

Geen bewijs effect financiële prikkels

PEARLS bieden de lezer bruikbare wetenschap voor de werkvloer, op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews. De coördinatie is in handen van dr. F.A. van de Laar, Cochrane Primary Health Care Field, UMC St Radboud Nijmegen. Correspondentie: f.vandelaar@elg.umcn.nl

Context Financiële prikkels om kwaliteit te belonen worden steeds vaker toegepast om efficiënte en billijke gezondheidszorg te stimuleren. In Nederland kennen we dergelijke maatregelen als de zogenaamde landelijke variabilisering (2011) van macro € 60 miljoen binnen de basiszorg van huisartsen en als de aanvullende zorg bij Modernisering & Innovatie Huisartsenzorg (2006).

Klinische vraag Leiden financiële prikkels voor huisartsen tot betere zorg?

Conclusie auteurs Er is onvoldoende bewijs dat het toekennen van financiële prikkels de kwaliteit van huisartsenzorg verbetert of dat deze methode kosteneffectiever is dan andere methoden om kwaliteit te verbeteren. Zes van de zeven onderzoeken beschrijven weliswaar geringe positieve effecten op enkele (maar niet alle) primaire uitkomsten, maar er zijn ernstige methodologische beperkingen en de generaliseerbaarheid is lastig. Vijf Amerikaanse onderzoeken gaan over stimuleringsregelingen door verzekeraars over diabetesindicatoren, screenen op baarmoederhalskanker, borstkanker, chlamydia of vaccinaties bij kinderen. Een Engels onderzoek heeft een bedrijfstoelageregeling bij loondienst als onderwerp en een Duits onderzoek gaat over een (financiële) prikkel bij stoppen met roken.

Beperkingen De meeste onderzoeken waren van zeer matige kwaliteit. De kans op bias is dus groot. Geen enkel onderzoek hield rekening met selectiebias waardoor deelnemende praktijken een grote vrijheid hadden om te bepalen wanneer de interventie van toepassing was.

Bron Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, Willenberg L, Naccarella L, Furler J, et al. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane Database Syst Rev* 2011, Issue 9. Art.No.: CD008451. De review omvat 7 onderzoeken die 864 praktijken includeerden.

COMMENTAAR

Deze review betekent dat er geen wetenschappelijke onderbouwing is voor de visie dat prestatiebekostiging van de overheid – dus het (beter) betalen voor een (betere) prestatie – zal leiden tot betere zorg. Deze constatering kan vergaande consequenties hebben voor de ketenzorgprogramma's (sinds 2007), nieuwe eerstelijnsdiagnostiek (2013) en de nieuwe bekostiging van de basiszorg (2013?).

De beste garantie voor een goede *output* (prestaties) en *outcome* (effect) is mijns inziens eerder een goede investering in *input* (geld, middelen, personeel) en organisatie (*throughput*). Deze aanpak is bovendien eenvoudiger te realiseren. Voor de eerstelijnszorg overleggen de huisartsen met belanghebbende partijen en schrijven vervolgens een zorgstandaard over inhoud en organisatie van de zorg. Dit is grotendeels al bestaand beleid. Vervolgens bedenken huisartsen welke randvoorwaarden er nodig zijn en hoe ze de kwaliteit van de zorg, gemeenten naar de zes doelstellingen van het Institute of Medicine (www.iom.edu), stapsgewijs kunnen verbeteren. Deze verbeteringen moeten vanuit de haarvaten van de beroepsgroep zelf komen, zowel qua inhoud als qua uitvoering, en niet van boven worden opgelegd door de overheid, NZa of verzekeraars. De zogenaamde verbeteringen met prestatiebetalingen (targets), extra salaris en 'pay for performance' zijn tot mislukken gedoemd. Juist die andere aanpak zou een kentering in de financiering van prestatie-indicatoren inhouden met enerzijds structuurindicatoren – zoals huisvesting, personele ondersteuning, indicatoren van een arbeidsanalyse en ict – en anderzijds procesindicatoren voor de organisatie en bedrijfsvoering. De betaling vindt dan niet plaats op basis van financiële prikkels maar op basis van realistische en transparant gemaakte kostprijzen van praktijkstructuur en organisatie. De werkafspraken over deze structuur- en procesindicatoren worden vastgelegd in voor alle huisartsen geldende meerjarige contracten met alle verzekeraars. Dit betekent dus dat de professional een uitbreiding van verantwoordelijkheden moet vragen én krijgen. Deze werkwijze betekent dat de landelijke variabilisering (het onttrekken van geld uit het landelijk huisartsenkader en onder voorwaarden weer ter beschikking stellen) stopt en de huisartsen (weer) zonder dreigementen van de NMa kunnen onderhandelen met de verzekeraars over de randvoorwaarden van goede zorg.

Terecht wijst de review verder op de blinde vlekken in het onderzoek en op onbedoelde gevolgen van zogenaamde stimuleringsmaatregelen. De werkelijkheid van de alledaagse praktijk is immers anders dan de gewenste en gedroomde werkelijkheid van het ministerie. Het advies van de reviewers dat elke regeling moet worden geëvalueerd, is dan ook terecht. Daarbij mag een kosten-batenanalyse van de administratie van aan financiering gekoppelde indicatoren niet ontbreken.

En zo laat ook de wetenschap de minister in de steek in haar beleid om straks de basiszorg en de eerstelijnsdiagnostiek onder de functionele bekostiging te plaatsen. Niet zo gek want de geschiedenis en het gezonde verstand leerden ons al dat de vooruitgang van de huisartsgeneeskunde niet verloopt langs een weg van louter financiële prikkels. ■