



INTERNATIONAAL PERSPECTIEF

OUTCOME ORIENTED REIMBURSEMENT

Dr. Y.W. van Kemenade en mr. C. Nijkamp

Yvonne van Kemenade en Christine Nijkamp zijn werkzaam bij de voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening (vRVZ). Daarnaast heeft Yvonne van Kemenade een adviesbureau te Zwijndrecht. Beide auteurs hebben dit artikel geschreven op persoonlijke titel.

Het meten van 'outcomes' van gezondheidszorg is niets nieuws. Artsen gebruiken in hun dagelijkse praktijk deze informatie om bijvoorbeeld een behandeling te continueren of stop te zetten. Ook geaggregeerde informatie wordt gebruikt om de effectiviteit van individuele artsen te beoordelen. Maar om deze informatie te gebruiken bij de honorering van artsen is een vrij nieuw concept. In verschillende landen wordt momenteel over de mogelijkheid en wenselijkheid ervan nagedacht. In een projectgroep bestaande uit deskundigen uit Duitsland, Engeland, Amerika en Nederland, zijn de mogelijkheden van een dergelijk honoringswijze nader bekeken en geïnventariseerd. Het idee van uitkomst georiënteerde honorering (outcome related reimbursement) is ingegeven door het idee dat de huidige honorering een incentive heeft op de kwantiteit van zorg in de plaats van op het kwaliteit van zorg. Een meer uitkomst georiënteerde honorering zou een betere kwaliteit en meer patiëntgerichte zorg bevorderen. Als wij het hebben over 'uitkomsten van zorg' wordt hiermee een hele range van resultaten bedoeld zoals, de klinische status, functionele status, ADL activiteiten, beperkingen, kwaliteit van leven en

patiënttevredenheid. Een aantal uit deze range van resultaten is te objectiveren en gerelateerd aan de aard van de aandoening en de aard van de behandeling zoals klinische status, functionele status en ADL-activiteiten. Resultaten als beperkingen, kwaliteit van leven en patiënttevredenheid zijn algemener en hebben betrekking op het functioneren en het welzijn, zoals de patiënt het ervaart. In de Verenigde Staten is het bijvoorbeeld gebruikelijk dat bij de evaluatie van managed care een patiënt een enquête met 36 vragen invult inzake de medische behandeling en technische keuzen. Deze gegevens bieden inzicht in welke behandeling het beste resultaat heeft volgens de verwachtingen van de patiënt.

Om de uitkomsten van zorg te kunnen relateren aan honorering moet een onderscheid worden gemaakt in een aantal categorieën van zorg. Preventieve zorg heeft bijvoorbeeld uitkomsten van een geheel andere orde dan curatieve zorg. Hiertoe zijn vijf categorieën van zorg onderscheiden: preventieve zorg, diagnosticeren, behandeling acute ziekten en trauma, behandeling van chronische ziekten en terminale zorg. In Tabel 1 staan deze vormen van zorg genoemd met de kenmerken van de uitkomsten van zorg. Uitkomst-georiënteerd moet worden gezien als een continuüm, verlopend van structuur, via proces naar uitkomstgerelateerde indicatoren van zorg. De mogelijkheden van meer of minder uitkomst georiënteerde metingen is veelal afhankelijk

Tabel 1 Typen zorg gerelateerd aan de uitkomsten van zorg

| Soort/type zorg | Kenmerken van uitkomsten van zorg |
|---|--|
| ● Preventie | Lange termijn uitkomsten, effecten zijn relatief makkelijk meetbaar op populatieniveau bijvoorbeeld het uitblijven van ziekten. Niet makkelijk te relateren aan honorering |
| ● Diagnostiseren | Voornameijk monitoren van procesaspecten, zoals verwijscijfers. Moeilijk om de uitkomsten van verwijzing te beoordelen. |
| ● Behandeling van acute ziekten en trauma | Zou mogelijk moeten zijn direct positieve en negatieve uitkomsten te meten, bijvoorbeeld genezing van ziekten. Uitkomsten relatief makkelijk te definiëren. |
| ● Behandeling chronische ziekten | Positieve uitkomsten moeilijk te meten door de comorbiditeit en de onzekerheid van het verloop van de ziekte voor de individuele patiënt. Rates van emergency opnamen kunnen indicatoren zijn voor slechte zorg. Het meten van adherentie van protocollen (proces) kan worden gebruikt, als deze beschikbaar zijn. |
| ● Terminale zorg | Brede range van patiënten en de omgeving uitkomsten veelal individueel bepaald. Medische uitkomsten kunnen refereren aan factoren zoals pijn en het handhaven van lichamelijke activiteiten. |

Tabel 2 Inventarisatie van aanwezige outcome-georiënteerde initiatieven

| Type zorg | Proces (indirect) | Uitkomsten (direct) |
|--------------------|--|---|
| Preventieve zorg | - protocollen voor probleem zwangerschap, ontwikkeling van handicapdetectie, chronic disease management | - immunisatie rate - kanker screening rates - tandzorg check up rates |
| Diagnosestelling | - aanbieders beoordeling en feed back - verwijzingscijfers - protocollen - patiënttevredenheid | |
| Acute ziekten | - gebruik protocollen - patiënttevredenheid - kosten per opname - chart reviews - accreditatie | - ziekenhuis mortaliteitscijfers - complicatie rates (pre- operatieve, operatieve en post-operatieve complicaties) - ontslag rate (readmission) - duurzaamheid tandvullingen |
| Chronische ziekten | - gebruik protocollen - patiënttevredenheid - voorkomen van hypertensie - therapie-trouw | - opname cijfers voor chronische ziekten (diabetes en astma) |
| Terminale zorg | - gebruik protocollen - patiënttevredenheid | |

is van het type zorg en de mate waarin de uitkomsten makkelijk definieerbaar zijn. Zo is bijvoorbeeld het aantal sterfgevallen in een ziekenhuis een uitkomst-criterium dat in de VS wordt gebruikt bij de honorering. Procesmetingen zijn over het algemeen meer gebruikelijk. Hierbij kan worden gedacht aan het monitoren van bijvoorbeeld het voorschrijfgedrag van artsen.

De wenselijkheid van het relateren van meer uitkomstgeoriënteerde aspecten van zorg aan de honorering is afhankelijk van een aantal factoren. Ten eerste is het na te streven doel van belang. Als bijvoorbeeld het doel is het gedrag van patiënt te veranderen, kan het gebruik van protocollen (proces) zinvoller zijn dan het gebruik van uitkomsten (bijvoorbeeld mortaliteitscijfers). Ten tweede moet de mogelijkheid voor het meten van criteria aanwezig zijn. De mate, waarin gedrag kan worden uitgedrukt in uitkomsten varieert. Bij bijvoorbeeld chronische ziekten is het moeilijk om de uitkomsten van de zorg te relateren aan de honorering, omdat het gedrag van de individuele patiënt hierop veel invloed heeft. Ten derde moet de wenselijkheid van een meer of minder uitkomst of proces georiënteerde honorering worden bekeken.

Als het gebruik van procesindicatoren voldoende is om het doel te bereiken is het niet zinvol te proberen uitkomsten te gebruiken, omdat deze veelal moeilijker te implementeren zijn.

Het gebruik van proces- en uitkomst criteria gerelateerd aan de honorering in de vier landen staat schematisch weergegeven in Tabel 2.

De meeste pogingen van uitkomst georiënteerde honorering zijn gerelateerd aan proces indicatoren, waarbij proces gezien moet worden als een indirecte meting van de uitkomst.

Uitzonderingen hierbij zijn immunisatie, voorkomen van post-operatieve infecties, duurzaamheid tandvullingen, voorkomen van ziekenhuisopnamen voor patiënten met diabetes en astma.

In deze gevallen kunnen de uitkomsten relatief makkelijk worden vastgesteld: kinderen die niet geïmmuniseerd worden, patiënten die post-operatieve infecties oplopen, vullingen die worden vervangen en opnamen van diabetes en astma patiënten. De meest gebruikelijke vorm van honorering is een additionele bonus. Het gebruik van uitkomsten komt voornamelijk voor in de patiëntengroepen acute en preventieve zorg. Of deze inventarisatie representatief is is onduidelijk,

omdat er erg weinig wordt gepubliceerd over dit onderwerp.

De mogelijkheden en wenselijkheid van het inbouwen van uitkomstgeoriënteerde honorering is afhankelijk van diverse factoren zoals het type zorg, de wijze waarop professionals worden gehonoreerd en de bestaande sturingsmechanismen in een land (zoals concurrentie, eigen betalingen, budgettering).

De variëteit in deze variabelen maakt het onmogelijk om één beste wijze van uitkomst georiënteerde honorering te ontwikkelen. Er moet voorzichtig worden omgegaan met het gebruiken van concepten uit het buitenland, door het verschil in de cultuur, organisatie en financiering van de gezondheidszorg. Implementatie moet gepaard gaan met piloting, geduld en diplomatie. Bij de introductie van uitkomst gerelateerde honorering kan worden gedacht aan het afsluiten van contracten tussen de verzekeraars en professionals, waarbij ook afspraken worden gemaakt over bijvoorbeeld het gebruik van bepaalde protocollen.

Het ontwikkelen van uitkomstgerelateerde honorering van professionals betekent een culturele omzwaai, hetgeen ontwikkeld dient te worden in projecten op lokaal niveau door de professionals zelf. ♦