



Pay-for-performance: beter niet aan beginnen?

Jan De Maeseneer en Pauline Boeckxstaens, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, UGent

Gezondheidszorgverstrekkers (op de eerste lijn) betalen om kwaliteitsvolle zorg te leveren blijft een belangrijke uitdaging. Sinds het begin van deze eeuw hebben, naast de traditionele betalingsvormen van eerstelijnsverstrekkers, ook 'pay-for-performance' (P4P) en 'pay-for-quality' (P4Q) opgang gemaakt. Deze betalingsvormen koppelen financiële stimuli aan kwaliteitsindicatoren. In België hield het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg in 2009 de betaling via 'pay-for-quality' tegen het licht (1). Het rapport concludeerde toen dat het aantal P4Q programma's met duidelijke positieve effecten op kwaliteitsindicatoren eerder beperkt was.

In 2013 besloot een systematische review over de effecten van P4Q-systemen dat er - door het beperkte aantal studies met een geschikt onderzoeksdesign - in feite nog weinig te besluiten valt (2). In de zomer van 2016 verscheen in *The Lancet* een eerste studie over het effect van de introductie van het 'Quality and Outcomes Framework' (QOF) op mortaliteit (3). Het QOF werd in 2004 geïmplementeerd in het Verenigd Koninkrijk om op een 'systematische wijze' praktijken te belonen op basis van kwaliteit van de geleverde patiëntenzorg (4) en is tot op heden de meest grootschalige implementatie van pay-for-performance. Via QOF kunnen huisartsen tot 25% van hun inkomen genereren door het opvolgen van 100 indicatoren. Het gaat om ziektespecifieke kwaliteitsindicatoren voor chronische aandoeningen, alsook om procesindicatoren met betrekking tot de organisatie van de zorg en patiëntervaringen. De mortaliteit van de aandoeningen waaraan men in QOF specifiek aandacht besteedde (coronaire aandoeningen, hypertensie, CVA, diabetes, chronisch nierlijden, astma, COPD), werd beschouwd als primaire uitkomstmaat. Als secundaire uitkomsten keek men naar verschillen in doodsoorzaken die niet gelieerd waren aan interventies in QOF. De populatiegegevens uit het Verenigd Koninkrijk werden uitgezet tegenover een 'synthetisch' land, geconstrueerd op basis van gegevens uit landen zonder pay-for-performance. Morbiditeit, populatiesamenstelling, sociaaleconomische factoren, werden hierbij zodanig gemoduleerd 'dat het synthetisch land vergelijkbaar was met het Verenigd Koninkrijk'.

Tussen 1994 en 2010 werd voor de aandoeningen opgenomen in QOF een lichte daling in mortaliteit vastgesteld maar deze was evenwel niet statistisch significant. Voor de niet QOF-gebonden mortaliteit werd zelfs een statistisch niet-significante toename gezien. Dat laatste zou de vroegere vaststelling dat huisartsen zich in het kader van het QOF-programma meer op de 'QOF-aandoeningen' gaan richten kunnen bevestigen. Ook de vergelijking met gegevens uit landen waarin geen P4P werd geïntroduceerd, kon geen statistisch significant effect van de introductie van P4P op mortaliteit vaststellen.

De ontvullende conclusie is dus dat deze belangrijke inspanning - het gaat in het Verenigd Koninkrijk om een investering van 5,86 miljard pond - niet samengaat met een significante reductie in de mortaliteit.

De afwachtende houding ten aanzien van de implementatie van P4Q zoals aanbevolen door het Kenniscentrum was dus wellicht verstandig, ook al was deze houding op dat moment grotendeels ingegeven door de context van ontoereikende randvoorwaarden met betrekking tot performante monitoring. Pay-for-performance vertrekt wellicht van een verkeerd uitgangspunt: zorgprocessen zijn geen lineaire (stimulus-respons) processen, maar circulaire processen, waarbij complexiteit en context erg belangrijk zijn. Bovendien hebben ziektespecifieke P4P-initiatieven wellicht als gevolg dat de 'andere aandoeningen' minder aandacht krijgen: je zal als patiënt maar de 'verkeerde ziekte' hebben ('inequity by disease'). Een andere vaststelling is dat P4Q-programma's wel resultaten boeken op korte termijn (vooral op niveau van procesindicatoren), maar dat deze niet duurzaam zijn. Bovendien brengt de transitie naar steeds meer mensen met chronische aandoeningen (multimorbiditeit) met zich mee dat het

implementeren van ziektespecifieke aanbevelingen en richtlijnen als ‘gouden standaard’ steeds problematischer wordt. Deze richtlijnen zijn immers grotendeels gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek dat patiënten met multimorbiditeit uitsluit. In het Verenigd Koninkrijk probeerde men dit probleem op te lossen door de huisarts zelf de mogelijkheid te bieden patiënten uit het QOF-programma te excluseren. Door de toename van multimorbiditeit werd exclusie echter eerder de regel dan de uitzondering. Bovendien vraagt de aanpak van multimorbiditeit een paradigmashift naar doelgerichte zorg of ‘goal-oriented care’ waarbij men de doelstellingen van de patiënt als uitgangspunt neemt (5). Het is momenteel nog onduidelijk hoe we doelgerichte zorg kunnen inpassen in P4P.

Op basis van de huidige inzichten moeten we besluiten dat men bij de invoering van P4Q in België bijzonder voorzichtig en terughoudend moet zijn. De randvoorwaarden (alle stakeholders betrekken, relevante evidence-based criteria hanteren, zowel over- als ondergebruik aanpakken, gefaseerd invoeren) zoals door het Kenniscentrum in 2009 geformuleerd, moeten vervuld zijn en indicatoren moeten in staat zijn ook persoonsgerichte en doelgerichte zorg te capteren. De auteurs van “Together we change” adviseren om maximaal 10% van het inkomen via P4Q te verwerven: op basis van de huidige bevindingen lijkt dit een wijs advies (6). Dergelijk beperkt aandeel faciliteert verder de kortetermijneffecten die we momenteel op bepaalde procesindicatoren in ambulante zorg observeren, maar erkent tegelijkertijd ook het feit dat er momenteel geen effecten aangetoond zijn op lange termijn (7). Bovendien worden incentives best geïmplementeerd op groepsniveau in plaats van ze aan individuele hulpverleners te geven om ongewenste effecten van onrechtvaardige patiëntselectie te verminderen. Daarnaast zal dergelijk groepsgericht financieringsmodel ook de interprofessionele samenwerking voor een bepaalde geografisch afgelijnde populatie bevorderen.

Besluit

Op basis van deze recente studie en de aanbevelingen van het KCE-rapport, vraagt de implementatie van P4Q een grondige voorafgaandelijke reflectie met invoering van de noodzakelijke randvoorwaarden. Een pilootprogramma in de praktijk zou hierbij richtinggevend kunnen zijn.

Referenties

1. Annemans L, Boeckxstaens P, Borgermans L, et al. Voordelen, nadelen en haalbaarheid van het invoeren van ‘pay-for-quality’ programma's in België. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2009. KCE Reports vol 118A. D/2009/10.273/50.
2. Eijkenaar F, Emmert M, Scheppach M, Schöffski O. Effects of pay-for-performance in healthcare: a systematic review of a systematic reviews. Health Policy 2013;110:115-30. DOI: 10.1016/j.healthpol.2013.01.008
3. Ryan AM, Krinsky S, Kontopantelis E, Doran T. Long-term evidence for the effect of pay-for-performance in primary care on mortality in the UK: a population study. Lancet 2016;388:268-74. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)00276-2
4. NHS. National Quality and Outcomes Framework Statistics for England 2004/2005. Available at: <http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB01946>
5. De Maeseneer J, Boeckxstaens P. James Mackenzie Lecture 2011: multimorbidity, goal-oriented care, and equity. Br J Gen Pract 2012;62:e522-4. DOI: 10.3399/bjgp12X652553
6. De Maeseneer J, Aertgeerts B, Remmen R, Devroey D. Together we change: eerstelijnsgezondheidszorg: nu meer dan ooit! Brussel, 2014. ISBN 9789491125096.
7. Ryan AM, Doran T. The effect of improving processes of care on patient outcomes: evidence from the United Kingdom's quality and outcomes framework. Med Care 2012;50:191-9. DOI: 10.1097/MLR.0b013e318244e6b5