

# Van bekostiging van zorgaanbieders naar zorgvragers

[Zorgmanagement](#), 14 november 2019

De afgelopen 20 jaar zijn in Europa veranderingen in de bekostiging van huisartsen, (ambulante) medisch-specialisten en ziekenhuizen, gericht geweest op het inbouwen van prikkels (efficiëntie en kwaliteit) in de aanbodgerichte bekostiging. De laatste jaren zien we een nieuwe wijze van bekostiging ontstaan. Men is vooral op zoek naar prikkels die kwaliteit, prestatie en efficiency bevorderen.



## Bekostiging huisartsen en (ambulante) medisch-specialisten

Twintig jaar geleden (1997) werden huisartsen voornamelijk betaald per verrichting of salaris (loondienst in gezondheidscentra). Vanaf 2007 ontstaan bij huisartsen gecombineerde vormen van bekostiging. Momenteel hebben bijna alle onderzochte Europese landen gemengde bekostigingssystemen voor huisartsen, meestal bestaande uit salaris of ‘*capitation*’ gecombineerd met extra betalingen voor bepaalde taken. ‘Capitation’ is bekostiging aan de hand van een vast bedrag voor elke geregistreerde persoon, per periode, ongeacht of die persoon zorg zoekt. De hoogte van de vergoeding is gebaseerd op het gemiddelde verwachte zorggebruik van die patiënt, waarbij de betaling voor patiënten over het algemeen varieert naar leeftijd en gezondheidstoestand. Een paar landen (Frankrijk, Italië, Nederland, Slowakije, UK, Zweden) hebben betalingen gerelateerd aan prestaties ingevoerd (‘pay-for-performance’, P4P).

In Nederland hebben huisartsen een zogenoemd ‘gesegmenteerd’ betalingssysteem, bestaande uit ‘capitation’ en prijs per verrichting (segment 1), gebundelde betalingen (case-betaling voor specifieke ziekteprogramma’s) en P4P (segment 3).

**‘Capitation’ is bekostiging aan de hand van een vast bedrag voor elke geregistreerde persoon, per periode, ongeacht of die persoon zorg zoekt.**

Het bekostigingssysteem van huisartsen in het VK en Slowakije bestaat uit een combinatie van vaste- en variabele ‘capitation’-betalingen, prestatiebetalingen (P4P) en prijs per verrichting. In Turkije krijgen de huisartsen een vermindering van de betaling als ze bepaalde activiteiten niet uitvoeren.

Bekostiging van (ambulante) specialisten is nog voornamelijk gebaseerd op prijs per verrichting en salaris (publieke ziekenhuizen), maar is er wel een trend ingezet naar gecombineerde bekostiging (prijs per verrichting, ‘capitation’) en op basis van prestaties (Frankrijk, Noorwegen, Portugal, Zweden). In Zwitserland hebben de specialisten in principe een salaris, maar in specifieke ‘managed care-modellen’ ontvangen zij gecombineerde vergoedingen. In België, Luxemburg en Nederland krijgen de meeste intramurale specialisten een prijs per verrichting. In Portugal (model B) krijgen Zweden en Turkije specialisten (publiek / privaat) in openbare ziekenhuizen een mix van ‘capitation’, prijs per verrichting en P4P.

## **Bekostiging ziekenhuizen**

Een van de belangrijkste hervormingen in de ziekenhuissector in de periode 1997-2007 was de overgang van een retrospectieve budgetten (budget op basis van historische, gerechtvaardigde kosten) naar prospectieve-globale budgetten, al dan niet gecombineerd met dagvergoedingen, zoals in België, Griekenland en Zwitserland. In sommige landen kwamen DRG-systemen tot ontwikkeling en werden langzaam ingevoerd (Oostenrijk, Duitsland, Italië, Noorwegen en Portugal).

Tien jaar later (2007) zien we dat in bijna alle onderzocht Europese landen verschillende vormen van DRG-systemen (Diagnostic Related Groups) zijn/worden ingevoerd en de laatste 10 jaar verder worden geïmplementeerd en verfijnd. De DRG-systemen worden vaak gecombineerd met andere vormen van bekostiging, zoals vaste (prospectieve) budgetten, prijs per verrichting/dienst en activiteit-gerelateerde bekostiging. In Noorwegen krijgen ziekenhuizen een mix van globale budgetten, activiteit-gerelateerde bekostiging en maximaal 2% bonus (op basis van kwaliteitsprogramma). In Zweden worden ziekenhuizen gefinancierd door globale budgetten al dan niet gecombineerd met DRG’s en P4P (Karolinska University Hospital).

## **De nieuwe vormen van bekostiging bevatten kwaliteit, prestatie en efficiency bevorderende prikkels, waarmee wordt geprobeerd de gevestigde (financiële) belangen van de zorgaanbieders te beperken, ten bate van de gezondheid van zorgvragers.**

De laatste jaren ontstaan nieuwe vormen van bekostiging, waarmee de traditionele bekostiging van de hierboven beschreven zorgaanbieders wordt losgelaten, zoals bekostiging van:

- specifieke activiteiten: waaronder zorgcoördinatie- en preventieactiviteiten (Italië, Frankrijk);
- doelgroepen (‘bundled payments’): bestaande uit één betaling per chronische patiënt die de kosten dekt van alle zorgdiensten die door het volledige scala van zorgverleners worden geleverd gedurende een bepaalde periode;
- bevolkingsgroepen (‘population based payments’): op de bevolking gebaseerde betalingen, aan groepen van zorgaanbieders, zoals onafhankelijke artsen in de

eerstelijnsgezondheidszorg, specialisten, praktijknetwerken of ziekenhuizen, die de meeste zorgdiensten dekken voor een gedefinieerde groep van de bevolking (Gesundes Kinzigtal in Duitsland).

Deze nieuwe vormen van bekostiging bevatten kwaliteit, prestatie en efficiency bevorderende prikkels, waarmee wordt geprobeerd de gevestigde (financiële) belangen van de zorgaanbieders te beperken, ten bate van de gezondheid en welzijn van de zorgvragers.

*Voetnoot:*

[1] Zie: Healthcare in Europe 1997, 2007, 2018 en 2019. The finance and reimbursement systems of 18/11/22 European countries: België, Denemarken, Duitsland, UK, Finland, Frankrijk, Griekenland, Italië, Luxemburg, Nederland, Noorwegen, Polen, Portugal, Roemenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Turkije, Oostenrijk, Zweden, Zwitserland.

*Dit artikel is deel 4 van een serie. Lees hier [deel 1](#) – [deel 2](#) – [deel 3](#).*

**Door: Dr. Yvonne van Kemenade**



*Yvonne van Kemenade is ruim 30 jaar werkzaam in de gezondheidszorg en heeft verschillende artikelen en boeken geschreven. Ze heeft verschillende functies bekleed: onderzoeker/docent aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam (ESHPM), adviseur Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS), strategisch adviseur Albert Schweitzer ziekenhuis en bestuurder van een Zorggroep. Mevrouw Van Kemenade werkt momenteel als freelance consultant en is lid van verschillende raden van toezicht ([www.yvonnevankemenade.nl](http://www.yvonnevankemenade.nl)).*