

Ontwikkelen van een alternatief bekostigingsmodel met shared-savings voor Kerngezond Vlissingen

Tadjo Gigengack, promovendus ESHPM
Sander Steenhuis, senior onderzoeker Health Campus Den Haag
Deelsessie BUNDLE congres 2025



Welkom en opzet van deze sessie



- 11:30** Welkom en opzet
- 11:35** Ontwikkelen van een alternatief bekostigingsmodel voor Kerngezond Vlissingen
- 11:55** De nauwkeurigheid van het beoogde shared-savings model
- 12:15** Ruimte voor uitloop / vragen / discussie / suggesties
- 12:45** Einde

Deel I: De ontwikkeling van een alternatief bekostigingsmodel voor Kerngezond Vlissingen

Sander Steenhuis, PhD
Senior onderzoeker en projectleider

s.steenhuis@lumc.nl



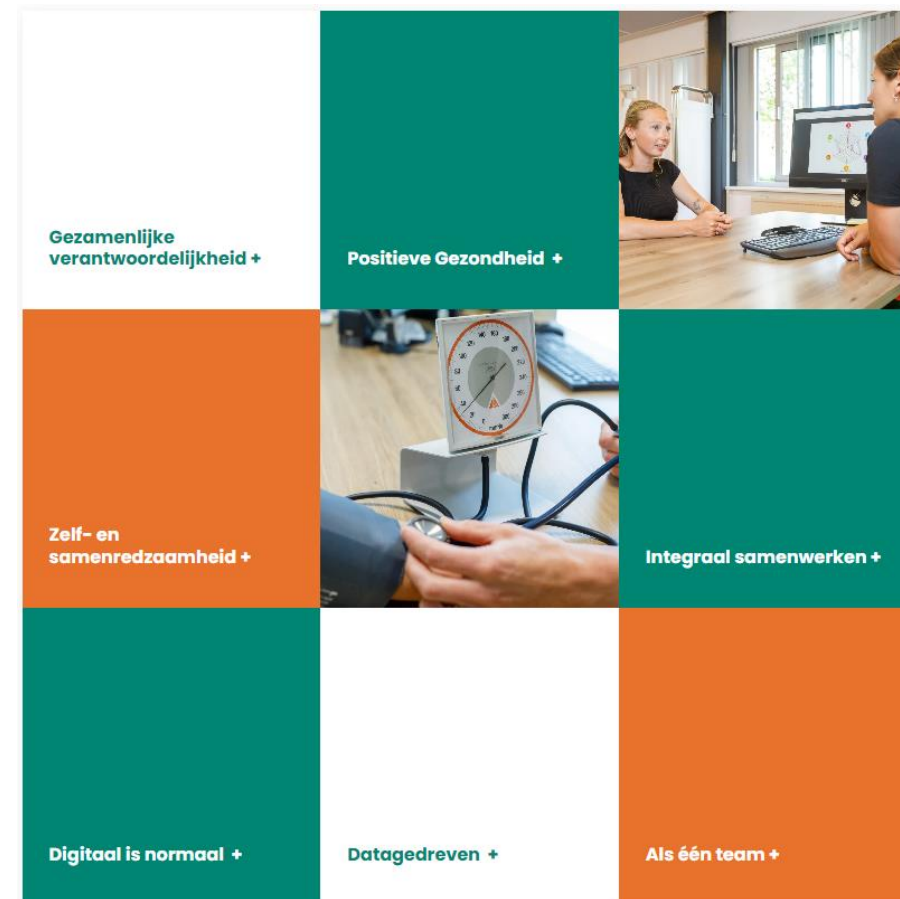
Het domeinoverstijgende samenwerkingsverband Kerngezond Vlissingen



Kerngezond Vlissingen is een multidisciplinaire en domeinoverstijgende samenwerking...

...die bekostigd wordt o.b.v. reguliere contractafspraken en projectgelden.

Deze huidige manier van bekostigen belemmert de (doorontwikkeling van) deze samenwerking



Bekostigingsknelpunten Kerngezond Vlissingen



Opdracht 2023: komen tot een breed gedragen voorstel voor een beter passend, domeinoverstijgend, opschaalbaar en structureel bekostigingsmodel voor Kerngezond Vlissingen

Samen met:
**zorgvuldig
advies**

1. Bekostiging is (deels) productiegedreven
2. Financiële schotten tussen sectoren en domeinen
3. Programmamanagement en coördinatie van projecten
4. Niet iedereen doet mee
5. Het collectief organiseren van individuele zorg
6. Meer tijd / langere consulten
7. Extra werk
8. Meedoen aan projecten/verbeterstappen
9. Baten van investering slaan elders neer

Algemeen

Concept Kerngezond

Projecten Kerngezond

Beoogd alternatief bekostigingsmodel Kerngezond Vlissingen



3 scenario's uitgewerkt:

1. Pragmatisch en Incrementeel
2. Disruptief en Complex
3. Ambitieuw en realistisch

Component 1 – Medisch domein

Huisarts, apotheek, paramedie en wijkverpleging

Een 'all-in' tarief: voor alle (afgesproken) eerstelijnszorg die geleverd wordt door huisartsen, apothekers, paramedici en wijkverpleging.

Component 2 – Sociaal domein

Buurtteams

Vaste aanneemsom: voor de Buurtteams (de Overheids BV).

Bovenop het all-in tarief / vaste bedrag komt een **shared savings afspraak** waarbij de eerstelijns aanbieders én de Buurtteams delen in door hen gerealiseerde besparingen én verliezen op totale Zvw-uitgaven.

De hoogte van de shared savings is gekoppeld aan de mate waarin van tevoren vastgestelde kwaliteitsindicatoren en/of gezondheidsuitkomsten gerealiseerd worden.

Dus combinatie van: populatiebekostiging + shared savings + pay-for-performance

Meerwaarde van dit bekostigingsmodel



- Kan de 9 bekostigingsknelpunten grotendeels wegnemen
- 'Productie draaien' is niet langer de belangrijkste bron van inkomsten; preventie wordt lonend
- Van 'financiële schotten' naar meer gezamenlijke financiële verantwoordelijkheid
- Uitbreiding met meer en/of andere zorgaanbieders mogelijk; opstap naar brede populatiebekostiging?
- Meer vertrouwen / autonomie / vrijheid voor zorgaanbieders, maar ook:
- Meer financieel risico...!?

2024 - 2026: van een conceptueel model naar een inkoopcontract

Huidige status: Werkgroep Bekostiging



- Mei 2024 werkgroep gestart: alle stakeholders vertegenwoordigd
- Werkgroepbijeenkomst 1-3 eerst focus op **versterken uitgangssituatie**, zoals:
 - Kennismaken en gezamenlijk doel
 - Samenwerkingsafspraken
 - Belangen boven tafel
 - Zorginhoudelijk verbeterpotentieel
 - Meenemen achterban (voorkom 'ontkoppeling')
 - Inspiratiebijeenkomst
 - Inrichten Beleidsadviesgroep (BAG)
 - Commitment op plan van aanpak
- Werkgroepbijeenkomst 4-8 meer de inhoud in → **scope en governance**

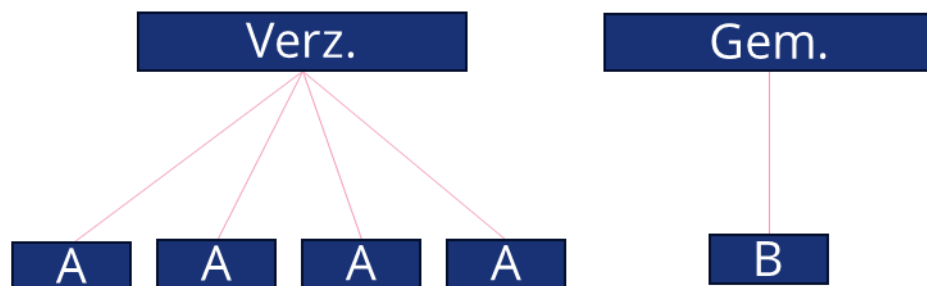
We..

- zitten hier met **mandaat**
- regelen een **vervanger** die goed op de hoogte is indien we verhinderd zijn
- zijn op **tijd, voorbereid** en ronden **tijdig** af
- komen **gemaakte afspraken** na en als dat niet het geval is spreken we elkaar daarop aan
- hebben een **voorzitter** die structuur biedt en orde houdt
- spreken **voor onszelf en de achterban**, niet voor anderen
- **respecteren** conflicterende meningen, laten elkaar uitspreken en gaan respectvol met elkaar om
- hebben **vertrouwen** in elkaars goede intenties
- zijn **moedig** en durven risico's te nemen
- zijn **transparant** richting elkaar
- stellen **data** ter beschikking van dit traject
- weten **hoofd- en bijzaken** van elkaar te onderscheiden
- blijven **elkaar bevragen** en hebben oog voor elkaars zorgen

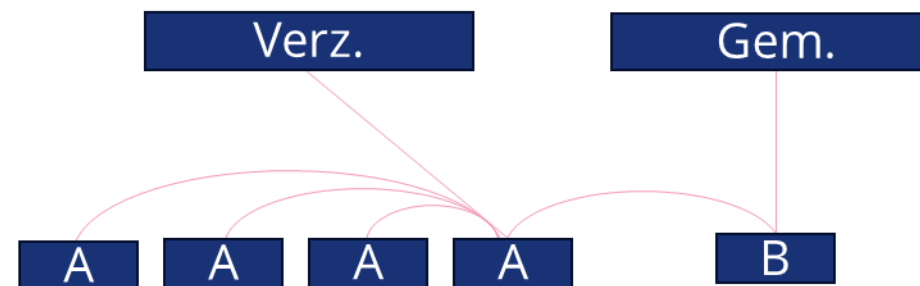
Voorbeeld van verkenning thema 'Governance'

Wat zijn jullie eerste gedachten bij / reflecties op deze vier fictieve scenario's?

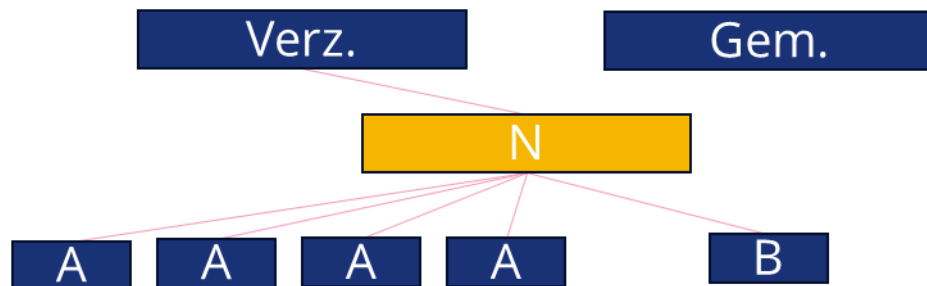
A: Geen nieuwe entiteit, behoud van afzonderlijke contracten, evt. losse all-in tarieven



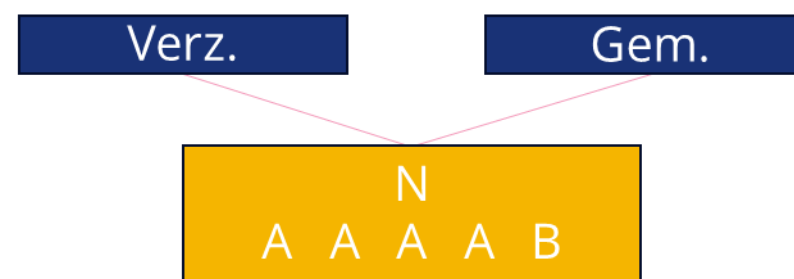
B: Geen nieuwe entiteit, één van de bestaande entiteiten wordt contractpartij en kassier



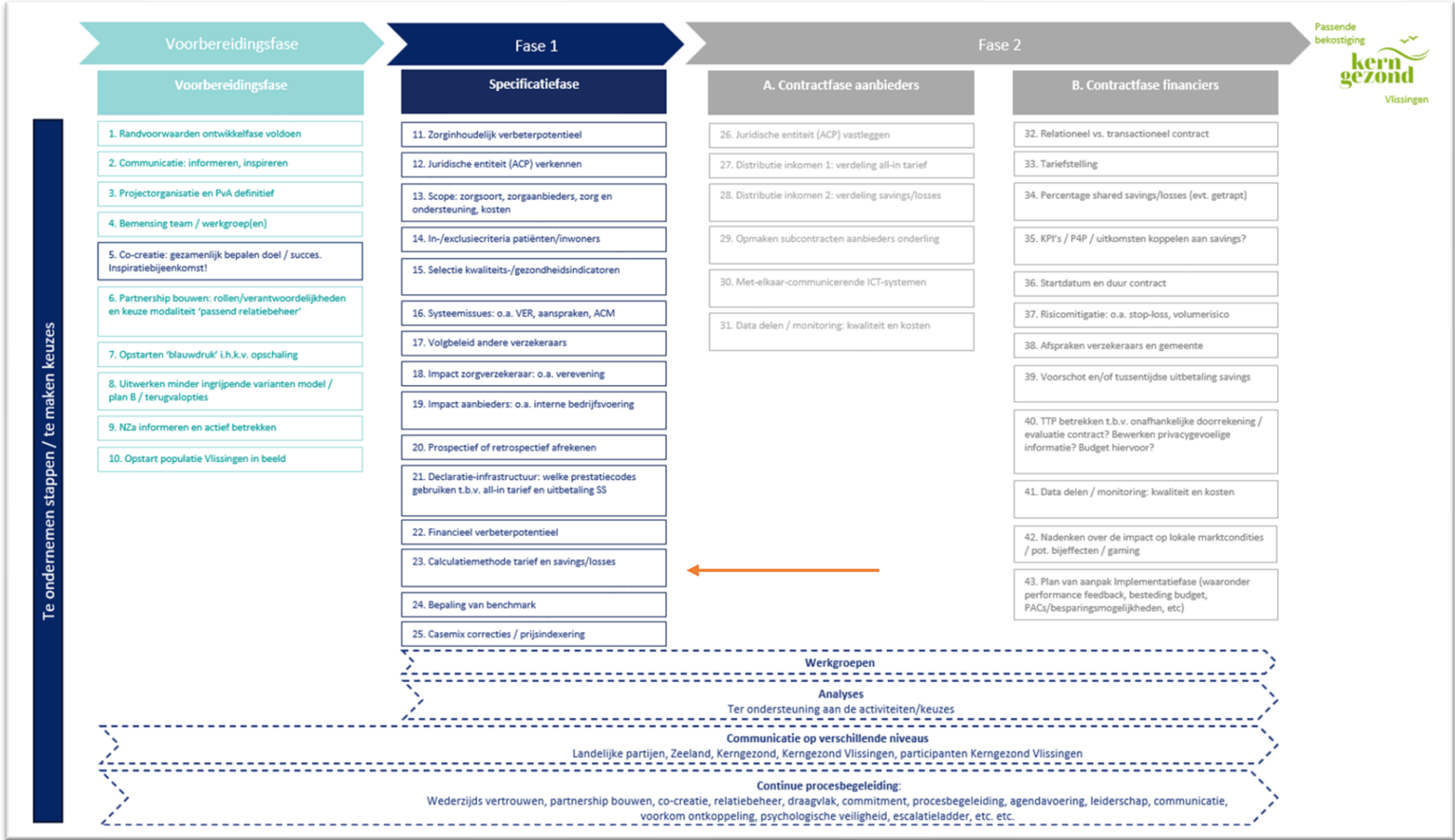
C: Nieuwe entiteit waarin bestaande entiteiten samenwerken



D: Nieuwe entiteit, waar bestaande entiteiten in opgaan; iedereen in loondienst



Inhoudelijke onderwerpen komende 1,5 jaar



Deel II: Een nauwkeurig shared savings-model voor Kerngezond Vlissingen

Tadjo Gigengack, MSc

PhD Candidate @ Erasmus Universiteit Rotterdam,
Health Systems and Insurance

gigengack@eshpm.eur.nl



Achtergrond



Drie knelpunten bij Kerngezond Vlissingen waarbij shared savings kan helpen:

- 1) Bekostiging is (deels) productiegedreven
- 2) Programmamanagement en coördinatie van projecten
- 3) Baten van investering slaan elders neer

Mogelijke oplossing: shared savings-model

- Kerngezond Vlissingen deelt met de zorgverzekeraar in besparingen/verliezen op zorguitgaven
- Maar op welke zorguitgaven en voor welke patiënten gaan we dan delen? → data-gedreven inzichten uit dit onderzoek

Veelbelovend



- Nederlandse & internationale initiatieven van shared savings-modellen lijken veelbelovend!
 - Bijvoorbeeld Arts en Zorg & Medicare Shared Savings Programma (MSSP)
- Over het algemeen:
 - Significante afname zorguitgavengroei (-1% tot -10%)
 - Significante afname tweedelijnszorggebruik
 - Gelijkblijvende/verbeterde kwaliteit van zorg



Rijksoverheid

Documenten >

Simpel voorbeeld



Stel Kerngezond Vlissingen in 2026:

- Benchmark: €100 zorguitgaven per verzekerde
- Werkelijke uitgaven (declaraties): €95 → €5 besparing per verzekerde
- Populatie: 20.000 CZ verzekerden → $€5 * 20.000 = €100.000$ besparing
- Stel: 50/50 delen
 - €50.000 bonus Kerngezond Vlissingen
 - €50.000 besparing CZ
- Win-win... toch?

De benchmark is vaak arbitrair en niet data-gedreven gekozen

- Wat als de benchmark niet goed is?
 - Benchmark te laag → bijv. werkelijke besparing was €10 → CZ gaf €50.000 te weinig
 - Benchmark te hoog → bijv. werkelijke besparing €2 → CZ gaf te veel bonus

Hoe **nauwkeurig** is het shared savingsmodel: berekende besparing = daadwerkelijke besparing?

Praktijk: MSSP



- Medicare Shared Savings Programma (MSSP)
 - Grootste shared savings programma op aarde (8,2 miljoen patienten per jaar)
 - Elk jaar gemiddeld \$900 miljoen daadwerkelijk bespaard
 - Maar: jaarlijkse bonussen meer dan \$1 miljard
 - Dus bonus > daadwerkelijke besparing
 - 2013-2021: netto verlies voor verzekeraar van -\$2,06 miljard
- Verzekeraar wil voorkomen dat door een onnauwkeurige benchmark te veel bonussen worden uitgekeerd
- Daarom: besparingsdrempel
 - Grens die overschreden moet worden voordat er een besparing wordt gezien als een daadwerkelijke besparing



Praktijk: Arts en Zorg



- Maar je wilt niet dat de besparingsdrempel te groot is!
- Arts en Zorg: all-tarief + shared savingsprogramma
 - Grootste shared savings programma in Nederland
 - Elk jaar een afname in zorguitgaven, maar nooit een bonus uitgekeerd
 - Een verklaring: besparingsdrempel was te groot
- Nauwkeurig shared savingsmodel:
 1. Berekende besparing = werkelijke besparing
 2. Besparingsdrempel zo klein mogelijk

Ontwerpen shared savings-model



- Nauwkeurigheid shared savingsmodel:
 1. Berekende besparing = werkelijke besparing
 2. Besparingsdrempel zo klein mogelijk
 - Wordt beïnvloed door het ontwerp (de bouwstenen)
-
- 5 bouwstenen van een shared savings-model:
 1. Welke populatie?
 2. **Welke zorguitgaven?**
 - Totale Zvw zorguitgaven → veel onzekerheid
 3. Welke controlegroep?
 4. Methode besparingsdrempel?
 5. Hoe verdelen we de savings/losses?

Ontwerpen shared savings-model



- Nauwkeurigheid shared savingsmodel:
 1. Berekende besparing = werkelijke besparing
 2. Besparingsdrempel zo klein mogelijk
 - Wordt beïnvloed door het ontwerp (de bouwstenen)
-
- 5 bouwstenen van een shared savings-model:
 1. Welke populatie?
 2. Welke zorguitgaven?
 3. **Welke controlegroep?**
 - Amsterdam vergelijken met Vlissingen?
 4. Methode besparingsdrempel?
 5. Hoe verdelen we de savings/losses?

Nauwkeurigheid vergelijken



- **Probleem:** Ontwerpkeuzes shared savings-modellen kunnen grote financiële gevolgen hebben
- **Oplossing:** datagedreven nauwkeurigheid inschatten voor elk mogelijk shared savings-model
 - Welke zorguitgaven en controlegroep → meten systematische afwijking & besparingsdrempel
- **Hoe?** → We passen elk shared savings-model toe op de historische declaratiedata
 1. Hoeveel besparing meten we nu?
 - We horen nu geen besparing/verlies te meten
 - Stel: we meten de afgelopen jaren een €200.000 besparing → onnauwkeurig ontwerp
 2. Hoe groot zijn de besparingsdrempels?
 - Stel: jaarlijks minstens €50 per verzekerde besparen voordat er bonussen worden uitgekeerd. Is dat haalbaar?

Welke ontwerpen?



- Work in progress: eerste sneak peak resultaten!
- Data: Declaratiedata van CZ tussen 2018 Q2 – 2024 Q2
 - Exclusief coronajaren (2020 & 2021)

5 bouwstenen van een shared savings-model:

1. Welke populatie?
 - CZ verzekerden ingeschreven bij een deelnemende huisartspraktijk
2. Welke zorguitgaven?
 - Totale Zvw zorguitgaven (exclusief mondzorg & GGZ)
3. **Welke controlegroep?**
 - a) Landelijk gemiddelde ongecorrigeerd
 - b) Landelijk gemiddelde gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, SES
 - c) Kernwerkgebied CZ (gecorrigeerd)
 - d) Landelijk gecorrigeerd + uitgaven dure patiënten afgekapt
4. Methode besparingsdrempel?
 - 95% Betrouwbaarheidsinterval
5. Hoe verdelen we de savings/losses?
 - N.v.t.

Vervolgstappen



- Welke zorguitgaven willen we erin en eruit?
 - GGZ?
 - Acute MSZ zorg?
 - Geriatrische revalidatiezorg?
 - Afkappen hoge zorguitgaven?
- Welke patientgroepen willen we erin en eruit?
 - Eerste & laatste levensjaar?
 - Alleen focus op lage SES patienten?
- Welke regio's vinden we vergelijkbaar?
 - Matchingmethodes?
 - Lokale controlegroep?
- Welke besparingsdrempel?
 - 95% BI vs. 90% BI vs. power analysis?
- Denk graag mee!

Bedankt voor jullie aandacht!

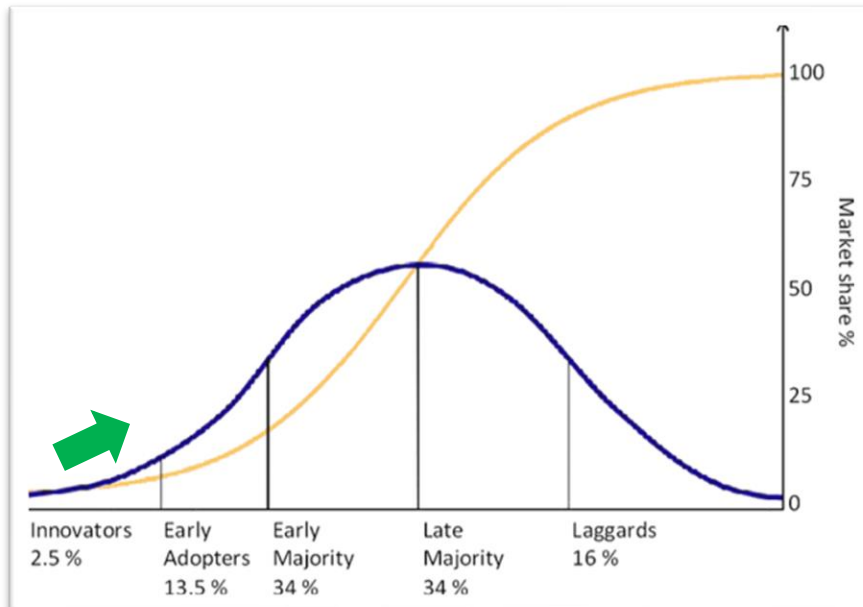


Wat neem je mee?

Wat puzzelt nog?

Wat inspireerde?

Waar zou je dieper op in willen gaan?



Doorpraten? Neem contact op met:

Sander: s.steenhuis@lumc.nl

Tadjo: gigengack@eshpm.eur.nl

Bundle LinkedIn:

