAVOND BUNDLED PAYMENTS 39

5. NABESCHOUWING 41
- Brengt Bundled Payments niet te veel complexiteit? 43
- IPU’s werken niet voor alle delen van de zorg 49
- De aandachtspunten worden voor een groot deel opgelost 51
- Conclusie nabeschouwing 51

6. BIJLAGEN 53
- Bijlage I: Deelnemers strategieavond Bundled Payments 54

1. INLEIDING

Op 4 april is een select gezelschap van bestuurders binnen het zorgdomein met elkaar in gesprek gegaan over Value-Based Healthcare (VBHC) en de rol van Bundled Payments hierin in het bijzonder. Het gezelschap, bestaande uit bestuurders van ziekenhuizen, klinieken, 1e lijn, verzekeraars, industrie, en politiek was bijeengebracht door Stichting Digitalezorg.nl en Vintura met als doel om gezamenlijke conclusies te trekken over wat nodig is om de implementatie van VBHC en Bundled Payments in Nederland te versnellen.

Dit document bevat een samenvatting van de gevoerde discussie en de belangrijkste conclusies, aangevuld met een analyse van de complexiteit van Bundled Payments en oplossingsrichtingen hoe hiermee om te gaan.

Zeker is dat de implementatie van Value-Based Healthcare en Bundled Payments op gang is gekomen en er op meerdere plekken in Nederland initiatieven zijn opgezet. Vanuit internationaal perspectief wordt Nederland gezien als voorloper en dat moeten we vasthouden. Hier en daar worden mooie successen geboekt, maar vasthoudendheid, kennisdeling en focus op opschaling is nodig. Tijd dus om door te pakken en onze zorg écht anders te organiseren!

Martijn Claus, Stichting Digitalezorg.nl
Noël van Oijen, Vintura
Anja van Balen, ABN Amro
Arjan Karens, VitalHealth

PROCES

Emeritus-hoogleraar Robert S. Kaplan van de Harvard Business School verzorgde tijdens deze strategieavond een korte masterclass rondom Bundled Payments. Professor Kaplan is een van de bekendste en invloedrijkste denkers op het gebied van prestatiemanagement en de balanced scorecard. Daarnaast hij werkt intensief samen met Michael Porter (grondlegger van VBHC en auteur van het boek ‘Redefining Health Care’), met name op het gebied van kostenberekening van zorg en Bundled Payments. Vanuit zijn ervaring schetste professor Kaplan de voordelen van Bundled Payments, maar adresseerde tevens een aantal ‘issues’.

De vertaling naar de Nederlandse context werd gemaakt door Jan Hazelzet, professor Healthcare Quality & Outcome aan Erasmus Universiteit. Professor Hazelzet presenteerde een casus rondom het ‘stroke centre’ van het Erasmus MC samen met zes regionale partners en Zilveren Kruis. Een mooi voorbeeld van succesvolle stappen richting de implementatie van VBHC en de potentie van Bundled Payments, maar tevens een bevestiging dat deze wezenlijke andere manier van inrichting en aansturing van zorg nog pionierswerk is en veel tijd vraagt.

Martijn Claus, secretaris van Stichting Digitalezorg.nl en Maarten Koomans, CEO van ReframingHealthcare.com hebben sessies gehad met Professor Kaplan ter voorbereiding van de Masterclass. Deze zijn gecombineerd met door Vintura gehouden interviews met experts in Nederland. Deze dienden als vertrekpunt voor de strategieavond. Na de masterclass volgende een interactieve discussie die werd geleid door Gérard Klop, partner en oprichter van adviesbureau Vintura.

2. BUNDLED PAYMENTS

WAT IS BUNDLED PAYMENTS?

Bundled Payments is een manier om zorg te financieren waarbij de uitkomst over een geheel zorgpad voor een specifieke aandoening centraal staat. Eenvoudig gesteld komt het neer op: in plaats van zorgverleners te betalen voor het leveren van een activiteit in een zorgpad van de patiënt (‘fee for service’) is er één betaling voor een set aan activiteiten voor de behandeling van een aandoening die leidt tot het gewenste ‘overall’ resultaat. Hiermee staan bij Bundled Payments niet de individuele verrichtingen en individuele zorgaanbieders centraal, maar de uiteindelijk uitkomst: de waarde die de patiënt ontvangt als gevolg van de volledige set aan verrichtingen of activiteiten.

Bijvoorbeeld: in het geval van een knieprothese vinden geen afzonderlijke betalingen plaats per onderdeel van de behandeling (bijvoorbeeld voor het plaatsen van een nieuwe knieprothese door de orthopedisch chirurg, de medicatie en fysiotherapie behandelingen). In plaats daarvan komt financiering van de totale ‘bundel’ van activiteiten (bijvoorbeeld het traject van voorbereiding op de operatie, de operatie zelf, de revalidatie en begeleiding van de patiënt) die ertoe leiden dat de patiënt weer optimaal kan functioneren/ lopen. Uiteindelijk is het immers niet de (succesvol) geplaatste knieprothese die ertoe doet. Het uiteindelijke functioneren van de patiënt én het proces om hier te komen is wat telt. En voor dit resultaat zijn alle zorgverleners gezamenlijk verantwoordelijk.

Bundled Payments is een element binnen het integrale Value-Based Healthcare model van Michael Porter (zie figuur 1). Vandaar dat discussies over Bundled Payments snel raken aan andere elementen van zijn gedachtengoed.

Professor Kaplan stelt dat Value-Based Bundled Payments aan een aantal voorwaarden moet voldoen:

1. een enkele betaling die alle zorg dekt voor de behandeling van een medische conditie;
2. garantie op goede conditie-specifieke uitkomsten;
3. afgebakende patiëntpopulatie en/of gecorrigeerd voor risico;
4. duidelijk afgebakende verantwoordelijkheden (welke zorg wel/niet in scope);
5. een prijs die een redelijke marge over laat voor zorgaanbieders die efficiënte en effectieve zorg leveren.

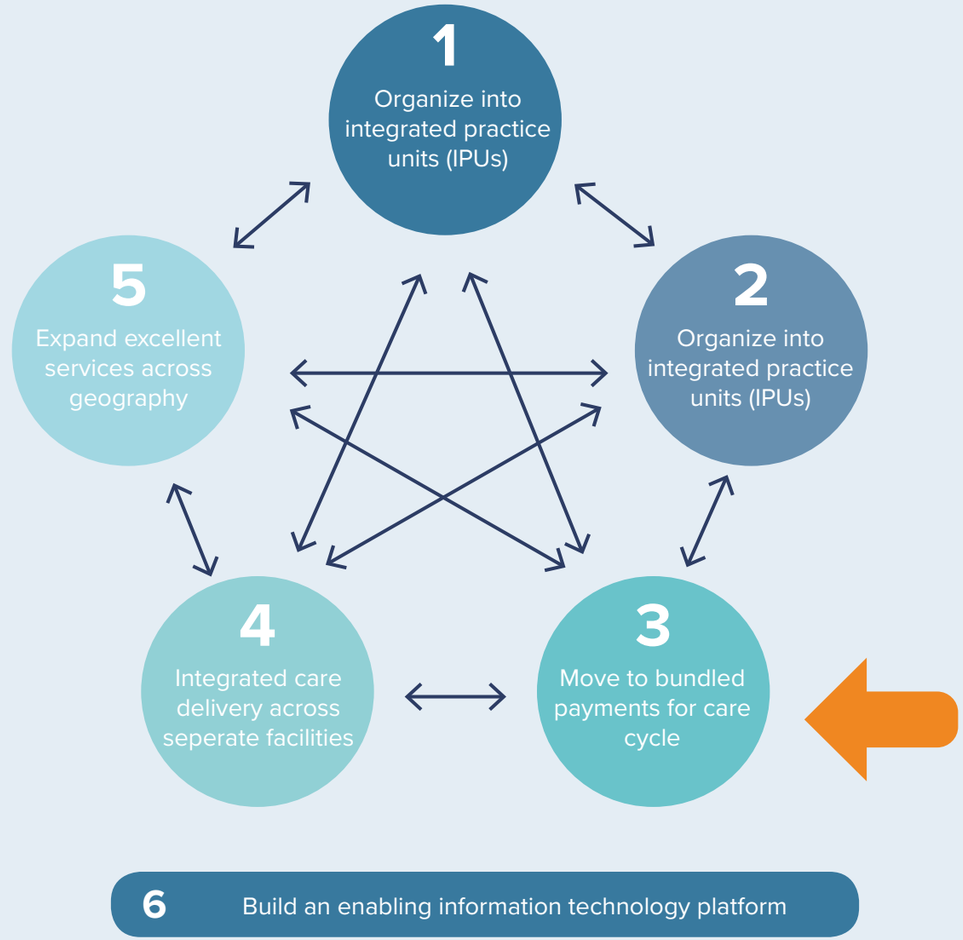
Om bovenstaande voorwaarden in te vullen, is het nodig dat er een samenwerkingsvorm of partij is die namens alle betrokken zorgaanbieders de zorg coördineert rondom een patiënt en tevens de zorg contracteert; dit is een Integrated Practice Unit (IPU). Dit kan één van de zorgaanbieders zijn of een nieuwe partij.

In figuur 2 hebben we het concept van Bundled Payments schematisch weergegeven.

Figuur 1:

PLAATS VAN BUNDLED PAYMENTS IN HET VBHC-CONCEPT VAN PORTER.

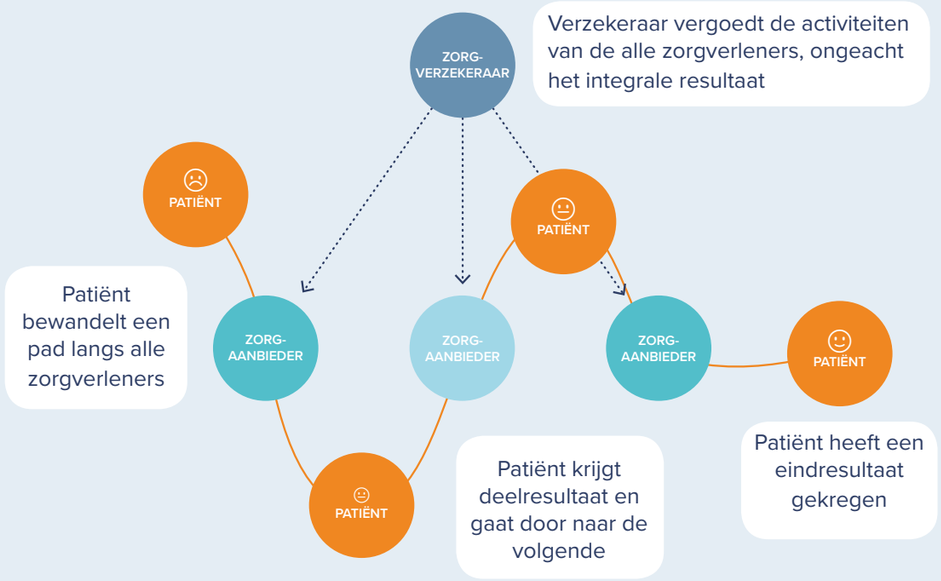
Bron: M.E. Porter et al. The strategy will fox health care. Harvard Business Review 2013.



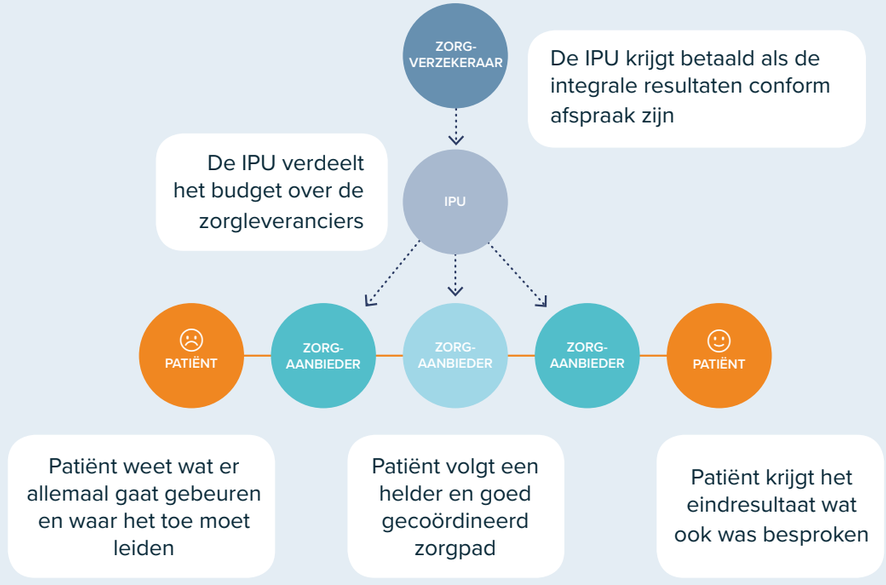
Figuur 2:

VERGOEDINGSSTROMEN IN SITUATIE ZONDER EN MÉT BUNDLED PAYMENTS

NU:



STRAKS:



WAAROM WILLEN WE BUNDLED PAYMENTS?

Het huidige financieringsmodel leidt niet tot de beste en meest efficiënte zorg:

> **‘De huidige bekostigingsmethoden in Nederland houden fragmentatie in stand, belemmeren goede coördinatie en doelmatige substitutie van zorg, ontmoedigen preventie en innovatie, bevorderen over- of onderproductie en hebben meestal geen relatie met kwaliteits-/gezondheidsuitkomsten.’**
>
> - Van Kleef et al. 2014

Invoeren van een andere manier van financiering in de zorg is een grote verandering, gaat niet vanzelf en kost energie en tijd. Moeten we een dergelijke verandering wel willen?

Dat er iets moet veranderen in de financiering van zorg, wordt zeer duidelijk als we ons huidige ‘fee for service’ model nader bekijken. Hoewel ‘fee for service’ heeft gezorgd voor een reductie van de wachtlijsten in de zorg (immers: productie wordt gestimuleerd), is het niet langer houdbaar omdat het geen prikkels bevat tot het leveren van kwalitatief goede zorg of kostenbewust gedrag. Het is eendimensionaal gericht op de medische ingreep. Inzetten op integrale zorg vereist meerdere parameters.

Laten we als analogie het kopen van een auto als voorbeeld nemen. Bij het kopen van een auto koopt een klant geen los stuur, wielen, stoelen en een motor, maar ‘zorgeloze, comfortabele, betaalbare mobiliteit’. Alle delen van de auto moeten samen dit uiteindelijke doel dienen. Het interesseert de klant niet wie welke onderdelen levert, zolang de autofabriek uiteindelijk maar een goede auto levert die zorgt voor de gewenste mobiliteit.

Als de fabriek een inferieure motor in de auto zet, heeft hij een probleem als de klant na een half jaar op de stoep staat met een kapotte motor. De leverancier moet vanwege de afgegeven garantie extra kosten maken en zal vermoedelijk zijn motorleverancier aansprakelijk stellen. Zo werkt het (nog) niet in de zorg.

De patiënt wil geen nieuwe knie; hij wil weer kunnen lopen en sporten. Echter, als de knieoperatie niet goed gaat en daardoor het herstel langer duurt of achterwege blijft, gebeurt er financieel eigenlijk niets.
Het resultaat is niet goed, maar de ‘leverancier’ ondervindt daar geen negatieve gevolgen van. Sterker nog: het is goed mogelijk dat hij opnieuw wordt betaald voor het extra ‘werk’ dat noodzakelijk is.
Hetzelfde geldt voor onderprestatie bij de revalidatie of ergens anders in de keten; dit leidt tot een slechter resultaat, maar gevolgen voor leveranciers blijven uit.
Dit zou je in geen enkele andere industrie toestaan: meer kosten voor minder resultaat.

Toegegeven, mensen zijn een stuk complexer dan auto’s. Desalniettemin kunnen we niet anders dan concluderen dat de dimensie totale patiëntuitkomsten een gewenste toevoeging is om betere resultaten te krijgen in de zorg. Dit doorvoeren vereist wel wat veranderingen.

IS BUNDLED PAYMENTS EEN GOEDE OPLOSSING?

Desgevraagd gaf maar liefst 93% van het aanwezige gezelschap tijdens de strategieavond aan gedeeltelijk of volledig te geloven dat Bundled Payments de goede weg is om te bewandelen voor de zorg in Nederland. Waarom?

Alle stakeholders zien dat Bundled Payments kan helpen om patiëntuitkomsten te verhogen.
Bundled Payments gaat uit van één budget voor een zorgketen, waarbij met meerdere zorgverleners via een helder zorgpad, relevante uitkomsten voor een duidelijk afgebakende doelgroep worden gerealiseerd. De zorgverleners zijn dus ook gezamenlijk verantwoordelijk voor alle complicaties, heropnames en andere kostenverhogende effecten en hebben er daarom allen baat bij goede uitkomsten tegen lage kosten.

De toegevoegde waarde voor de patiënt is helder: focus op uitkomsten voor de patiënt leidt tot betere kwaliteit van zorg, gericht op wat echt van belang is voor de patiënt. Dit leidt tot een betere stroomlijning van zorgpaden en een verbetering van de service en begeleiding.

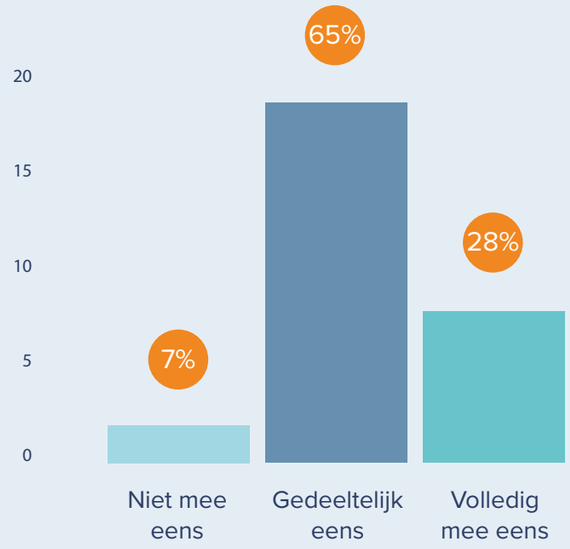
De toegevoegde waarde voor zorgverzekeraars/zorginkopers zit ‘m in het feit dat de zorg verbetert en de kosten afnemen. Mits zorgleveranciers een goede regie voeren, vermindert ook de administratieve last. Dit kan echter ook omgekeerd werken: Bundled Payments als extra afspraak met extra registratie, bovenop allerlei andere afspraken die toch ook nog met alle zorgverleners moeten worden gesloten. Dan winnen we niks…

Naast verlaging van administratieve last en verhogen van uitkomsten voor de patiënt, zit de toegevoegde waarde voor zorgverleners in het versnellen van het proces om tot Integrated Practice Units (IPU’s) te komen; een belangrijke onderdeel van het VBHC-gedachtengoed. Concentratie van zorg in IPU’s leidt tot iets waar het zorgverleners uiteindelijk om te doen is: betere zorg. Een kanttekening hierbij is dat IPU’s, zeker bij transmurale ketens, mogelijk leiden tot veel meer coördinatie en afstemming. Dat kost ook tijd en geld. Daarom moeten IPU’s selectief worden toegepast, waarover later meer.

Bundled Payments kan wel degelijk een oplossing zijn voor de toekomst, maar er zijn dus wel wat aandachtspunten.

Figuur 3:

STELLING:
‘BUNDLED PAYMENTS IS DÈ WEG VOORWAARTS VOOR DE ZORG IN NEDERLAND’.
Bron: Mentimeter strategieavond Bundled Payment.



AANDACHTS-PUNTEN BIJ BUNDLED PAYMENTS

Om Bundled Payments effectief te laten zijn voor een groot gedeelte van onze zorg, moeten we een aantal belangrijke uitdagingen adresseren en oplossen. In zijn masterclass beschreef professor Kaplan vijf issues/uitdagingen en vanuit de voorbereidende interviews die Vintura hield, volgden er nog vijf (zie figuur 4).

Professor Kaplan draagt in zijn masterclass een aantal praktische oplossingen aan, zoals in de door hem gepresenteerde case van Stockholm voor knie- en heupvervanging zijn gevonden:

- Borgen van kwaliteit: betaling is afhankelijk van de resultaten over twee tot vijf jaar en de kunstheup/-knie moet na tien jaar ook nog constructief in orde zijn.
- Voorkomen van ‘cherry-picking’: alleen laag-risico patiënten (ASA 1 en 2) zijn onderdeel van de Bundled Payments; de rest niet.
- Verantwoordelijkheden: men beperkt zich tot de intramurale keten, wat het geheel natuurlijk een stuk eenvoudiger maakt.

Deze zeer pragmatische oplossingen vergroten de werkbaarheid van het geheel. De resultaten zijn dan ook goed te noemen. Ze beperkten alleen wel de absolute impact doordat de scope (in termen van ketenpartners en patiëntgroep) beperkt is.
Vanuit de interviews met VBHC-experts in Nederland zijn er een vijftal praktische aandachtspunten (zie figuur 4) naar voren gekomen, die voortkomen uit alle Bundled Payments-pilots en initiatieven die we in Nederland doen. Het blijkt niet eenvoudig om te gaan met rollen, verantwoordelijkheden, gedeelde budgetten en eenduidige uitkomstmaten en kostendefinities, zeker wanneer het extramuraal wordt. En hoe zorg je dat het initiatief overzichtelijk blijft en schaalbaar wordt?

Figuur 4:

AANDACHTSPUNTEN BUNDLED PAYMENTS

KAPLAN

1. Balance short term costs vs long term quality	Hoe zorg je ervoor dat zorgleveranciers geen lagere kwaliteit (goedkope knie) gaan leveren, nu ze een soort ‘fixed price’ krijgen; dat verhoogt immers de marge?
2. Prevent cherry picking of patients	Hoe voorkom je dat zorgleveranciers ervoor kiezen om alleen laag risico patiënten te behandelen en hoog risico patiënten naar elders te verwijzen?
3. Balance control vs accountability of providers	Hoe ga je om met het feit dat zorgleveranciers in een Bundled Payments ook verantwoordelijk worden voor zaken die niet direct in hun invloedsfeer liggen?
4. Decide on sustainable price setting	Hoe bepaal je een goede prijs van de hele bundel en hoe zorg je dat de prijs en verdeling voor alle partijen acceptabel is?
5. Drive the change	Hoe gaan partijen elkaar vinden en samenwerken? Hoe overtuig je professionals en bestuurders en neem je ze mee in het verandertraject?

INTERVIEWS MET EXPERTS DOOR VINTURA

6. Agree on care chain coordinator & mandate	Wie wordt er verantwoordelijk voor de zorgketen, welk mandaat heeft deze partij en hoe stem je alles af?
7. Overcome budget silos & align interest	De winst van de één kan het verlies van de ander zijn. Hoe zorg je dat eigenbelang wordt losgelaten en verschillende budgetten en risico’s goed verdeeld worden?
8. Set right quality & cost definitions	Wat is nu precies de uitkomstmaat? Wie bepaalt dat? Wat zijn de kosten die alle partijen toerekenen aan de keten? Zijn we het daar over eens?
9. Balance complexity vs benefits	Hoe voorkomen we dat we het zo ingewikkeld maken dat de toegevoegde waarde wordt overtroffen door bureaucratie en inefficiëntie?
10. Ensure scalability & standardization	Hoe zorg je er nu voor dat alles straks goed schaalbaar is?

Alle aandachtpunten zijn kort met de deelnemers besproken en geprioriteerd.

De scores in figuur 5 geven aan dat als we Bundled Payments willen implementeren, we ons met name moeten richten op het vlak van ‘het leiden van de verandering’ (‘driving the change’), ‘het doorbreken van budget silo’s’ en vervolgens te ‘zorgen voor opschaling en standaardisatie’.
Op het gebied van ‘vermijden van cherry picking’, ‘borgen van lange termijn focus’ en ‘prijsstelling’, is de conclusie dat dit zeker nog uitwerking vraagt, maar dat dit niet de grootste bottlenecks zijn.

Een eerste conclusie is dan dat als we maar goed georganiseerd van start gaan, de budgettaire randvoorwaarden op orde zijn en zorgen voor schaalbare concepten, we de meer ‘praktische’ belemmeringen wel oplossen met elkaar.

Deze punten vormen het vertrekpunt voor een interactieve discussie over brede(re) implementatie van Bundled Payments en Value-Based Healthcare.

Figuur 5:

PRIORITERING VAN AANDACHTSPUNTEN BUNDLED PAYMENTS

Bron: Mentimeter strategieavond Bundled Payments

3. DISCUSSIE & AANBEVELINGEN

In de Strategiesessie is gekozen om het aandachtspunt met de hoogste prioriteit ‘driving the change’ verder uit te diepen. Dat leidde tot een levendige discussie die natuurlijk andere aandachtspunten ook raakte. Dat juist ‘driving the change’ als hoogste prioriteit wordt gezien, is niet verbazingwekkend; om succesvol te veranderen zullen de juiste mensen in de juiste rollen aan boord moeten zijn, maar die moeten nog steeds een aantal inhoudelijke issues adresseren.

Het verslag van de discussie is opgehangen aan vier concluderende stellingen die aan het einde van de avond zijn gepresenteerd en bij de het aanwezige gezelschap zijn gescoord:

1. De IPU moet door medici worden gestuurd en professioneel gemanaged *(‘Accountable Unit should be physician led and professionally managed’).*
2. Voor het versnellen van de verandering moeten we successen beter communiceren, beschikken over ondersteunende ICT-oplossingen en een echt ondernemende ‘mindset’ *(‘Accelerating change requires communicating successes, enabling ICT platforms and a trial & error mindset’).*
3. Bundled Payments gaat alleen werken op basis van heldere, integrale patiëntuitkomsten *(‘Including overall patient outcomes in performance agreements is needed to set the right focus’)*
4. Bundled Payments concept is een manier van denken, niet alleen een financieringsvorm *(‘The Bundled Payments concept is a way of thinking, not (only) a contracting form’).*

Tussen de beschouwingen door staan aanbevelingen die zijn afgeleid uit de discussie.

DE DOKTER ‘IN THE LEAD’?

Wie moet vooropgaan in de implementatie van Value-Based Healthcare? Waar ligt het eigenaarschap van een (virtuele) Integrated Practice Unit (IPU)? Wie is als ‘hoofdaannemer’ uiteindelijk verantwoordelijk voor zowel de geleverde uitkomsten als de verdeling van financiële middelen? Hoe verdeel je het in goede stappen, wat is nog het verandertraject en vervolgens, hoe manage je de keten als de nieuwe manier van werken eenmaal geïmplementeerd is?

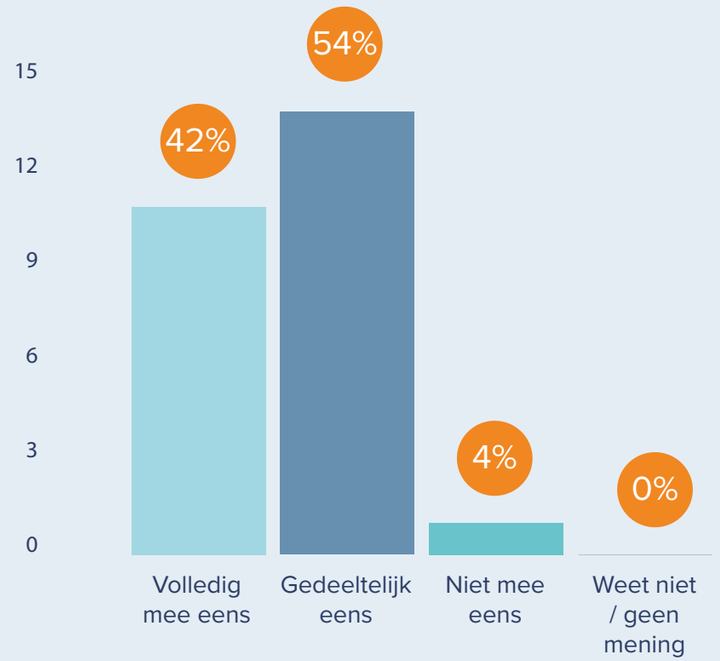
Het betoog van professor Kaplan dat de dokter in principe de leiding moet nemen van de verandering, werd door velen onderschreven. Maar dan wel met de juiste ondersteuning. Het ontbreekt dokters simpelweg aan tijd, maar soms ook aan kennis en vaardigheden om het volledige (verander)proces te managen.
De dokter en andere betrokkenen moet ook concreet vrijgespeeld worden; we kunnen niet leunen op enthousiasme alleen en ervan uit gaan dat men alles ‘er wel even bij doet’. Veranderen is lastig en vereist een toegewijd, goed team met de middelen en tijd om het verschil te kunnen maken en het resultaat ook duurzaam te borgen.

AANBEVELING:
ZET JE BESTE TEAM IN EN GEEF ZE DE RUIMTE

Zorg dat je het beste team in de juiste rollen aan tafel zet. Investeer in het team, geeft ze de ruimte en tijd om echt impact te kunnen maken.

Figuur 6:

STELLING:
‘DE IPU MOET DOOR MEDICI WORDEN GESTUURD EN PROFESSIONEEL GEMANAGED’
Bron: Mentimeter strategieavond Bundled Payments



En zien dokters deze leidende rol wel voor zichzelf? Het merendeel zal zich voornamelijk willen bezighouden met zorginhoud en in veel mindere mate met alles daaromheen. De deelnemers hebben consensus dat er uiteindelijk onderscheid moet worden gemaakt tussen de inhoud en proces. Dat geldt zowel voor het managen van de verandering als het managen van een IPU.

AANBEVELING:
MAAK EEN ONDERSCHEID TUSSEN INHOUD EN PROCES.

- Zorg voor een goed onderscheid tussen ‘driving the change’ (proces) en ‘defining the change’ (inhoud).
- Dat zijn echt twee verschillende zaken die verschillende competenties vergen. (zie intermezzo pagina 27 t/m 28)

Wanneer we spreken over IPU’s zijn er andere modellen voor te stellen dan geïnitieerd vanuit zorgleveranciers. Onafhankelijke ‘contractors/ketenregisseurs’ of verzekeraars kunnen zo’n positie wellicht innemen. Dergelijk modellen werden door aanwezigen als minder kansrijk gezien. In tegenstelling tot Nederland, bestaan in de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk een aantal voorbeelden van onafhankelijke ‘contractors’ die als aannemer fungeren voor een zorgketen.
Onze verdeling in de zorgmarkt met zorgverzekeraars met elk een beperkt marktaandeel, gecombineerd met keuze vrijheid van de patiënt, maakt dat deze voorbeelden niet direct naar Nederland te kopiëren zijn.

En misschien zit er ook toch ook voor Nederland wel wat in. Feit is namelijk dat het managen van een gehele zorgketen met alle administratieve en organisatorische complexiteit een andere competentie vraagt dan menig zorgleverancier op dit moment in huis heeft. Daarnaast is het voor een externe partij beter mogelijk om echt onafhankelijk te zijn in de IPU rol, wat zeker bij transmurale bundels kan helpen. Misschien is het opportuun deze competentie te ontwikkelen?

AANBEVELING:
OVERWEEG DE ROL VAN KETENREGISSEUR OM DE ZORGKETENS TE MANAGEN

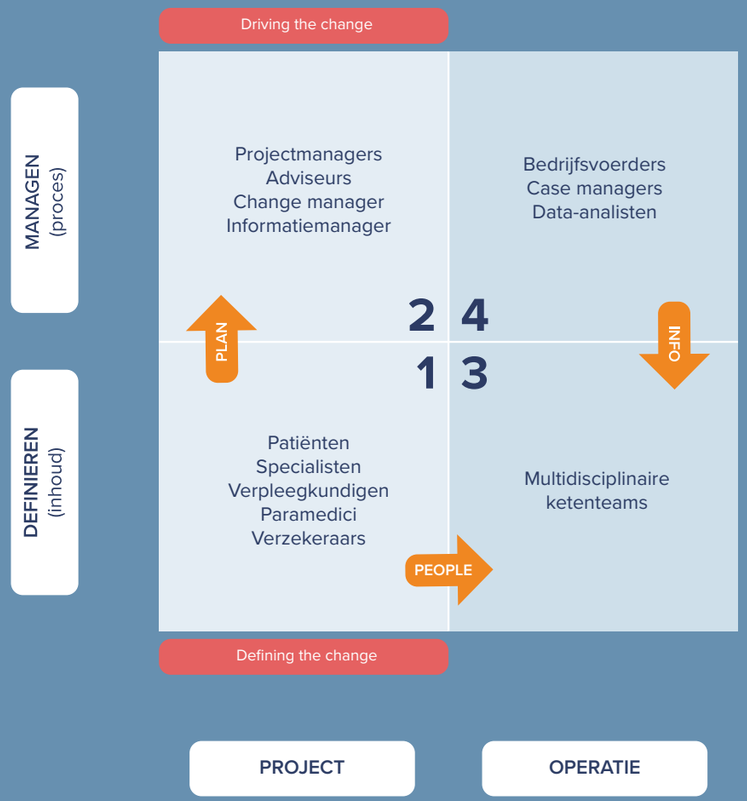
- Het managen van met name een extramuraal zorgpad vraagt andere competenties dan het zijn van een zorgleverancier.
- Kun je dat ook niet separaat organiseren?

Figuur 7:

DRIVING VERSUS DEFINING THE CHANGE

Tijdens de strategieavond ontstond er een debat over ‘Who’s driving the change?’. Daar volgde als snel het geijkte antwoord op: ‘de dokter moet de leiding hebben en de verandering vormgeven’. ‘Wat betekent ‘de leiding hebben’ dan en waarover heb je de ‘leiding’?’. Er is een verschil tussen enerzijds richting geven aan de inhoud of het proces en anderzijds tussen richting geven aan het project of aan de operatie, zoals hij is ontworpen in het project.

We onderscheiden vier verschillende rollen:



1. DEFINIËREN VAN INHOUD VAN HET PROJECT

Op dit vlak is zeker een heel belangrijke rol weggelegd voor de dokter. Samen met andere (para)medici en zeker ook patiënten moet worden bepaald hoe het (transmurale) zorgpad er uit moet gaan zien, wie wat doet, op welk uitkomsten we gaan sturen, wat er nog geregeld moet gaan worden, etc. Verzekeraars kunnen ook alvast meekijken om best practices in te brengen en mee te denken over een mogelijke financiering.

2. MANAGEN VAN HET PROJECT

Het management kun je het beste laten doen door iemand die alle kwaliteiten heeft van een projectmanager. Iemand die goed plant, opvolgt, informeert, werksessies met inhoudsdeskundigen organiseert, rapporteert, analyseert en communiceert. Dit kan een dokter zijn met deze capaciteiten, maar het ligt ook voor de hand om tijdelijk voor het project capaciteit en specifieke competentie in te huren. De dokter heeft meer waarde op andere vlakken.

3. DEFINIËREN VAN DE INHOUD VAN DE OPERATIE

Bij het definiëren van de inhoud, worden het zorgpad en de uitkomsten geëvalueerd, geanalyseerd en verbeteropties gedefinieerd. Dat kan het beste gebeuren door een multidisciplinair (medisch) team van alle ketenpartners. Input voor de discussies komt voort uit rapportages van data-analisten en bedrijfsvoerders.

4. MANAGEN VAN DE OPERATIE

Laat de dokter zich vooral maximaal inzetten voor de patiënt. Het managen van processen en de organisatie kan worden overgelaten aan bedrijfsvoerders en analisten. Zolang deze vanuit de inhoud maar gevoed worden door de medici. Een ‘nieuwe’ rol die zal gaan ontstaan is die van de casemanager; iemand die de patiënt blijft begeleiden door de hele keten. Ook die persoon levert heel belangrijke input voor sturing en verbetering van processen.

CONCLUSIE

De dokter heeft de leiding? Ja, maar op specifieke delen en binnen bepaalde grenzen. Op de inhoud is zijn/haar input meer dan gewenst; of de dokter ook moet managen is de vraag.

OPSCHALEN EN VERSNELLEN IS EEN UITDAGING

Geïnspireerd op succesvolle voorbeelden van de implementatie van VBHC en Bundled Payments, zoals de heup- en knievervangingen in Stockholm, zijn ook in Nederland verschillende pilotprojecten gestart. Toch lukt het maar mondjesmaat om de integrale aanpak te versnellen en op te schalen voorbij de pilot-fase. Hoe komt dit? En belangrijker: hoe komen we voorbij het 'tipping point' en voorkomen we dat we over drie jaar dezelfde discussie voeren?

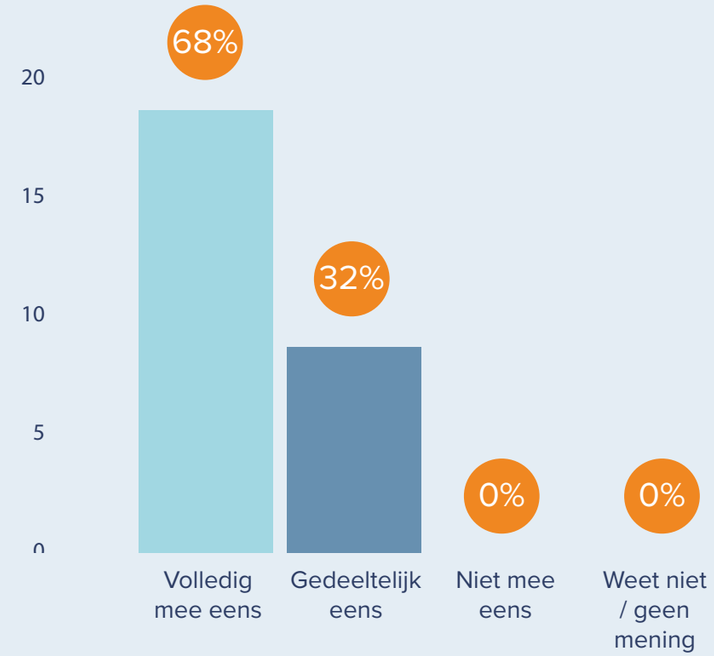
Als mogelijke reden die versnelling in de weg staat, komt de te grote 'push' richting VBHC ter sprake. Willen sommigen niet te snel en ontstaat er door deze push te weinig eigenaarschap bij anderen? Is er echt wel voldoende begrip en draagvlak? Missiewerk verrichten rond nog bredere bekendheid van dit onderdeel van Value-Based Healthcare en wat dit op kan leveren voor wie, lijkt cruciaal.

We zullen ook lopende initiatieven, de succesverhalen en leerervaringen moeten delen. Dat zal voorkomen dat we het wiel opnieuw uit gaan vinden. Er gebeurt al zoveel goeds; laten we maximaal van elkaar leren.

Figuur 8:

STELLING:
'VOOR HET VERSNELLEN VAN DE VERANDERING MOETEN WE SUCCESSEN BETER COMMUNICEREN, BESCHIKKEN OVER ONDERSTEUNENDE ICT-OPLOSSINGEN EN EEN ECHT ONDERNEMENDE 'MINDSET''

Bron: Mentimeter strategieavond Bundled Payments



De communicatie moet niet alleen gericht zijn op het zorgveld; dat geldt zeker voor zorgverzekeraars. Brede communicatie over de focus op echte verbetering van zorg (en dus zeker niet alleen kostenreductie) is belangrijk om te voorkomen dat de publieke opinie zich tegen je keert.

AANBEVELING:
COMMUNICEER EN DEEL SUCCESVERHALEN

- Besteed voldoende tijd aan het uitleggen van de concepten VBHC en Bundled Payments; neem iedereen mee.
- Draag actief best practices aan; laten we niet het wiel opnieuw uitvinden.

Bundled Payments vraagt om veel data-uitwisseling tussen leveranciers. Dit betreft niet alleen het uitwisselen van patiëntinformatie, maar ook het echt aan elkaar koppelen van processen. Maar ook: het afbeelden van transmurale workflows, opslaan van resultaten en patiëntuitkomsten en opstellen van rapportages over processen en resultaten over leveranciers heen. Plus het goed administreren van budgetten en de verdeling daarvan.
Dit vereist solide en flexibele ICT-oplossingen die goed met elkaar moeten kunnen communiceren. Persoonlijke Gezondheids Omgevingen (PGOs) gaan de norm worden. Datastandaarden en gedeelde infrastructuren zijn nodig.
De aanwezigen onderschrijven dit beeld volledig. De vraag die in de lucht blijft hangen is: ‘wie bepaalt en legt uiteindelijk de standaarden op?’. Gaan we wachten tot er partijen en standaarden ‘winnen’ in de markt, of willen we nu keuzes maken, sturen en tijd winnen?

AANBEVELING:
FACILITEER STANDAARDISATIE

- Zorg dat je zaken vereenvoudigt en bestuurbaar houdt door te standaardiseren.
- Gebruik dezelfde definities, vertrek vanuit dezelfde afspraken, zet ICT- en datastandaarden.

Een laatste punt ter bevordering van versnelling betreft de mindset van betrokkenen. Bij grote veranderingen gaat niet alles in een keer goed. ‘We moeten vooruitgang boeken door te leren van onze fouten’ – ‘Think Big, Fail Fast’. Naast het vieren en delen van successen is het daarom belangrijk om ook expliciet te zijn over wat niet werkt, zowel intern maar (mogelijk) ook naar de buitenwereld.
De medische wereld is niet gewend om fouten eenvoudig te accepteren; dat staat versnellen van verandering vaak in de weg. Deze mindset is voor veel bestaande zorgaanbieders nieuw en vraagt bestuurlijke durf en ondernemerschap.

AANBEVELING:
WEES VOORBEREID OP TEGENVALLERS

- Zorg dat je voorbereid bent op tegenvallers; het zal fout gaan, ga daar maar vanuit.
- Faal, verbeter en ga weer verder. Probeer niet alles dicht te timmeren, laat ruimte voor nieuwe inzichten.

WAAR IS DE PATIËNT?

Uitkomsten die er toe doen voor patiënten moeten als basis dienen voor contracten en performance afspraken. Daarover bestaat geen twijfel. Logischerwijs zouden patiënten als ‘partner in zorg’ ook prominent betrokken moeten worden in de implementatie van VBHC. Maar gebeurt dit ook? Kortom: waar is de patiënt?

Helaas moeten we concluderen dat er nog veel te weinig voorbeelden zijn van actieve betrokkenheid van patiënten of patiëntorganisatie bij het vormgeven van VBHC en Bundled Payments. “Moeten de patiënten niet een veel grotere rol spelen?” De stilte in de zaal voelt wat ongemakkelijk.

Verzachtende omstandigheid is de wetenschap dat patiënten wel degelijk betrokken zijn bij het definiëren van uitkomsten sets (bijv. ICHOM). Ze zijn dus niet helemaal overgeslagen. Maar de conclusie blijft toch zeker: om écht waardevolle zorg te leveren, moeten we patiënten(organisaties) ook zelf meer gaan betrekken bij het bepalen van de belangrijkste uitkomstmaten en de sturing hierop. Niet in plaats van, maar als aanvulling op bestaande uitkomstindicatoren zoals ICHOM.

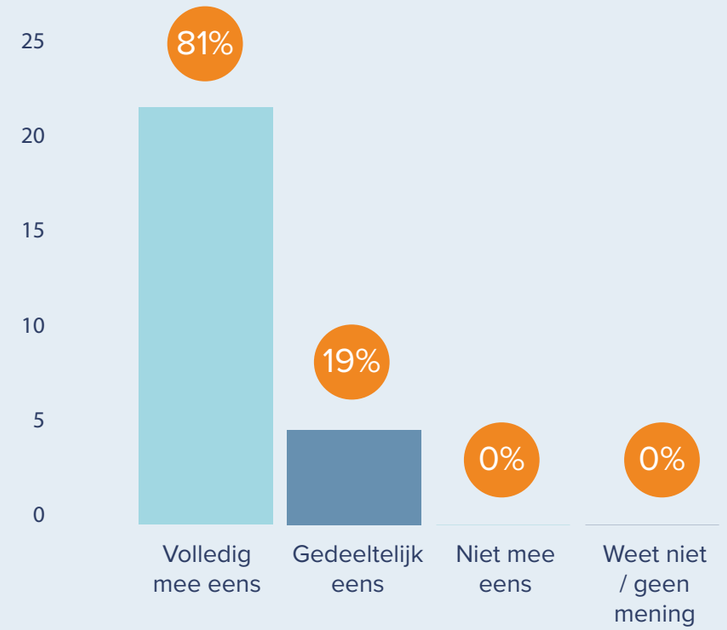
En dan volgt nog wel de volgende uitdaging: hoe bepalen we wie nu wat bijdraagt aan die totale patiëntuitkomst, hoe verdelen we dus het budget en spreken we elkaar aan op de resultaten?

AANBEVELING:
BETREK PATIËNTEN STRUCTUREEL

Zorg dat je patiënten betrekt in het maken van je plannen en het beoordelen van je uitkomsten. Wat is echt belangrijk voor hen? Betrek ze niet alleen aan het begin, maar ook gedurende en na het project.

Figuur 9:

STELLING:
‘BUNDLED PAYMENTS GAAT ALLEEN WERKEN OP BASIS VAN HELDERE, INTEGRALE PATIËNTUITKOMSTEN’
Bron: Mentimeter strategieavond Bundled Payments



MIDDEL, GEEN DOEL OP ZICH

Bundled Payments is meer dan alleen een vorm van contractering, daarover bestaat consensus. Het is een middel om nog verder invulling te geven aan Value-Based Healthcare, waarbij we ons goed moeten realiseren dat VBHC gestimuleerd wordt door eerst te focussen op hoe zorg het best wordt uitgevoerd en dan de passende financiering erbij te vinden, niet andersom. De financierings-/contracteringsvorm moet een facilitator zijn, geen doel op zich.

AANBEVELING:

ZORG DAT FINANCIERING GEEN DOEL OP ZICH WORDT ('FINANCE FOLLOWS FUNCTION')

- Zorg eerst dat je de inhoud helder hebt en ga dan op zoek naar de juiste contractering en financiering.
- Andersom zal leiden tot suboptimale oplossingen.

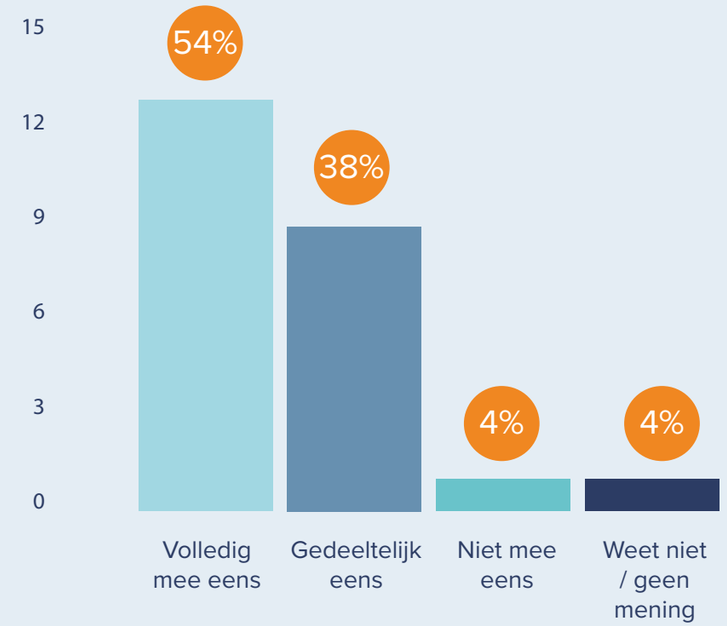
Binnen VBHC draait het allereerst om het centraal stellen van de uitkomsten; kostenbeheersing is dan een resultante. Wel moeten we ervoor zorgen dat zorgaanbieders met goede uitkomsten ook de winnaars zijn in Bundled Payments contracten. Het inbouwen van de juiste incentives waarbij kwaliteit (of beter: waarde voor de patiënt) wordt beloond, is daarbij cruciaal. 'You cannot build a system, solely based on goodwill'.

Figuur 10:

STELLING:

'BUNDLED PAYMENTS CONCEPT IS EEN MANIER VAN DENKEN, NIET ALLEEN EEN FINANCIERINGSVORM'

Bron: Mentimeter strategieavond Bundled Payments



Bij Value-Based Healthcare (en Bundled Payments) moeten we kijken naar de gehele zorgketen of een groot gedeelte hiervan. Uiteindelijk telt het totaalplaatje. Veelal wordt, bijvoorbeeld door taakverschuiving, een gedeelte van de keten intensiever belast (of duurder) dan voorheen, waar andere onderdelen verminderen of goedkoper worden. De individuele effecten voor zorgaanbieders moeten we hierbij niet negeren. Ze kunnen de verandering behoorlijk in de weg staan.

AANBEVELING:
BELOON INNOVATIE

- Zorg dat het aantrekkelijk is te innoveren, tref maatregelen om transities financieel behapbaar te maken.
- Beloon zorgleveranciers voor innovatie, beloon professionals voor zorgverbetering, beloon de aanjagers voor hun inzet.

4. CONCLUSIE STRATEGIEAVOND BUNDLED PAYMENTS

Bundled Payments is een veelbelovend concept, dat de meeste aanwezigen onderschrijven. Maar het is niet eenvoudig. Niet alleen is het complex om Bundled Payments in te richten, het vereist ook een nieuwe manier van kijken naar het systeem en elkaar. Samen hebben alle partijen de verantwoordelijkheid de zorg toekomstbestendig in te richten. Daarin zal eigenbelang niet meer kunnen prevaleren. Vertrouwen en transparantie zijn daarbij de allerbelangrijkste aspecten. Partijen moeten er op kunnen vertrouwen dat de juiste intentie loont en dat iedereen zijn deel bijdraagt. Ziekenhuizen moeten kunnen veranderen of krimpen zonder dat ze financieel onderuit gaan, artsen moeten kunnen innoveren zonder direct voor hun baan te moeten vrezen en moeten hierin gefaciliteerd worden, verzekeraars moeten kunnen investeren in het systeem zonder direct klanten te verliezen, de industrie moet haar rol pakken en tevens ruimte houden voor innovatie en de overheid moet investeren in belangrijke randvoorwaarden die je niet bottom-up kunt laten ontstaan.

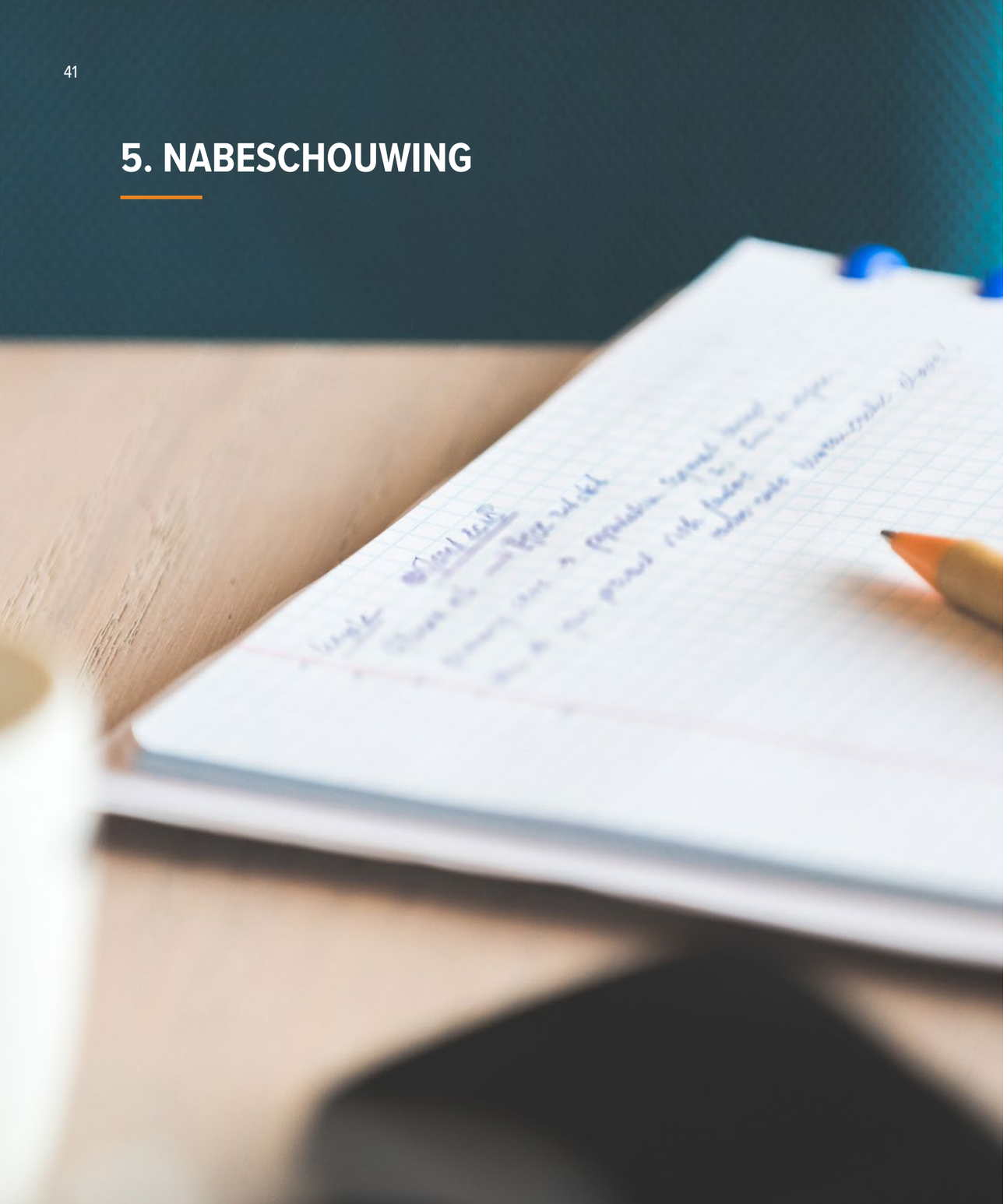
Een en ander zou wel eens kunnen beteken dat we eerst moet investeren in het systeem voordat we kunnen gaan oogsten. Dit vereist transitiebudgetten.

Het is niet meer het moment om de kaarten tegen de borst te houden, af te wachten en te wijzen naar anderen. Een toekomstbestendig zorgsysteem vraagt om leiderschap en eigenaarschap en

Bundled Payments vraagt om Bundled Effort.

Tijdens de strategieavond Bundled Payments op 4 april is een kleine stap in de goede richting gezet om de dialoog op gang te brengen en de stap te zetten naar het nodige vertrouwen en de transparantie.

5. NABESCHOUWING



Nu volgt een korte nabeschouwing met daarin een duidelijke hypothese die de basis kan vormen voor de volgende stap in de dialoog.

Wanneer we zo eenvoudig tien (of wellicht meer) aandachtspunten aan kunnen wijzen m.b.t. Bundled Payments, is er wellicht een groter issue aan de hand. Is een brede implementatie van Bundled Payments wel realistisch of werkt het concept alleen in een specifieke context?

De hypothese is dat Bundled Payments alleen kan werken en waarde kan hebben als ze wordt gekoppeld aan echte (niet virtuele) IPU's.

BRENGT BUNDLED PAYMENTS NIET TE VEEL COMPLEXITEIT?

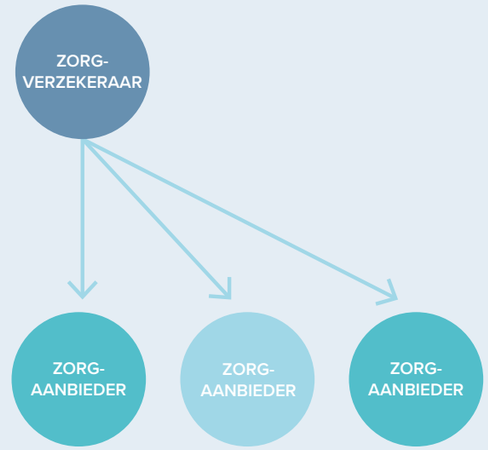
De analogie met de autofabrikant laat ons iets zien; er bestaat helemaal geen autofabrikant in de zorg. Er zijn leveranciers van wielen, motoren, sturen of wat dan ook, en samen hopen we dat er iets geleverd wordt dat op een auto lijkt en voldoet aan de gestelde eisen. Er wordt in de zorg ook niet voor het geheel (de auto) betaald; iedere leverancier krijgt zijn eigen deel.

De autofabrikant is een soort regisseur die alle leveranciers aan elkaar koppelt, inkoopt, leveranciers betaalt, de auto op aanvraag assembleert, de kwaliteitscontrole doet en verkoopt en garanties afgeeft aan de consument.
In het geval van Bundled Payments in de zorg is er ook zo'n 'fabrikant-partij' nodig, die de regie en verantwoordelijk heeft over de volledige bundel. Een gebruikte optie is dat deze rol door één van de ketenpartners wordt ingevuld. Men neemt een 'groothandels/assemblage-rol' aan en gaat afspraken maken met alle benodigde toeleveranciers voor het zorgpad. De zorgverzekeraar gaat voor dit specifieke zorgpad inkopen bij deze 'fabrikant' (IPU).

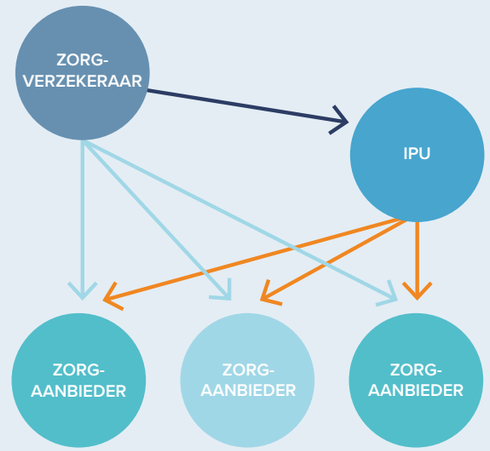
Echter, op deze manier brengt Bundled Payments belangrijk nadeel mee: complexiteit (zie figuur 11).
De zorgleverancier die IPU is, heeft er opeens een extra rol gekregen als 'fabrikant. Hoe meer zorgpaden in scope, hoe meer extra rollen. De zorgverzekeraar heeft natuurlijk ook twee soorten contractpartijen gekregen; de gewone zorgleverancier en alle verschillende IPU's.
Daarnaast heeft de zorgleverancier nu twee soorten contractpartijen; zorgverzekeraars voor alle zorg die niet in een Bundeld Payments zit (bijvoorbeeld monodisciplinaire behandelingen) én de IPU voor zorg die onderdeel is van een Bundled Payment.

Figuur 11:

TOEGENOMEN COMPLEXITEIT IN DE FINANCIËLE STROMEN & CONTRACTEN



Van 3 financiële stromen...



Naar 7 financiële stromen met meerdere contractvormen

Het vereist daarnaast de nodige uitwerking en afspraken om het stelsel te laten werken, zoals weergegeven in figuur 12.

Als we het totale zorglandschap in ogenschouw nemen, nemen zowel de organisatorisch fragmentatie als financiële complexiteit in het systeem toe met de invoering van Bundled Payments voor een deel van de zorg. Hiermee lijkt het een ‘zwaar middel’ dat bewust en gedoseerd moet worden ingezet.

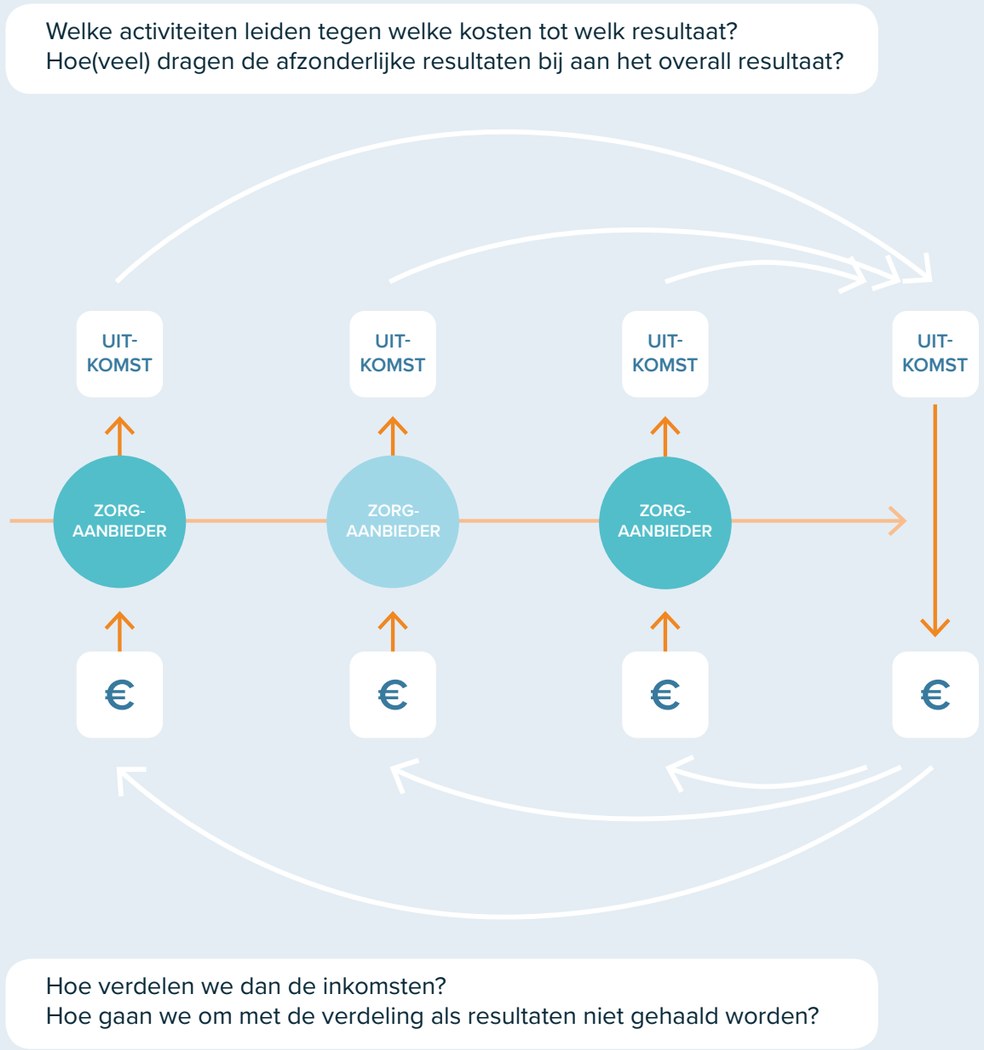
Stelling: Bundled Payments dient alleen te worden ingezet in combinatie met echte IPU’s

De inzet van een virtuele IPU - een van de zorgaanbieders in een bundel die coördineert, maar geen directe zeggenschap heeft over de andere zorgaanbieders – verhoogt complexiteit en benodigde afstemming.

Dit kan nog steeds werken met goede afspraken, maar de extra baten zullen lang niet in alle gevallen opwegen tegen de extra lasten. In de doorontwikkeling van Bundled Payments in Nederland moeten we deze vorm dan ook niet uitvlakken, maar echt grote impact realiseren we met de komst van ‘echte’ IPU’s.

Figuur 12:

COMPLEXITEIT IN DE RELATIE TUSSEN VERSCHILLENDE ZORGLEVERANCIERS



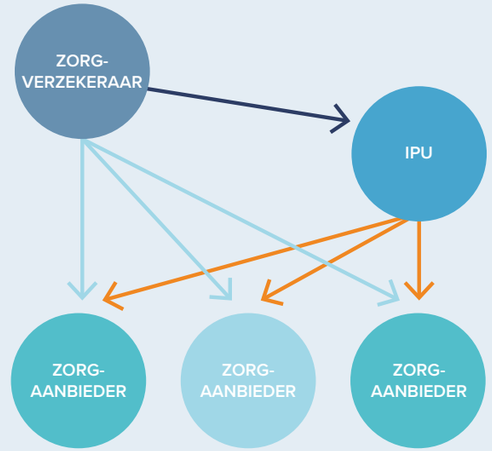
In tegenstelling tot virtuele IPU's, integreren echte IPU's verschillende onderdelen van de zorgketen binnen één organisatie. Eén juridische structuur dus waarin de verschillende zorgfuncties die nodig zijn voor een zorgketen, zijn gebundeld.
Dat wil zeggen dat we bijvoorbeeld een volledig heup- en kniecentrum hebben waarin alle aspecten van behandeling, nazorg en revalidatie zijn opgenomen. Er wordt dus geen separate afspraak gemaakt met een revalidatiecentrum, maar men heeft een eigen revalidatiearts. Dit kan nog steeds met onderaannemers, waarbij de IPU echter directe invloed heeft op deze activiteiten.

De IPU kan zo de volledige verantwoordelijkheid nemen voor het eindresultaat. Dit verlaagt de complexiteit in de financiële stromen en contracten, en leidt tot minder ingewikkelde afstemming over kosten, resultaten en beloning.

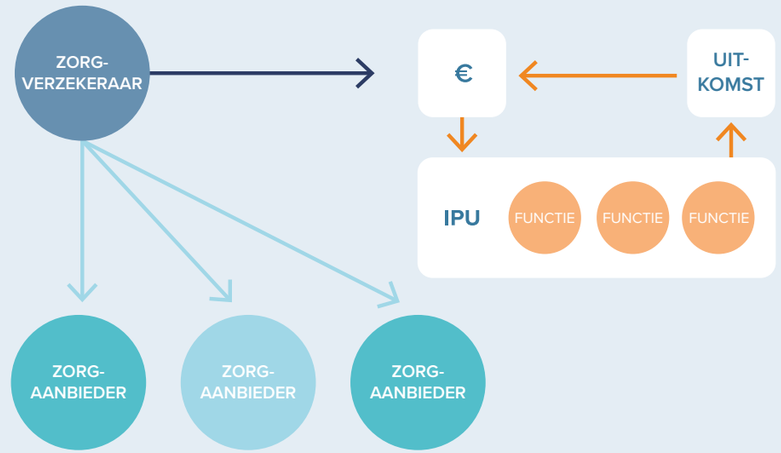
Figuur 13 laat zien dat de complexiteit zo beteugeld kan worden. Natuurlijk is er binnen de IPU ook afstemming nodig, maar deze heeft niet dezelfde complexiteit als met externe partijen.

Figuur 13:

VEREENVOUDIGING FINANCIËLE STROMEN DOOR INZET 'ECHTE' IPU



Naar 7 financiële stromen
met 3 contractvormen



Terug naar 4 financiële stromen
en 2 contractvormen

IPU'S WERKEN NIET VOOR ALLE DELEN VAN DE ZORG

Niet alle zorg is echter geschikt om te worden ondergebracht in echt IPU's. Een belangrijke randvoorwaarde is voldoende volume.

Schaal is noodzakelijk om de organisatie efficiënt en effectief te laten functioneren. Een te kleine schaal staat geen volledige inrichting van een zorgpad toe (bijvoorbeeld geen eigen OK's of andere belangrijke faciliteiten, deeltijdinvullingen van belangrijke functies, etc.) wat complexiteit bevordert en kwaliteit van zorg onder druk zet.

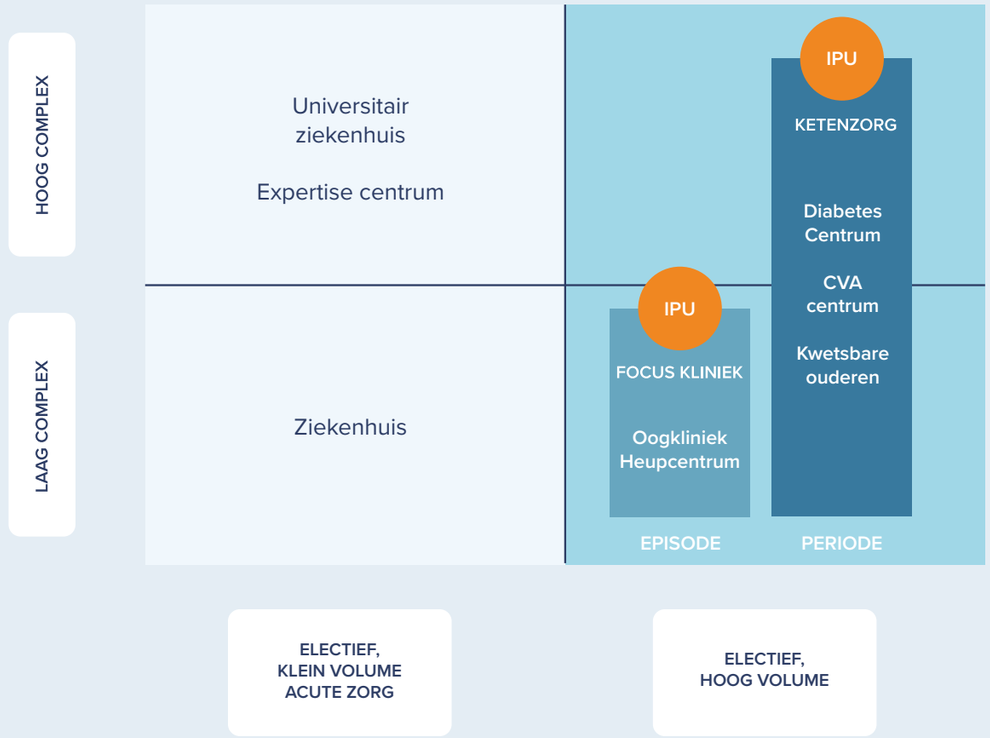
Uiteindelijk zijn echte IPU's het best te realiseren voor:

- Veel voorkomende chronische ziekten, zoals Parkinson, COPD of hartfalen.
- Een grote, duidelijk afgebakende populatie, zoals multimorbide of palliatieve zorg voor kwetsbare ouderen.
- Veel voorkomende electieve behandelingen, zoals heup- en kniebehandelingen, behandeling bepaalde soorten tumoren, behandelingen door oogklinieken.

IPU's kunnen verschillende vormen en eigendomsstructuren hebben. IPU's kunnen laag- en hoogcomplexe zorg leveren. Het zijn zelfstandige entiteiten, maar dat zegt weinig over hun fysieke locatie; een IPU kan prima gehuisvest zijn in of bij een ziekenhuis, bijvoorbeeld i.v.m. complicaties of acute zorg. Een IPU hoeft ook niet per sé over alle faciliteiten en capaciteiten te beschikken; deze kunnen ze ook delen of inkopen. De eindverantwoordelijkheid ligt echter bij de IPU. Verschillende IPU zullen ook verschillende afrekenmechanismen kennen. Een Oogkliniek zal per 'behandeling' (Episode) worden afgerekend en een Diabeteskliniek voor geleverde zorg in een bepaalde periode.

Figuur 14:

POSITIE VAN IPU'S IN HET STELSEL



DE AANDACHTS-PUNTEN WORDEN VOOR EEN GROOT DEEL OPGELOST

Het toepassen van bovenstaande principes lost niet opeens alle hobbels voor Bundled Payments op, maar wel voor een groot deel. Eerder bespraken we tien aandachtpunten voor de invoering van Bundled Payments. Van deze tien aandachtspunten blijven er nog maar een paar overeind (zie figuur 15).

CONCLUSIE NA-BESCHOUWING

De oplossing voor succesvolle Bundled Payments lijkt te liggen in de realisatie van echte Integrated Practice Units. Laat gespecialiseerde partijen integreren en gezondheidscentra ontstaan waar daadwerkelijk het gehele zorgpad doorlopen kan worden. Dit voorkomt veel afstemming en administratie. Dit kan echter alleen maar voor een afgebakende scope van zorg.

Verzekeraars hebben vervolgens een rol in selectief inkopen. Daar waar IPU's ontstaan, moet er ook worden ingekocht. Wanneer men ook nog blijft inkopen bij algemene leveranciers zal het stelsel niet gaan werken. Overige zorg wordt ingekocht bij algemene zorgleveranciers.
Voor de overheid betekent dit duidelijke kaders voor verzekeraars rond keuzevrijheid, zodat de verzekeraars gericht kunnen contracteren.
Reken vervolgens de IPU's af op het behalen van de integrale medische en niet-medische resultaten.
En laat dan het stelsel zijn werk doen!

Figuur 15:

DOOR INZET VAN ECHTE IPU'S VERMINDERT HET AANTAL AANDACHTSPUNTEN STERK

1.	Drive the change	Dat blijft, maar eigenaarschap is duidelijker
2.	Overcome budget silos & align interests	Eenvoudiger geworden
3.	Ensure scalability & standardization	Eenvoudiger geworden
4.	Balance control vs accountability of providers	Eenvoudiger geworden
5.	Define right quality & cost definitions	Eenvoudiger geworden
6.	Balance complexity vs benefits	Daar draagt het dus zeker aan bij
7.	Agree on care chain coödinator & mandate	Dat is de IPU zelf
8.	Balance short term costs vs long term quality	Dat zit in de uitkomstdefinities
9.	Decide on sustainable price setting	Prijsstelling blijft open item, verdeelsleutel eenvoudiger
10.	Prevent cherry picking of patients	Vraagt duidelijke afspraken en scoping

6. BIJLAGEN

Bijlage 1:

DEELNEMERS STRATEGIEAVOND BUNDLED PAYMENTS

De genodigde deelnemers aan deze exclusieve strategieavond bestonden uit leden Raad van Bestuur, directieleden en hoger management van de volgende organisaties:

ABN Amro
Albert Schweitzer Ziekenhuis
Alrijne Ziekenhuis
Amgen
Arts en Zorg
Bravis Ziekenhuis
CZ
Deventer ziekenhuis
Diabeter
Erasmus MC
FIZI
Harvard Business School
Laurentiusziekenhuis / FIZI
Menzis
OWM Zorgverzekeraar Zorg en zekerheid
Radboud UMC
Roche
Santeon
St. Antoniusziekenhuis
Tergooi Ziekenhuis
VitalHealth
VWS
Xpert Clinic
Zilveren Kruis