

University of Groningen

The healthcare purchaser as a care chain orchestrator

Noort, Albert

DOI:
[10.33612/diss.133147906](https://doi.org/10.33612/diss.133147906)

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2020

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Noort, A. (2020). *The healthcare purchaser as a care chain orchestrator: Healthcare system limitations and opportunities*. [Thesis fully internal (DIV), University of Groningen]. University of Groningen, SOM research school. <https://doi.org/10.33612/diss.133147906>

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Samenvatting (Dutch summary)

Beleidsmakers en burgers verwachten van zorginkooporganisaties (in het kort: zorginkopers), zoals zorgverzekeraars of, in andere landen, overheidsinstellingen dat ze een regierol vervullen. Door middel van contracten, financiering en het stimuleren van projecten en innovatie kan de inkoop sturen op betere zorg. Met name voor patiënten met een chronische ziekte is zo'n regierol van belang, omdat er vaak ruimte is voor een betere taakverdeling en samenwerking tussen zorgaanbieders zoals de huisarts en de medisch specialist in het ziekenhuis. Vanuit de praktijk en wetenschappelijke literatuur is echter bekend dat zorginkopers in zowel private als publieke systemen moeite hebben om die regierol te vervullen: ze richten zich vaak alleen op hun administratieve rol als budgetbewaker. We weten wel dat inkopers verschillende middelen hebben om mee te sturen, maar we begrijpen nog niet goed hoe besluiten en inkoopstrategieën in de praktijk tot stand komen en hoe die te verklaren zijn door verschillen tussen zorgsystemen van verschillende landen. Dit proefschrift heeft daarom als doel om te onderzoeken hoe strategieën van zorginkopers worden gevormd door zorgbeleid, regelgeving en relaties tussen belanghebbenden. Daarnaast proberen we beter te begrijpen waarom het voor zorginkopers, en in het bijzonder zorgverzekeraars, in de praktijk weerbarstig blijkt om een regierol te vervullen.

Wetenschappelijke achtergrond

Chronische zorg bestaat uit een keten of netwerk van zorgaanbieders die gezamenlijk de verschillende onderdelen van de behandeling van een patiënt leveren. Patiënten ontvangen consulten, diagnostiek en nazorg van verschillende disciplines zoals huisartsen, medisch specialisten en verpleegkundigen uit het ziekenhuis, fysiotherapeuten, wijkverpleegkundigen en anderen. Onderzoek naar bijvoorbeeld integrated care, het Chronic Care Model en zorgpaden hebben randvoorwaarden vastgesteld die bijdragen aan het versterken van de organisatie en uitkomsten van chronische zorg. Allereerst is een goede basis van wijk-, psychische en sociale zorg nodig, waarbij de juiste scholing en procedures bijdragen aan coördinatie van zorg. Ook is een adequaat zorgsysteem van diagnostiek, materialen en IT essentieel. Hoewel de behandeling van de patiënt in het zorgnetwerk over het algemeen is vastgelegd in richtlijnen is er vaak nog sprake van praktijkvariatie en daarmee ruimte voor verbetering. Om continue verbetering te stimuleren is het bekend dat zorgfinanciering zorgaanbieders en patiënten zou moeten belonen voor het nastreven van grotere gezondheidswinst binnen de beschikbare middelen. Vaak zijn echter de huidige financiële prikkels voor zorgaanbieders niet op laatstgenoemde doel gericht. Wanneer

een zorgtaak verschuift in een keten leidt dit nu vaak tot hogere inkomsten voor de ene zorgaanbieder, maar gaat dit ten koste van de ander. Zorginkopers hebben een belangrijke rol in het aansturen van deze financiële prikkels.

Zorginkopers hebben verschillende manieren om zorgdiensten te contracteren en betalen en het is belangrijk om de voor- en nadelen van ieder betalingsmodel goed af te wegen. Hiernaar is al veel wetenschappelijk onderzoek gedaan door gezondheidswetenschappers en –economen. Betaling per verrichting kan bijvoorbeeld wachttijden verkorten, maar volumes opdrijven. Budget bekostiging heeft juist het tegenovergestelde effect. In de praktijk zijn hybride financieringsmodellen mogelijk om prikkels te geven voor betere zorguitkomsten. Zorginkopers hebben ook niet-financiële mogelijkheden om de zorg aan te sturen, bijvoorbeeld door middel van regels, dwang en samenwerking. Uit vergelijkingen tussen zorgsystemen zijn voor- en nadelen van dergelijke inkoopmogelijkheden bekend en daarmee is er veel kennis over het verbeteren van zorginkoopbeleid. Wat we echter onvoldoende begrijpen is waarom zorginkopers kiezen voor bepaalde inkoopmogelijkheden, binnen de mogelijkheden die ze hebben. Dit kan niet simpelweg worden verklaard door het onderscheid tussen op markt en overheid gebaseerde systemen. Waarom is het bijvoorbeeld zo dat er in sommige regio's en landen vaak sprake is van spanning en conflicten, terwijl er in andere situaties wordt samengewerkt en vertrouwen ontstaat?

Kortgezegd, er is nog onvoldoende kennis over hoe de moeilijke positie van zorginkopers hun inkoopstrategie beïnvloedt. Als uitgangspunt van dit proefschrift erkennen we dat zorginkopers gepositioneerd zijn in een complex netwerk van patiënten, zorgaanbieders en beleidsmakers die allen hun eigen belangen, doelen en verantwoordelijkheden hebben in het organiseren van chronische zorg. Dit proefschrift is erop gericht om beter te begrijpen hoe zorginkopers een regierol kunnen oppakken, en hoe deze gevormd wordt door de beleidscontext en invloed van diverse belanghebbenden.

Hoe zorgsystemen de strategieën en het handelen van zorginkopers vormen

In hoofdstuk 2 beschrijven wij een vergelijkende case studie tussen een regio in Engeland, Zweden (beiden publiek gefinancierd) en Nederland (zorgverzekeringsstelsel). Zorginkopers in deze landen hebben vergelijkbare uitdagingen zoals het verbeteren van de afstemming tussen zorgaanbieders en het versterken van eerstelijnszorg. Een kwalitatieve, gedetailleerde analyse van één regio per land laat zien dat iedere zorginkoper een andere aanpak heeft voor de inkoop van

zorg voor chronisch zieken. Zo zien we in Engeland een casus met een sterke lange termijnvisie, waarbij de betreffende Clinical Commissioning Group (CCG) populatiefinanciering voor 15 jaar beoogt. De CCG, die aangestuurd wordt door regionale huisartsenraden, heeft een sterke klinische blik, ontwikkelt nauwe samenwerking met zorgaanbieders, maar heeft soms ook een dwingende manier van sturen. In Nederland heeft de grootste zorgverzekeraar in de bestudeerde regio meer een kosten- en korte termijnoriëntatie. Hoewel de zorgverzekeraar zich bewust is van het belang om te sturen op lange termijn gezondheid van patiënten, zijn ze, onder druk van concurrentie, vooral gericht op het betaalbaar houden van verzekeringspremies. Daar staat tegenover dat ze ook sturen op korte wachttijden en toegankelijkheid. Innovatieve projecten worden wel gesteund in de Nederlandse regio, maar vaak op initiatief van zorgaanbieders zelf en zonder dit na afloop te vertalen naar structurele zorg. De relatie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars is formeler dan in Engeland en opvallend is dat het verloop van personeel binnen zorgverzekeraars groot is. In de aanpak van de Zweedse County Council staat het klinische en patiëntperspectief ook centraal, met bijvoorbeeld veel aandacht voor sociaal-maatschappelijke oorzaken van gezondheidsproblemen. Een hoge mate van directe toegang van patiënten tot tweedelijnszorg beperkt echter de invloed van de inkoper. In de bestudeerde regio is een grote en dure tweedelijnssector, waar de zorginkoper met beperkt effect op stuurt door middel van regulering en contracten. We concluderen aan de hand van deze vergelijkende studie dat met name competitie tussen zorginkopers (wel of niet), de organisatiestructuur van de inkoper (klinisch of ‘managerial’) en keuzevrijheid voor patiënten (vrije of beperkte keuze voor ziekenhuis/behandelaar, wel of geen huisarts als poortwachter) een grote rol spelen in het vormen van de inkoopstrategie. Deze drie systeemkarakteristieken bepalen in welke mate zorginkopers actief betrokken zijn bij zorgverbetering, zich focussen op korte termijn kosten of lange termijn gezondheid en hoe zij invloed uitoefenen op zorgaanbieders.

Hoe druk van belanghebbenden de inkoopstrategieën van zorgverzekeraars vormen.

Patiënten met Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD, een chronische longziekte) hebben last van steeds erger wordende benauwdheid en moeite met inspanning. COPD wordt voornamelijk veroorzaakt door het roken van sigaretten en gaat vaak gepaard met psychische klachten. Regelmatig moeten patiënten met spoed worden opgenomen in het ziekenhuis vanwege een benauwdheidsaanval (exacerbatie). Voor een goede behandeling hebben patiënten baat bij zorg van onder meer de huisarts, longarts, fysiotherapeut, diëtist, psycholoog en thuiszorg. Vaak is er nog ruimte voor een betere samenwerking tussen deze zorgaanbieders en verduidelijking

van afspraken over hun onderlinge taakverdeling. Dit is echter moeilijk te organiseren door variërende persoonlijke behoeftes van patiënten, verschillende medische inzichten tussen zorgaanbieders en soms conflicterende financiële belangen. Ook hier wordt van de zorgverzekeraar een regiefunctie verwacht, maar die is in een moeilijke positie gezien de verschillende belangen van betrokken partijen. In hoofdstuk 3 beschrijven we een longitudinale case studie gericht op een Nederlandse zorgverzekeraar die ketenbrede verbetering van zorg voor COPD patiënten nastreefde. Vanuit het theoretische perspectief van institutional logics beoogt deze studie de inkoopstrategie van de zorgverzekeraar beter te begrijpen. Onze aanname was dat de zorgverzekeraar zou toewerken naar het ontwikkelen van een regierol, maar dat er ook een sterke neiging zou zijn om aan een rol van budgetbewaker vast te houden. Op basis van de kwalitatieve data analyse hebben we deze rollen verklaard aan de hand van de metaforen van een 'regisseurs' en 'boekhouders' institutional logic (in het kort: logica). Van 2015 tot heden hebben wij een grote zorgverzekeraar gevolgd die in samenwerking met zorgaanbieders verschillende initiatieven nam om COPD zorg te verbeteren. Mede onder invloed van verwachtingen vanuit de overheid en maatschappij ging de zorgverzekeraar ambitieus en met nauwe betrokkenheid van start. Tijdens frequente bijeenkomsten werd zowel medisch-inhoudelijk als financieel besproken welke initiatieven goed zouden zijn voor COPD patiënten en wat dit zou betekenen voor de zorgketen als geheel. De zorgverzekeraar had daarbij het voornemen om deze initiatieven te ondersteunen door een zogenoemd shared savings contract, zodat niet alleen de zorgverzekeraar, maar ook zorgaanbieders zouden profiteren van eventuele kostenbesparingen. Geïnterviewde betrokkenen gaven aan dat dit voorbereidingsproces erg positief verliep en bijdroeg aan wederzijds vertrouwen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieders. Na deze fase, waarbij de regisseurs logica de boventoon voerde, viel de zorgverzekeraar later terug in hun boekhouders logica. De zorgverzekeraar bleek moeite te hebben om consensus te creëren tussen zorgaanbieders, durfde het niet aan om keten-brede, lange termijn shared savings afspraken te maken en de mate van ondersteuning verminderde. Terugkijkend op de gebeurtenissen onderscheiden we vijf vormen van druk die de zorgverzekeraar ervaart, afkomstig van verzekerden, zorgaanbieders en de overheid. Deze vormen van druk zijn gerelateerd aan relaties met zorgaanbieders, noodzaak voor controle op kosten, onzekerheid over zorg- en financiële uitkomsten, medische eisen van patiënten en publieke gezondheidsbehoeften. Gedurende de tijd verandert de mate van druk vanuit deze verschillende belanghebbenden. Bovendien zien we een interactie tussen de verschillende vormen van druk, wat vervolgens de interne logica's van de zorgverzekeraar beïnvloedt. Zo zorgt een verbeterde relatie met zorgaanbieders ervoor dat de zorgverzekeraar gemakkelijker met onzekerheid en financiële druk om kan gaan.

Daarentegen staat de zorgverzekeraar minder open voor medische onderbouwing wanneer de financiële druk hoog is. Naast deze extern gedreven verklaringen voor de logica's, speelt ook de eigen interne organisatie van de zorgverzekeraar een grote rol in termen van structuur, samenwerking en capaciteit. Zo vond binnen de zorgverzekeraar beperkt afstemming plaats tussen de gescheiden eerste- en tweedelijns inkoopafdelingen. Tevens was er sprake van beperkte interne steun voor beleidsmedewerkers die nauw betrokken waren bij projecten. Tot slot zien we een gebrek aan medische kennis en capaciteit voor projectondersteuning. Deze combinatie van factoren in de interne organisatie zorgt voor een vicieuze cirkel in hoe de zorgverzekeraar omgaat met eerdergenoemde druk van belanghebbenden. Hierdoor is terugvallen naar de boekhouders logica onvermijdelijk.

Thuis coaching van patiënten met ernstige COPD

In hoofdstuk 4 evalueren wij een COPD coaching interventie, het belangrijkste initiatief voortgekomen uit de samenwerking zoals gepresenteerd in het voorgaande hoofdstuk. De interventie was gericht op het reduceren van ziekenhuisopnames vanwege een benauwdheidsaanval door COPD. Patiënten konden na een ziekenhuisopname gebruik maken van thuis coaching door een ervaren longverpleegkundige uit het ziekenhuis. Doel van de coaching was om patiënten te leren tijdig verergering van klachten te herkennen, medicatie juist te gebruiken en een beter netwerk op te bouwen van zorgprofessionals en mantelzorgers. Dit zou moeten leiden tot minder benauwdheid en een beter fysiek en psychisch welbevinden voor de patiënt en daarmee ook tot lagere zorgkosten. Eerdere studies naar case management en versterken van zelfmanagement voor COPD patiënten laten veelbelovende, maar ook nog wisselende resultaten zien. Na inclusie van de patiënt in een van de vier deelnemende ziekenhuizen vonden in het eerste half jaar zeven gesprekken thuis plaats, gevolgd door drie telefonische gesprekken tot twee jaar na de start. De effecten van de coaching op zorggebruik en kosten werden bepaald met behulp van tijdens de studie verzamelde data en declaratiegegevens van de betrokken zorgverzekeraar. Effecten op benauwdheid, motivatie en zelfinzicht, psychisch welbevinden en voedingsstatus werden gemeten door middel gevalideerde vragenlijsten. Haalbaarheid van de interventie is bepaald op basis van de respons op de vragenlijsten, kosteneffectiviteit, een patiënt gerapporteerde ervaringsmeting (PREM) en een kwalitatieve evaluatie. Tussen juni 2016 en mei 2018 zijn 170 patiënten met ernstige COPD gestart, met een gemiddelde leeftijd van 69 jaar. Tijdens de studie zijn 12 (7.1%) patiënten tussentijds gestopt en 44 (25.9%) patiënten overleden. Zes maanden na de interventie lieten overlevende patiënten een statistisch significante verbetering zien op CCQ (klinische long status), PAM (motivatie en zelfinzicht) en SNAQ (voedingsstatus)

scores, ten opzichte van de startmeting. Deze verbetering werd ook aangetoond voor CCQ, HADS (angst en depressie) en SNAQ, 12 maanden na de interventie. 20% tot 45% van de patiënten vertoonde klinische verbetering op ten minste een van de vragenlijsten, 6 en/of 12 maanden na start van de interventie. Het jaarlijks gemiddelde aantal COPD-gerelateerde ziekenhuisopnames voor de 85 patiënten in de verzekeringsdata groep was 2.39, een jaar voor, en 1.92, een jaar na start van de interventie, wat een reductie van 20% betekent. De patiëntengroep met een historisch relatief laag opnamerisico, beperkte longklachten, maar een relatief hoge mentale ziektelast liet de sterkste reductie in ziekenhuisopnames zien. De daling van het aantal opnames ging gepaard met een kostenreductie van €900, in het jaar na start van de coaching, ten opzichte van het jaar ervoor. Hierbij is rekening gehouden met extra kosten voor coaching, fysiotherapie en overige meerkosten. De respons op vragenlijsten was 87,1%. De PREM vragenlijst liet een positieve beoordeling van de coaching zien (4,2 op een 1-5 schaal). De kwalitatieve evaluatie toonde zorgverbetering op vier domeinen: de zorgverlener-patiënt relatie, samenwerking, zelfmanagement ondersteuning, en professionele ontwikkeling. Deelnemende coaches en patiënten gaven verder aan dat aandacht, veiligheid en vertrouwen belangrijke elementen zijn van de coaching. Dit lijkt te wijzen op het belang van coaching voor patiënten met een hoge mentale ziektelast. Het bleek juist lastiger om fysieke klachten te verminderen bij patiënten met zware longklachten. Deze bevindingen zijn in lijn met onderzoek naar eerstelijns COPD patiënten met nog relatief milde klachten. We benadrukken daarom het belang van tijdige aandacht en ondersteuning voor COPD patiënten. Daarnaast zien we dat coaching verrijking van het werk van zorgprofessionals oplevert en kans biedt voor professionele ontwikkeling. Initiatieven zoals de COPD coaching interventie zouden moeten worden ondersteund door zorginkopers, waarbij overheden de juiste macro-prikkels en beleidscontext dienen te bieden.

Conclusies

De drie beschreven studies geven een beter begrip over in hoeverre zorginkopers een regierol kunnen vervullen, hoe hun gedrag na verloop van tijd verandert en wat dit betekent voor patiënt en maatschappij. Allereerst laten we zien hoe eigenschappen van publieke of private zorgsystemen de zorginkoopstrategie beïnvloeden bij het aansturen van de chronische zorg. Competitie tussen inkopers, de organisatiestructuur en de mate van vrije keuze voor patiënten blijken belangrijke systeemkarakteristieken die de mate van betrokkenheid, strategische visie en de manier van invloed uitoefenen van zorginkopers bepalen. Ten tweede beschrijven we hoe zorgverzekeraars met diverse belanghebbenden, met soms conflicterende belangen, doelen en invloed, omgaan wanneer zij de taakverdeling en samenwerking tussen chronische zorgverleners

proberen te verbeteren. Vijf soorten druk vanuit deze belanghebbenden (zorgaanbieders, verzekerden en de overheid) verklaren de verschuivende logics van de zorgverzekeraar. Dit zijn relationele druk, druk op kostencontrole, onzekerheid over zorg- en financiële uitkomsten, medische eisen van patiënten, en publieke gezondheidsbehoeften. Ten derde zien we dat samenwerking tussen een zorgverzekeraar en zorgaanbieders kan bijdragen aan implementatie en evaluatie van zorgverbeterinitiatieven. Onze evaluatie en haalbaarheidsstudie laat positieve effecten zien van thuiscoaching van COPD patiënten voor gezondheid, welzijn en kosten. Zorginkopers blijven echter worstelen om dergelijke verbeterprojecten structureel in te bedden in de reguliere zorg.

Een belangrijke bevinding van dit proefschrift is dat niet simpelweg een publiek of marktgedreven zorginkoopstelsel bepaalt of zorginkoop het beste werkt. Veel andere systeemkarakteristieken, gerelateerd aan competitie, organisatiestructuur en de mate van vrije keuze voor patiënten bepalen in hoeverre zorginkopers voldoende invloed, klinische kennis, verantwoordelijkheid en kunde hebben om zorgketens te coördineren. Beleidsmakers doen er goed aan om in oog te houden of zij de juiste systeemcontext bieden voor de beleidsdoelen die ze hebben gesteld. Daarnaast hebben zorginkopers zelf een belangrijke rol in het creëren van de juiste condities om op de langere termijn betere taakverdeling en samenwerking tussen zorgaanbieders te bereiken.

Met betrekking tot financieringsmodellen is het natuurlijk een relevante vraag of betaling per verrichting, budgetbekostiging, uitkomstgerichte betaling (pay-for-performance), bundelbekostiging, of populatiebekostiging de beste optie is. Het is echter nog belangrijker dat zorginkopers en zorgaanbieders bereid zijn om nieuwe financiële afspraken te maken, die gericht zijn op samenwerking, eerlijke verdeling van risico's en het wegnemen van verkeerde prikkels. Wij zien dat er in veel landen wordt geëxperimenteerd met nieuwe betalingsmodellen, maar dat er weinig structurele implementatie plaatsvindt. Door te laten zien hoe belangrijk een juiste beleidscontext is om zorginkopers een regierol aan te laten nemen, dragen de beschreven onderzoeken bij aan de zorginkoopliteratuur. Zo'n context betekent de juiste macro-financiële prikkels voor zowel zorginkopers als zorgaanbieders en beschikbaarheid van de noodzakelijke inkoopmogelijkheden met betrekking tot relatiebeheer, financieringsmodellen en projectmatige en analytische ondersteuning. Het benutten van deze mogelijkheden en het leren van de voor- en nadelen ervan is belangrijk om chronisch zieke patiënten de juiste zorg op de juiste plek te kunnen bieden.

Het COPD coaching initiatief laat in de praktijk zien dat, ondanks veelbelovende uitkomsten, conflicterende belangen en opvattingen van zorgaanbieders en zorginkopers een belemmering vormen om te komen tot structurele afspraken over zorgverbetering. Zorgverbeterinitiatieven zijn vaak moeilijk om op te schalen en daarmee zelden duurzaam. We benadrukken daarom dat ketenverbeteringen van tevoren adequate afspraken vereisen, met de juiste financiële prikkels voor alle belanghebbenden en overeenstemming over huidige en toekomstige rechten en plichten van betrokken partijen. Overheden en beleidsmakers mogen eisen stellen, maar dienen ook de prikkels en randvoorwaarden te bieden zodat zorgketens georganiseerd kunnen worden volgens best practices, die veelvuldig bekend zijn binnen en buiten het COPD veld.

Dit proefschrift toont dat zorginkopers de potentie hebben om als regisseur te sturen op ketenbrede goedgeorganiseerde chronische zorg. Om dit daadwerkelijk te realiseren zou zorgregelgeving en -beleid de zorginkoper moeten ondersteunen in haar moeilijke positie tussen de belangen van zorgaanbieders, burgers en overheden. Wanneer ook de zorginkoper zelf de juiste organisatie en kennis creëert, kan zij zich ontwikkelen tot ketenregisseur.