

Verantwoording onderzoek Outputgerichte bekostiging

Maatschappelijke
ondersteuning &
jeugdhulp

Den Haag, 14 mei
Johan Visser
Paul van Drunen
Melis Jan van Heerikhuizen

EQUALIS
strategy & modeling



Agenda

1. Inleiding & aanleiding
2. Kansen en risico's (SWOT)
outputgerichte bekostiging
3. Beheersmaatregelen



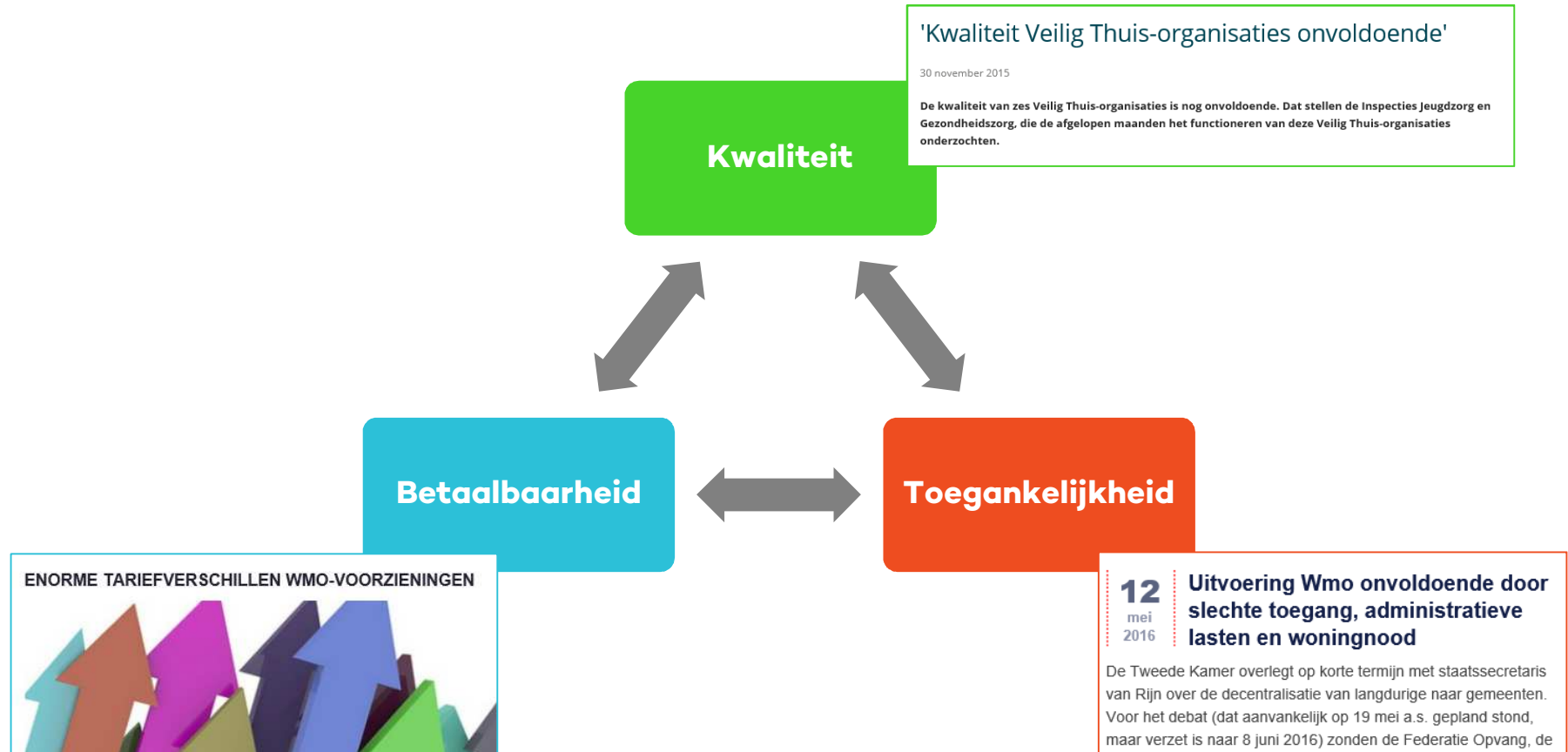
Gemeenten willen de toegang tot doelmatige jeugdhulp en MO voor hun inwoners borgen



Bij wijziging van de bekostiging moet een gemeente bepalen wie wanneer en op welke wijze te betrekken



Doelmatige zorg/ondersteuning kent drie componenten, die mogelijk tegenstrijdig zijn

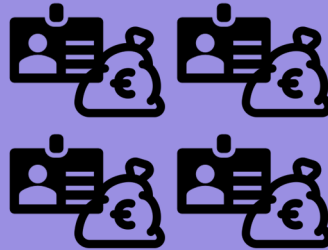


Outputgerichte bekostiging (OB) is een middel om doelmatige zorgverlening na te streven

Inspanningsgericht



Outputgericht



Taakgericht



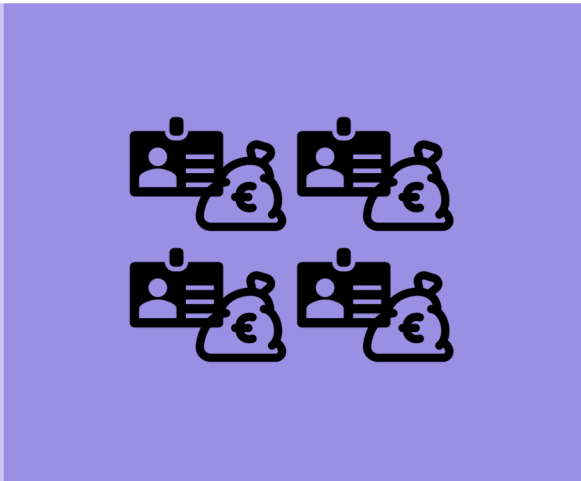
Gemeentes moeten een keuze maken voor een bekostigingssysteem



Inspanningsgericht



Outputgericht



Taakgericht



Afbakening tussen bekostigingssysteem is niet scherp



Doel onderzoek

Onderzoek:

In kaart brengen van:

- ◆ Handreiking voor gemeenten bij een keuze voor outputgerichte bekostiging
 - ◆ Te maken keuzes
 - ◆ Mogelijke consequenties van die keuzes

Aan de hand van

- ◆ Kansen en risico's (SWOT) outputgerichte bekostiging
- ◆ Aanknopingspunten concrete beheersmaatregelen
- ◆ Ervaringen in andere sectoren

Plan van aanpak



Literatuurstudie



Interviews



Discussiegroep



Rapportage



Literatuurstudie

Outputbekostiging in andere stelsels, o.a.:

- ◆ Zvw
- ◆ Wlz
- ◆ AWBZ

Vier interviews

Met voorloopgemeenten op gebied van OB in:

- ◆ Jeugdhulp
- ◆ WMO

Discussiegroep

Aanscherpen van kansen en risico's outputbekostiging:

- ◆ 7 gemeenten
- ◆ VWS/VNG beleidsmedewerkers

Aanpak

Kansen en risico's uit literatuur

**Impressie van kansen en risico's
in andere stelsels**

Kansen en risico's uit interviews



**Nog weinig resultaten van
aangepaste
bekostigingsmechanismen**

**Wel overwegingen om
outputgerichte bekostiging in te
voeren & risicoanalyses**

**Kansen en risico's uit
discussiebijeenkomst**

**Aanscherpen van kansen en
risico's en mogelijkheden
inventariseren om kansen en
risico's te voorkomen**

Agenda

1. Inleiding & aanleiding
2. Kansen en risico's (SWOT)
outputgerichte bekostiging
3. Beheersmaatregelen



Strength

Weakness

Opportunity

Threat

Strength

Kosten per cliënt vastgesteld

Cliënt centraal

Lagere registratielast

Prikkel tot efficiëntie

Prikkel tot veel ondersteuning

Prestaties vereenvoudigen

'Totale cliënt' aanpak

Opportunity

Ondersteuning simpeler voor cliënt



Kracht & Kans

Waarom willen we OB invoeren?

- Betalbaarheid
- Toegankelijkheid
- Kwaliteit

Totale cliënt aanpak / Ondersteuning simpeler voor de cliënt Outputbekostiging maakt het eenvoudiger om de ondersteuning voor een cliënt integraal aan te bieden. Met name als de output onafhankelijk is van het type ondersteuning, heeft de aanbieder de mogelijkheid om integraal te ondersteunen. Door een integrale aanpak is het mogelijk om voor een cliënt met meerdere ondersteuningsvragen één regievoerder aan te stellen.

Prikkel tot veel ondersteuning Iedere extra cliënt draagt bij aan de omzet van een aanbieder. Daarmee ontstaat een prikkel om veel cliënten te ondersteunen.

Prestaties vereenvoudigen Het aantal prestaties kan beperkt worden, waardoor ook de registratie vereenvoudigt. Uniformiteit in de prestaties tussen gemeenten is voor de aanbieders wel belangrijk.

Lagere registratielast Aanbieders hoeven slechts te verantwoorden over de behaalde output.

Cliënt centraal De manier waarop de ondersteuningsdoelen behaald worden, is niet vastgelegd. Hierdoor kan de ondersteuning specifiek op de cliënt worden afgestemd.

Kosten per cliënt vastgesteld Geen verrassingen voor de aanbieder en de cliënt over het tarief van de ondersteuning.

Prikkel tot efficiëntie Het is financieel aantrekkelijk voor de aanbieder om de ondersteuning voor een cliënt efficiënt uit te voeren. Iedere efficiëncyslag (bijv. door innovatie) draagt bij aan het financiële resultaat van de aanbieder.

1. De verpleeghuizen worden bekostigd door Zorgzwaartepaketten. Daarmee worden de verpleeghuizen outputgericht bekostigd. Onlangs bracht het college voor de rechten van de mens een rapport uit over de waardigheid van de cliënten. De cliënten staan (nog) niet centraal.
2. De huisartsenbekostiging is een samenspel van outputgericht (consulten), taakgericht (abonnementshonorarium) en inspanningsgericht (M&I verrichtingen). De huisartsen hebben met hun manifest “Het roer moet om” vooral veel aandacht gevraagd voor een lagere registratielast, vooral door het accent meer op vertrouwen te leggen. Dat is een kenmerk dat sterk gekoppeld is aan outputgerichte bekostiging.
3. De ziekenhuizen worden momenteel bekostigd door middel van DBC's. De DBC's vormen feitelijk een mix tussen inspanningsbekostiging en outputgerichte bekostiging. In de ziekenhuizen is sprake van een sterke ontwikkelcomponent in de bekostiging. Jaarlijks vinden veranderingen in de definitie van de prestaties plaats. Naast de jaarlijkse wijzigingen zijn er ook grotere wijzigingen doorgevoerd die grote impact hebben op de definitie van prestaties. Het optimale niveau van informatievoorziening voor de ziekenhuizen in de afweging tussen vertrouwen en controle is aan verandering onderhevig.
In de ziekenhuizen is sprake van een stapsgewijze vereenvoudiging van de bekostigingssysteem. In eerste instantie was sprake van ca. 30.000 verschillende prestaties. Inmiddels is het aantal prestaties teruggebracht tot ca. 3.000
4. In de ziekenhuizen is sprake van vooraf vastgestelde tarieven, waarbij het daarmee vooraf duidelijk wat het tarief van de behandeling in een ziekenhuis moet zijn. Voor de ziekenhuizen zijn daarbij twee kanttekeningen te plaatsen.
 1. Het blijkt lastig op voorhand de juiste prestatie vast te stellen.
 2. Het aantal prestaties is niet op voorhand bekend, waardoor het totale budget niet op voorhand duidelijk is. Zorgverzekeraars hebben deze onzekerheid opgelost door budgetplafonds af te spreken. Dat staat wel op gespannen voet met outputgerichte bekostiging.
5. De discussie over wat efficiënte zorgverlening is leidt bij de verpleeghuizen tot spanning tussen de reguleerder (NZA) en de zorgaanbieders.
6. In de GGZ is een aanpassing in de bekostiging doorgevoerd, waardoor voor de Basis GGZ outputgerichte bekostiging ontstond en de drempel voor zorgverlening laagdrempeliger werd. Dat heeft er toe geleid dat meer mensen zorg hebben ontvangen.
7. In de ketenzorg voor de GGZ zie je dat het lastig is om te zorgen voor een totale ketenaanpak. Met name op het moment dat de zorgvraag complex wordt is het lastig om een totale aanpak te formuleren. (Overigens zien we eenzelfde vraagstuk voor de keten DBC's voor COPD, CVRM en diabetes)

1. De cliënt centraal stellen blijkt in de praktijk lastig: ook met outputgerichte bekostiging



Waardigheid, autonomie en bejegening in verpleeghuizen

De dagelijkse praktijk vanuit het mensenrechtenperspectief

Mary van den Wijngaart
Rob Witte

November 2015

Het blijkt lastig om de daad bij het woord te voegen in het centraal stellen van de cliënt.

In de praktijk van de verpleeghuizen is nog onvoldoende sprake van waardigheid voor de cliënten.

Cliënt centraal

2. Het manifest het “Roer moet om”: minder bureaucratie

- Stop het georganiseerde wantrouwen en de doorgeschoten controle van de bureaucratie voor patiënten en zorgverleners.
- Geef concreet aan wat wel en wat niet uit de publieke middelen betaald kan worden.
- Investeer in professionaliteit en opleiding in plaats van meer controle en betutteling.
- Verlaat het dogma van ‘eigen-regie’ als excuus voor het onvoldoende leveren van zorg aan kwetsbaren.
- Laat de zorginhoud - binnen vastgestelde kaders - aan de professionals, bouwt u aan de structuur.
- Repareer de uitvoering van de zorgwetten ZVW, WMO en WLZ.
- Realiseer de regionale samenwerking en meerjarige contracten.
- Zorg voor een structureel debat over gezondheid en zorg met de hele samenleving.

De roep van huisartsen is onder andere om meer vertrouwen. Dat gaat verder dan alleen OB.

Lagere
registratielast

3. Blijvende veranderingen in ziekenhuizen

1988

Taakgerichte budgettering

2005

Introductie DBC's

2008

-
2012

DBC naar DOT

2012

**Prestatie-
bekostiging met
transitiemodel**



Mankementen worden getackeld

- ◆ Lokaal niveau: 1 budget per ziekenhuis
- ◆ Financiering door prestaties (ca 30.000 prestaties)
- ◆ Terugbrengen aantal prestaties (ca 3.000 prestaties)
- ◆ Overgang naar bekostiging op basis van prestaties

Lagere
registratielast

4. Vooraf duidelijke tarieven betekent niet dat het beschikbare budget niet wordt overschreden



'Kosten per ziekenhuispatiënt verder gestegen'



Gepubliceerd: 18 juli 2016 08:14

Laatste update: 18 juli 2016 09:33

- In de ziekenhuizen is sprake van een verschuiving in de casemix.
- Toename van behandelingen met dure geneesmiddelen leiden tot een stijging van de kosten
- Kosten per behandeling zijn op voorhand vastgesteld

Kosten per
cliënt
vastgesteld

5. Outputgerichte bekostiging leidt niet automatisch tot hogere doelmatigheid

Meer efficiency in schaarse ouderenzorg wrang

12 april 2017

De bedrijfsvoering verpleeghuizen moet efficiënter, stelt de zorgautoriteit (NZa). Dit gaat voorbij aan de huidige schaarste in de ouderenzorg.

Er is al langer een discussie gaande over de kwaliteit van de ouderenzorg. Hugo Borst's pleidooi voor meer bekwaam personeel doorbrak de impasse. De politiek omarmde zijn manifest. Uit NZa onderzoek blijkt dat lang niet alle verpleeghuizen voldoen aan nieuwe normen voor personeel. De NZa wijdt dit aan inefficiënte bedrijfsvoering. Er gaat teveel geld naar management en overhead, zo wordt gesteld. Verpleeghuizen moeten werken aan verbeteringen. Pas dan volgt extra geld, en dat kan met minder dan eerder beloofd (1,3 ipv 2 miljard).

Spanningsveld tussen handhaving/controle en doelmatigheid

Voorbeeld Ouderenzorg:

- ◆ NZA: *“te veel overhead”*
- ◆ Veld: *“te veel bureaucratie”*

6. De introductie van de basis & POH GGZ heeft de toegang gemakkelijker gemaakt

Aantal nieuwe patiënten in zorg bij betrokken aanbieders

	POH-GGZ (vóór 2014)	POH-GGZ (na 2014)	EPZ	GB-GGZ	2e lijn	Gespecialiseerde GGZ
Jan-jun 2012	3.400		846		8.850	
Jul-dec 2012	3.894		727		8.040	
Jan-jun 2013	5.678		779		9.012	
Jul-dec 2013	6.933		711		8.131	
Jan-jun 2014		14.331		2.454		5.847
Jun-dec 2014		14.175		2.183		6.094
Jan- jun 2015		17.723		2.360		6.522

Nog geen
landelijk beeld

register in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International
Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Prikkel tot veel
ondersteuning

7. Ketenzorg in GGZ en somatische zorg is geen oplossing voor schotten gebleken

Ketenzorg voor zieke ggz-cliënt vertoont gaten

Philip van de Poel

16 januari 2013

3209 keer gelezen

4 reacties



- ◆ In de somatische zorg en GGZ zijn ketenzorgproducten vormgegeven
- ◆ Regulering vertoont mankementen
- ◆ Met name problemen bij complexe (meervoudige) problematiek

'Totale cliënt'
aanpak



Zwakte & Risico

Waar moeten we voor oppassen bij invoer van OB?

Prikkel tot 'race to the bottom'

Weakness

Prikkel tot teveel ondersteuning

Totaalbudget niet gewaarborgd

Upcoding

Cherry-picking

Incorrecte tariefstelling en prestatieafbakening

Slechte ondersteuning niet geïdentificeerd

Output niet geleverd

Team toegang onvoldoende deskundig

Toename regeldruk aanbieders

- Betaalbaarheid
- Toegankelijkheid
- Kwaliteit

Team Toegang onvoldoende deskundig Voor het vaststellen van de juiste indicatie is deskundigheid nodig. Een integrale cliëntbenadering vraagt om een (ingewikkelde) multidisciplinaire indicatiestelling.

Totaalbudget niet gewaarborgd In een systeem van outputbesteding kunnen eenvoudig overschrijdingen van het beschikbare budget optreden.

Prikkel tot te veel ondersteuning De financiële prikkel om zo veel mogelijk cliënten te ondersteunen kan er ook toe leiden dat inwoners die geen ondersteuning nodig hebben deze toch krijgen.

Cherry picking / Upcoding Een aanbieder ervaart een financiële prikkel om de 'lichtere' cliënten binnen een prestatie te selecteren (cherry picking) of om vooral 'zwaardere' prestaties in rekening te brengen (upcoding).

Output niet geleverd Door de vormgeving van de prestaties kan het zijn dat het voor de gemeente niet is vast te stellen dat de output ook is geleverd door de aanbieder. Dat leidt mogelijk tot problemen in de rechtmatigheidstoezicht.

Toename regeldruk aanbieders Door verschillen in bestedingssystemen tussen gemeenten heeft een aanbieder mogelijk extra administratieve lasten.

Output onvoldoende scherp gedefinieerd Bij onvoldoende scherpe definitie van de output kan een aanbieder declareren zonder resultaat te behalen.

Prikkel tot 'race to the bottom' De financiële prikkel op output heeft mogelijk negatieve impact op de kwaliteit van de ondersteuning.

Incorrecte tariefstelling en prestatieafbakening Een mismatch tussen de tarieven en prestaties kan ongewenst (declaratie)gedrag van de aanbieders uitlokken.

1. In de praktijk zie je nog maar weinig systemen waarin sprake is van outcomebekostiging. (De situatie waarin sprake is van outputgerichte bekostiging, waarbij de output gedefinieerd is als een vooraf vastgesteld behaald resultaat van de behandeling). Veelal is sprake van een systeem van kwaliteitsmeting naast de outputgerichte bekostiging, waarbij de output niet gedefinieerd is als het resultaat van de behandeling. Dit komt mede voort uit het lastig zijn om tot goede indicatoren voor het resultaat te komen, zonder andere ongewenste prikkels te introduceren.
2. Zoals we eerder zagen is het aantal cliënten dat behandeld wordt in de GGZ toegenomen. Het is echter niet bekend of deze behandelingen ook gewenst/noodzakelijk zijn. Om dat vast te stellen is aanvullende informatie nodig.
3. Zorgverzekeraars ervaren de onzekerheid in een systeem van outputgerichte bekostiging als groot en hebben (een deel van) het risico bij de aanbieders neergelegd door naast de outputgerichte afspraken ook afspraken over een budgetplafond te maken. Declaraties van zorgverlening boven dit plafond worden door de verzekeraars niet altijd betaald. In sommige gevallen gaan zorgverzekeraars zelfs zo ver dat ze een doorleverplicht afspreken. In dat geval is de aanbieder wel verplicht om de zorg te blijven leveren als de totale declaratie boven het plafond uitkomt. Deze zorg wordt dan niet meer betaald.
4. In de GGZ is sprake van prestaties die mede gebaseerd zijn op klassen van minuten. Daarmee is sprake van een vorm van bekostiging die tussen inspanningsgericht en outputgericht ligt. Voor de behandelaars waarbij de prestatie direct effect heeft op het inkomen van de behandelaar zien we dat sprake is van een piek in de prestaties direct na de klassegrens. Hierbij kan sprake zijn van upcoding – de behandelaar kiest een zwaardere prestatie of van cherry picking – de behandelaar kiest de cliënten met een relatief lage zwaarte binnen de prestatie.
5. De Zorgzwaartepaketten in de WLZ worden in een cyclus onderhouden om te zorgen dat de definities van de prestaties aan blijven sluiten bij de praktijk. Juist door definitiewijzigingen kunnen ook verschillen ontstaan in het benodigde budget. Initieel hebben gemeenten een vraagstuk waarbij zonder informatie over de volumina van de nieuw af te spreken prestaties tarieven moeten worden vastgesteld. In potentie kan dit leiden tot een onjuiste inschatting van de tarieven en daarmee van onvoldoende aansluiting ten opzichte van het beschikbare budget. (Gemeenten sturen in het donker)

1. Kwaliteitsmeting staat overal in de kinderschoenen

fd.

Miljoenen zorggeld verspild aan 'chaotische' kwaliteitsmetingen

nrc.nl

Lijst met onder toezicht gestelde zorginstellingen openbaar gemaakt

deVerdieping
Trouw

Meten of behandeling effect heeft, psychiaters worden er gek van

Optuigen kwaliteitsmetingen door IGZ, ZiNL

Is veel op aan te merken!

Prikkel tot 'race to the bottom'

2. De eenvoudigere toegang zet de betaalbaarheid onder druk

Aantal nieuwe patiënten in zorg bij betrokken aanbieders

	POH-GGZ (vóór 2014)	POH-GGZ (na 2014)	EPZ	GB-GGZ	2e lijn	Gespecialiseerde GGZ
Jan-jun 2012	3.400		846		8.850	
Jul-dec 2012	3.894		727		8.040	
Jan-jun 2013	5.678		779		9.012	
Jul-dec 2013	6.933		711		8.131	
Jan-jun 2014		14.331		2.454		5.847
Jun-dec 2014		14.175		2.183		6.094
Jan-jun 2015		17.723		2.360		6.522

Nog geen
landelijk beeld

register in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International
Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

23

3. Zorgverzekeraars leggen de risico's bij aanbieders neer

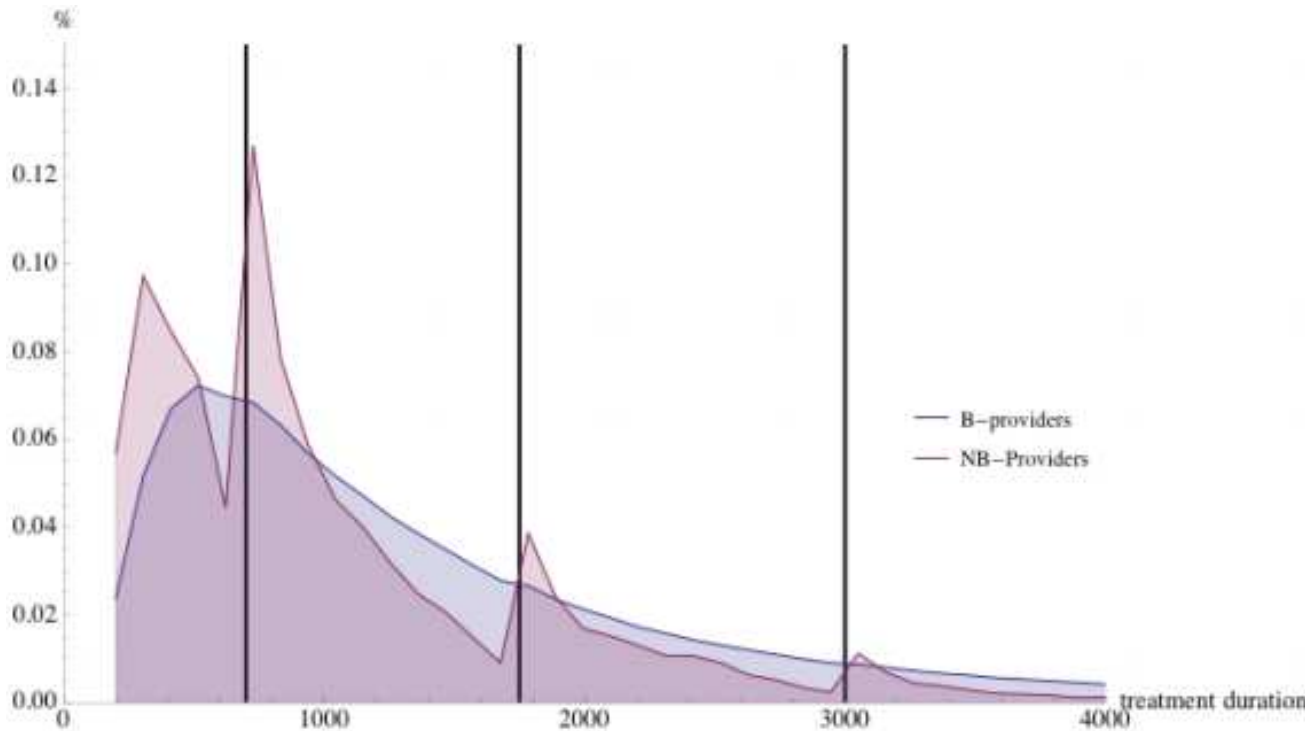
MSZ

(11) De zorgverzekeraar probeert het financiële risico zoveel mogelijk af te wentelen op het ziekenhuis. Hiermee kan de zorgverzekeraar het ziekenhuis dwingen tot een behandelstop. Ondanks het feit dat patiënten naar het ziekenhuis komen met een legitieme zorgvraag, moeten het ziekenhuis en de medisch specialist deze patiënten weigeren, aangezien de zorgverzekeraar op grond van een productieplafond de behandeling door het ziekenhuis niet aan het ziekenhuis vergoedt. Cruciaal is natuurlijk dat de zorgverzekeraar - die de geldkraan dichtdraait - zelf tijdig zijn verzekerden hierover informeert. Nu krijgt het ziekenhuis boze patiënten aan de balie die een behandeling eisen.

Door de plafondaafspraken met doorleverplicht krijgen de zorgaanbieders niet alle geleverde zorg vergoed

Totaalbudget niet gewaarborgd

4. In de GGZ is er aanleiding om te zien dat prikkels voor upcoding/cherrypicking werken

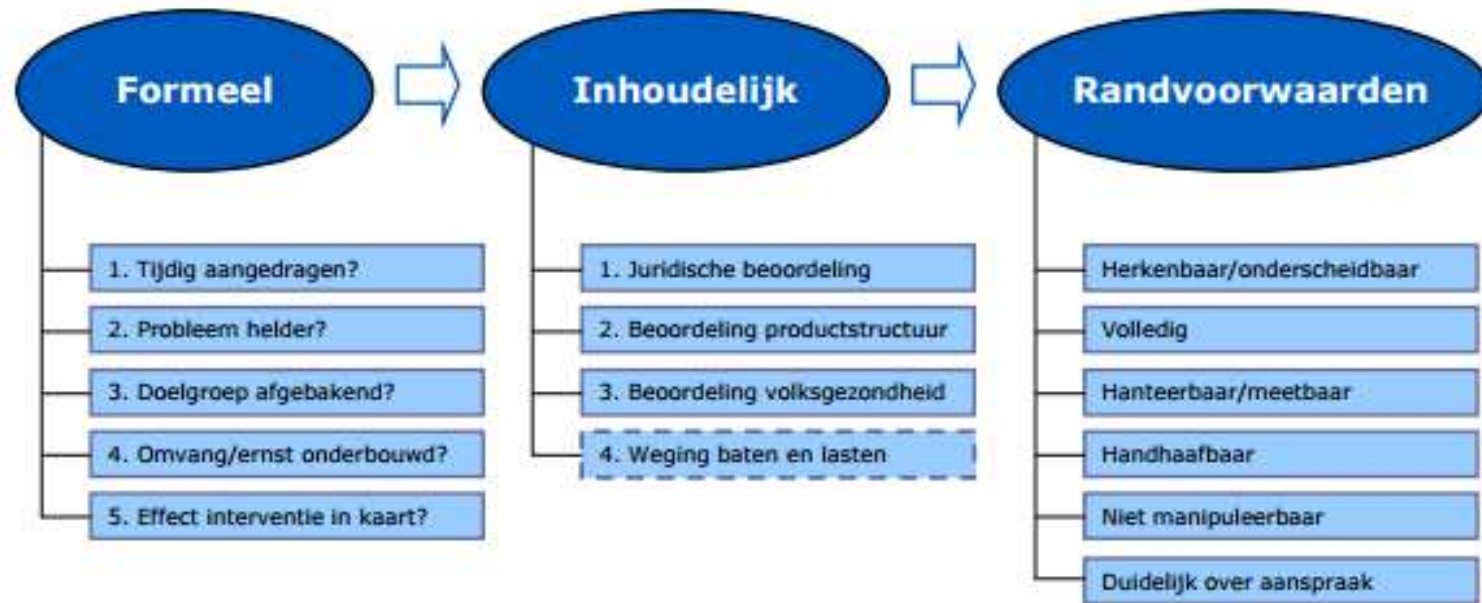


B = gebudgetteerd:
geen impact van
behandelduur voor
inkomen

**NB = niet
gebudgetteerd:**
wel impact van
behandelduur voor
inkomen

5. ZZP's worden jaarlijks onderhouden om gedragsveranderingen tegen te gaan

Jaarlijkse onderhoudscyclus van de NZA voor ZZP's



Incorrecte
tariefstelling en
prestatieafbakening

Kosten per
cliënt
vastgesteld

Cliënt centraal

Lagere
registratielast

Strength

Prikkel tot
efficiëntie

Prikkel tot veel
ondersteuning

Prikkel tot 'race to the bottom'

Weakness

Prikkel tot teveel
ondersteuning

Totaalbudget niet
gewaarborgd

Prestaties
vereenvoudigen

'Totale cliënt'
aanpak

Opportunity

Ondersteuning
simpeler voor cliënt

Upcoding

Cherry-picking

Incorrecte
tariefstelling en
prestatieafbakening

Slechte ondersteuning
niet geïdentificeerd

Output niet
geleverd

Threat

Team toegang
onvoldoende
deskundig

Toename regeldruk
aanbieders

Agenda

1. Inleiding & aanleiding
2. Kansen en risico's (SWOT)
outputgerichte bekostiging
3. Beheersmaatregelen



Door beheersmaatregelen kunnen de risico's van outputbekostiging worden beperkt.



Benutten van kansen

Het benutten van de kansen van outputgerichte bekostiging draait veelal om vertrouwen tussen de betrokken partijen.



Beheersmaatregelen

Dit brengt risico's met zich mee die gemeenten door beheersmaatregelen kunnen ondervangen.



Controle

Hierdoor verkrijgen gemeenten meer controle, maar benutten zij de kansen minder. Elke gemeenten maakt hierin haar eigen afweging.

Kosten per cliënt zijn op voorhand vastgesteld

Cliënt centraal

Strength

Lagere registratielast

Prikkel tot efficiëntie

Prikkel tot zorg voor zoveel mogelijk cliënten

Prikkel tot 'race to the bottom' → onderbehandeling en/of slechte kwaliteit

Weakness

Prikkel tot zorg voor zoveel mogelijk cliënten

Totaalbudget niet gewaarborgd

Vereenvoudiging van de prestaties en de indicatiestelling

'Totale cliënt' aanpak

Opportunity

Ondersteuning simpeler voor cliënt (door één regievoerder)

Upcoding

Cherry-picking

Incorrecte tariefstelling en prestatieafbakening

Slechte ondersteuning niet geïdentificeerd

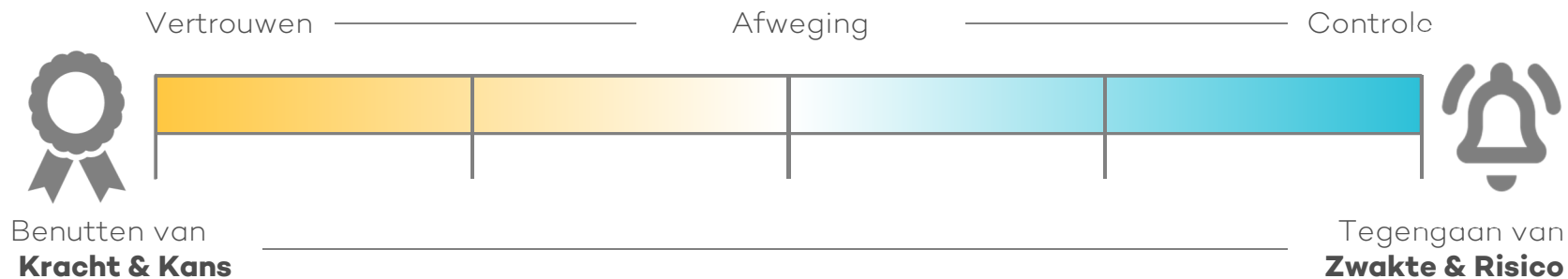
Output niet geleverd

Team toegang onvoldoende deskundig

Toename regeldruk aanbieders

Threat

Gemeenten maken een afweging op de as vertrouwen en controle



Hoe kansen benutten en/of risico's beperken?

Gemeenten hebben keuzes in:

1. Wie wanneer betrekken
2. Afbakening van de zorg
3. Budgetafspraken
4. Toegang
5. Prestatieomschrijving
6. Kwaliteitsmetingen
7. Tariefstelling
8. Overig



Hoe kansen benutten en/of risico's beperken?

Gemeenten hebben keuzes in:

1. Wie wanneer betrekken

2. Afbakening van de zorg
3. Budgetafspraken
4. Toegang
5. Prestatieomschrijving
6. Kwaliteitsmetingen
7. Tariefstelling
8. Overig



Voorafgaand aan de inhoudelijke keuzes moet je de keuzes maken wie je wanneer gaat betrekken

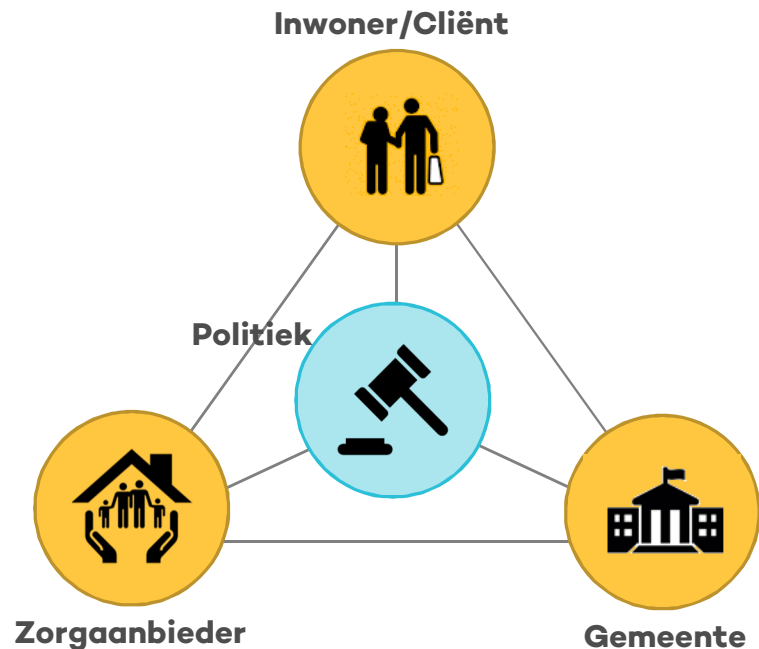
Op welke wijze stakeholders betrokken bij de invoering van outputgerichte bekostiging?

- Inrichten van het proces
- Wie is verantwoordelijk voor welk vraagstuk

Welke stakeholders betrekken bij de invoering van outputgerichte bekostiging?

Voorbeeld 1: Aanbesteding voor een periode van vier jaar. Waarbij in het midden van de raadsperiode een nieuwe aanbesteding wordt gestart. Op die manier kan de raad zich inwerken in de eerste twee jaar en kunnen voor de laatste twee jaar aanpassingen in het systeem worden gemaakt.

Voorbeeld 2: De aanbieders uitnodigen om de vormgeving van de prestaties te bepalen. Zij hebben specifieke inhoudelijke expertise. Als gemeente geef je randvoorwaarden aan waarbinnen de prestaties moeten worden vormgegeven (zoals bijvoorbeeld het maximaal aantal prestaties



Stakeholders niet voldoende betrokken

Hoe kansen benutten en/of risico's beperken?

Gemeenten hebben keuzes in:

1. Wie wanneer betrekken
2. **Afbakening van de zorg**
3. Budgetafspraken
4. Toegang
5. Prestatieomschrijving
6. Kwaliteitsmetingen
7. Tariefstelling
8. Overig





Outputbekostiging is geen panacee

Belangrijke vraag bij invoering
Outputbekostiging:

***“Welke ondersteuning wil ik
outputgericht bekostigen?”***

Uit interviews blijkt dat
gemeenten kiezen om geen
Outputgerichte bekostiging in te
voeren bij:

- ◆ Inrichten toegang /eerstelij
- ◆ Hoog-complexe
ondersteuning
- ◆ Crisis

Afbakening van zorg

Een bredere afbakening (ontschotting) leidt tot doelmatiger ondersteuning door:

- ♦ Oog voor alle behoeften van de (omgeving van de) cliënt
- ♦ Inzicht in de samenhang van kosten tussen verschillende domeinen
- ♦ Mogelijk om afweging te maken om ondersteuning vanuit een ander domein te bieden

'Totale cliënt' aanpak

Ondersteuning simpeler voor cliënt

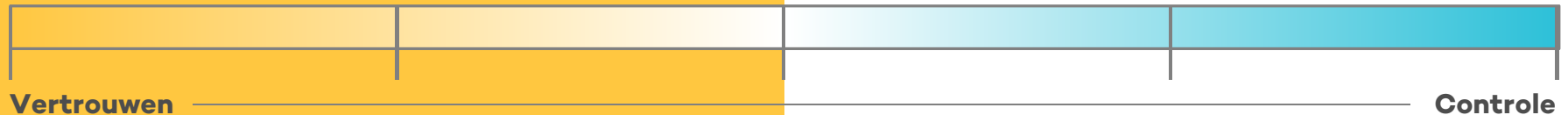


Schotten maken aansturing minder complex door:

- ♦ Overzicht over de verschillende domeinen
- ♦ Afweging welke ondersteuning geboden wordt is eenvoudiger
- ♦ Transitie van 'hokjes-denken' naar 'cliënt-denken' is niet noodzakelijk

Team toegang onvoldoende deskundig

Totaalbudget niet gewaarborgd



Ontschotting

Een bredere afbakening (ontschotting) leidt tot doelmatiger ondersteuning door:

- ◆ Oog voor alle behoeften van de (omgeving van de) cliënt
- ◆ Inzicht in de samenhang van kosten tussen verschillende domeinen
- ◆ Mogelijk om afweging te maken om ondersteuning vanuit een ander domein te bieden

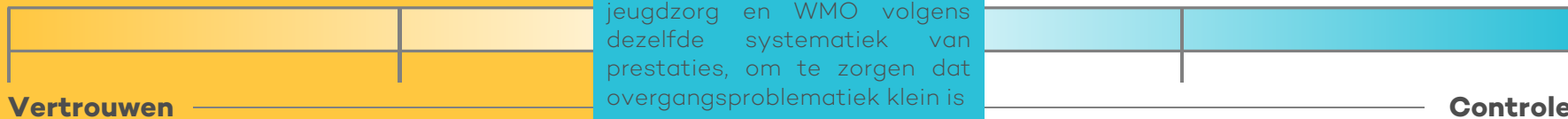


Schotten maken aansturing minder complex door:

- ◆ Overzicht over de verschillende domeinen
- ◆ Afweging welke ondersteuning geboden wordt is eenvoudiger
- ◆ Transitie van 'hokjes-denken' naar 'cliënt-denken' is niet noodzakelijk



Voorbeeld: Aanbesteding van jeugdzorg en WMO volgens dezelfde systematiek van prestaties, om te zorgen dat overgangsproblematiek klein is



Hoe kansen benutten en/of risico's beperken?

Gemeenten hebben keuzes in:

1. Wie wanneer betrekken
2. Afbakening van de zorg
3. **Budgetafspraken**
4. Toegang
5. Prestatieomschrijving
6. Kwaliteitsmetingen
7. Tariefstelling
8. Overig



Budgetafspraken

Geen budgetafspraken

- ◆ Geen zekerheid vooraf of het beschikbare budget voldoende is
- ◆ Bij aanbieders met weinig cliënten zijn plafondbudgetafspraken niet goed te maken

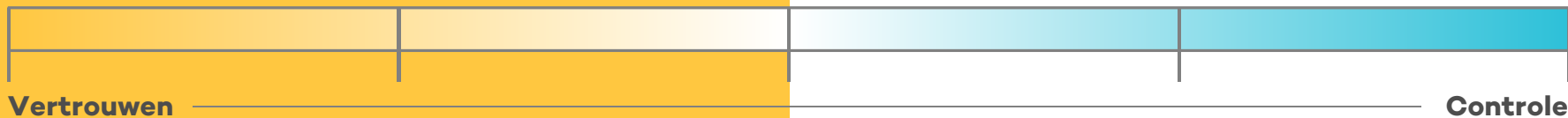


Plafond/lumpsumafspraken

- ◆ Totaal beschikbare budget staat van te voren vast en wordt niet overschreden
- ◆ Ruimte voor lokaal beleid met dezelfde bekostigingsstructuur
- ◆ Mogelijk ontstaan wachtlijsten

Prikkel tot teveel ondersteuning

Totaalbudget niet gewaarborgd



Budgetafspraken

Geen budgetafspraken

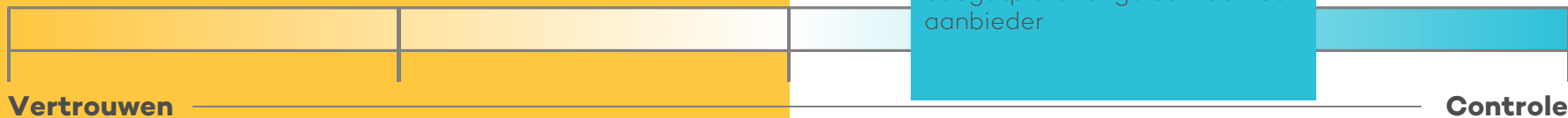
- ◆ Geen zekerheid vooraf of het beschikbare budget voldoende is
- ◆ Bij aanbieders met weinig cliënten zijn plafondatafspraken niet goed te maken



Plafond/lumpsumafspraken

- ◆ Totaal beschikbare budget staat van te voren vast en wordt niet overschreden
- ◆ Ruimte voor lokaal beleid met dezelfde bekostigingsstructuur
- ◆ Mogelijk ontstaan wachtlijsten

Voorbeeld: Gemeenten hebben gezamenlijk een aanbesteding met uniforme prestaties. Iedere gemeente stelt zelf vast of een budgetplafond geldt voor een aanbieder



Hoe kansen benutten en/of risico's beperken?

Gemeenten hebben keuzes in:

1. Wie wanneer betrekken
2. Afbakening van de zorg
3. Budgetafspraken
- 4. Toegang**
5. Prestatieomschrijving
6. Kwaliteitsmetingen
7. Tariefstelling
8. Overig



Toegang

Vrije markt

- ◆ Ondersteuning vrij toegankelijk voor burgers
- ◆ Vrije keuze voor aanbieder door de cliënt
- ◆ De aanbieder/behandelaar is verantwoordelijk voor de toegang
- ◆ Een aanbieder mag een cliënt weigeren op grond van onvoldoende expertise

Prikkel tot veel ondersteuning

Gereguleerde toegang

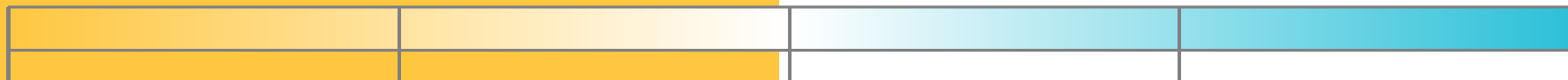
- ◆ De bepaalt welke ondersteuning nodig is
- ◆ De aanbieder moet cliënten accepteren

Prikkel tot teveel ondersteuning

Totaalbudget niet gewaarborgd

Upcoding

Cherry-picking



Vertrouwen

Controle

Toegang

Vrije markt

- ◆ Ondersteuning vrij toegankelijk voor burgers
- ◆ Vrije keuze voor aanbieder door de cliënt
- ◆ De aanbieder/behandelaar is verantwoordelijk voor de toegang
- ◆ Een aanbieder mag een cliënt weigeren op grond van onvoldoende expertise

Gereguleerde toegang

- ◆ De bepaalt welke ondersteuning nodig is
- ◆ De aanbieder moet cliënten accepteren



Voorbeeld: Onafhankelijke stichting verzorgt op basis van een taakgerichte bekostiging de toegang tot de niet vrij-toegankelijke zorg

Vertrouwen

Controle

Hoe kansen benutten en/of risico's beperken?

Gemeenten hebben keuzes in:

1. Wie wanneer betrekken
2. Afbakening van de zorg
3. Budgetafspraken
4. Toegang
5. **Prestatieomschrijving**
6. Kwaliteitsmetingen
7. Tariefstelling
8. Overig



Prestatie-omschrijving

Aansluiten bij andere gemeenten

- ◆ Uniformiteit in prestaties zorgt voor minder administratieve lasten
- ◆ Individuele gemeente blijft aanspreekbaar op resultaten

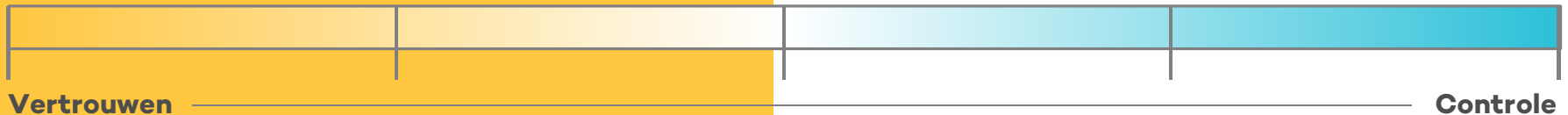


Lagere registratielast

Zelfstandig vaststellen door gemeente

- ◆ Lokale (politieke) keuzes mogelijk
- ◆ Verschillen in noodzakelijke registratie tussen gemeenten zijn over het algemeen klein (maar kunnen wel complex zijn)
- ◆ Aanbieders die alleen lokaal werken hebben geen probleem
- ◆ Grote gemeenten hebben meer mogelijkheden om eigen systeem af te dwingen

Toename regel druk aanbieders



Prestatie-omschrijving

Aansluiten bij andere gemeenten

- ◆ Uniformiteit in prestaties zorgt voor minder administratieve lasten
- ◆ Individuele gemeente blijft aanspreekbaar op resultaten



Voorbeeld: De verschillende gemeenten hebben dezelfde prestaties. Iedere gemeente heeft echter de mogelijkheid om de toegang op eigen wijze in te richten

Zelfstandig vaststellen door gemeente

- ◆ Lokale (politieke) keuzes mogelijk
- ◆ Verschillen in noodzakelijke registratie tussen gemeenten zijn over het algemeen klein (maar kunnen wel complex zijn)
- ◆ Aanbieders die alleen lokaal werken hebben geen probleem
- ◆ Grote gemeenten hebben meer mogelijkheden om eigen systeem af te dwingen

Voorbeeld: De gemeente kan zelf haar eigen systeem van prestaties bedenken. Daarvoor is de gemeente groot genoeg

Vertrouwen

Controle

Prestatie-omschrijving

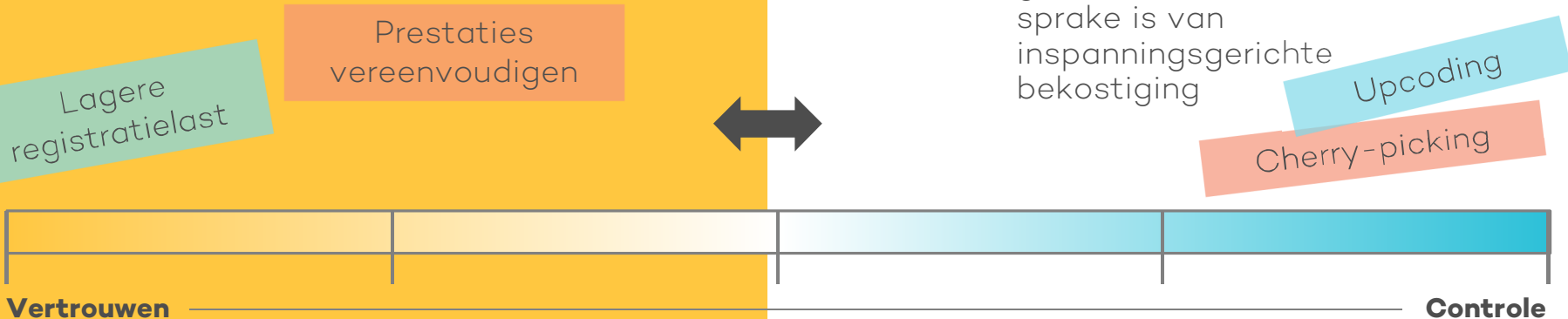
Vrijheid in prestatieomschrijving

- ◆ Het is eenvoudiger om de prestaties te beschrijven
- ◆ Binnen een prestatie is sprake van veel variatie in zwaarte en complexiteit tussen cliënten



Scherpe afbakening in prestatieomschrijving

- ◆ Hoe meer differentiatie in prestaties hoe groter de mogelijkheden om controle uit te oefenen
- ◆ Het is complex om de prestaties zo te beschrijven dat deze eenduidig gedefinieerd zijn
- ◆ Hoe meer prestaties er gedefinieerd worden hoe meer sprake is van inspanningsgerichte bekostiging



Prestatie-omschrijving

Vrijheid in prestatieomschrijving

- ◆ Het is eenvoudiger om de prestaties te beschrijven
- ◆ Binnen een prestatie is sprake van veel variatie in zwaarte en complexiteit tussen cliënten



Scherpe afbakening in prestatieomschrijving

- ◆ Hoe meer differentiatie in prestaties hoe groter de mogelijkheden om controle uit te oefenen
- ◆ Het is complex om de prestaties zo te beschrijven dat deze eenduidig gedefinieerd zijn
- ◆ Hoe meer prestaties er gedefinieerd worden hoe meer sprake is van inspanningsgerichte bekostiging



Voorbeeld: Het hanteren van een indeling in de klassen licht/middel/zwaar uitgesplitst naar verschillende profielen van cliënten

Vertrouwen

Controle

Hoe kansen benutten en/of risico's beperken?

Gemeenten hebben keuzes in:

1. Wie wanneer betrekken
2. Afbakening van de zorg
3. Budgetafspraken
4. Toegang
5. Prestatieomschrijving
- 6. Kwaliteitsmetingen**
7. Tariefstelling
8. Overig



Kwaliteitsmeting

Geen kwaliteitsinformatie bij gemeente

evt. met garantiestelling door aanbieder



Cliënt centraal

Lagere registratielast



Output niet geleverd

Prikkel tot 'race to the bottom'

Wel kwaliteitsinformatie bij gemeente

Informatie gebruiken voor:

- ◆ Outcomebekostiging
- ◆ Benchmarking
- ◆ Inkoopgesprekken



Vertrouwen

Controle

Kwaliteitsmeting

Geen kwaliteitsinformatie bij gemeente

evt. met garantiestelling door aanbieder



Wel kwaliteitsinformatie bij gemeente

Informatie gebruiken voor:

- ◆ Outcomebekostiging
- ◆ Benchmarking
- ◆ Inkoopgesprekken



Voorbeeld: In aanbesteding stelt de gemeente een periode vast waarover de aanbieder garant moet staan voor de ondersteuning die geboden is.

Voorbeeld: Meten van cliëntervaringen. De cliëntervaringen worden beschikbaar gesteld aan de cliënten die een keuze kunnen maken voor een aanbieder.

Vertrouwen

Controle

Ontwikkelen van goede kwaliteitsmetingen is niet eenvoudig

Wat is kwaliteit?

- ◆ Iedereen ervaart kwaliteit anders
- ◆ Wanneer is de geleverde kwaliteit ook doelmatig?

Hoe meet je dat?

- ◆ In alle sectoren is kwaliteitsmeting in ontwikkeling
- ◆ Cliëntervaringen (PREM) / uitkomstmeting (PROM)

Leren van bestaande ontwikkelingen

- ◆ Best practices in kwaliteitsmeting
- ◆ Andere sectoren

Kwaliteitsmetingen

- ◆ Eenduidige registratie aan de bron
- ◆ Gemeenten kunnen eigen conclusies trekken

Hoe kansen benutten en/of risico's beperken?

Gemeenten hebben keuzes in:

1. Wie wanneer betrekken
2. Afbakening van de zorg
3. Budgetafspraken
4. Toegang
5. Prestatieomschrijving
6. Kwaliteitsmetingen
- 7. Tariefstelling**
8. Overig



Tariefstelling

Vastgestelde tarieven

- ◆ Gemeente geeft in aanbesteding de vastgestelde tarieven op
- ◆ De vastgestelde tarieven kan de gemeente vaststellen op historische gegevens

Kosten per cliënt vastgesteld

Prikkel tot efficiëntie

Vrije tarieven

- ◆ Aanbieders concurreren op prijs in aanbesteding
- ◆ Voor prestaties waar tarieven moeilijk te bepalen zijn bieden vrije onderhandelbare tarieven mogelijk een uitkomst

Incorrecte tariefstelling en prestatieafbakening

Prikkel tot 'race to the bottom'



Controle

Vertrouwen

Tariefstelling

Vastgestelde tarieven

- ◆ Gemeente geeft in aanbesteding de vastgestelde tarieven op
- ◆ De vastgestelde tarieven kan de gemeente vaststellen op historische gegevens

Vrije tarieven

- ◆ Aanbieders concurreren op prijs in aanbesteding
- ◆ Voor prestaties waar tarieven moeilijk te bepalen zijn bieden vrij onderhandelbare tarieven mogelijk een uitkomst



Voorbeeld: Voor de laagcomplexe zorg stelt de gemeente zelf de tarieven vast. Daarbij heeft de gemeente ingebouwd dat de tarieven tussentijds kunnen worden aangepast

Voorbeeld: Voor hoog complexe zorg kan de aanbieder in de aanbesteding de prijs opgeven

Controle

Vertrouwen

Hoe kansen benutten en/of risico's beperken?

Gemeenten hebben keuzes in:

1. Wie wanneer betrekken
2. Afbakening van de zorg
3. Budgetafspraken
4. Toegang
5. Prestatieomschrijving
6. Kwaliteitsmetingen
7. Tariefstelling
8. **Overig**



Naast de zes keuzes zijn er nog een aantal issues die niet specifiek voor OB gelden

Hoe vul je opdrachtgeverschap in gegeven de kaders van de aanbestedingswet

- ♦ Op welke wijze kun je borgen dat sprake is van continuïteit in de ondersteuning als een nieuwe aanbesteding plaatsvindt?
- ♦ Op welke wijze kun je borgen dat de investeringen tijdens de aanbesteding in de samenwerking tussen aanbieders ook naar de toekomst effectief blijft
- ♦ Hoe kun je duidelijk maken wat de cliënt mag verwachten? (schoon huis)

Direct doorverwijzen huisartsen, 2^e lijn & justitie in de jeugdzorg

- ♦ Geen controle door de gemeente
- ♦ Contact met de huisartsen verbeteren (indirecte sturing door ondersteuning van de huisarts)/
- ♦ hoe borg je de professionaliteit van de huisarts?
- ♦ In contracten met aanbieders een 'intake'-eis opnemen (ook voor direct doorverwezen cliënten)

Verdeelmodel gemeentefonds

- ♦ Hoe stel je vast dat de beschikbare middelen adequaat zijn.

Deskundigheid van het team toegang

- ♦ De noodzakelijke deskundigheid van het team toegang hangt samen met de complexiteit van de afweging die hij/zij moet maken

Team toegang
onvoldoende
deskundig