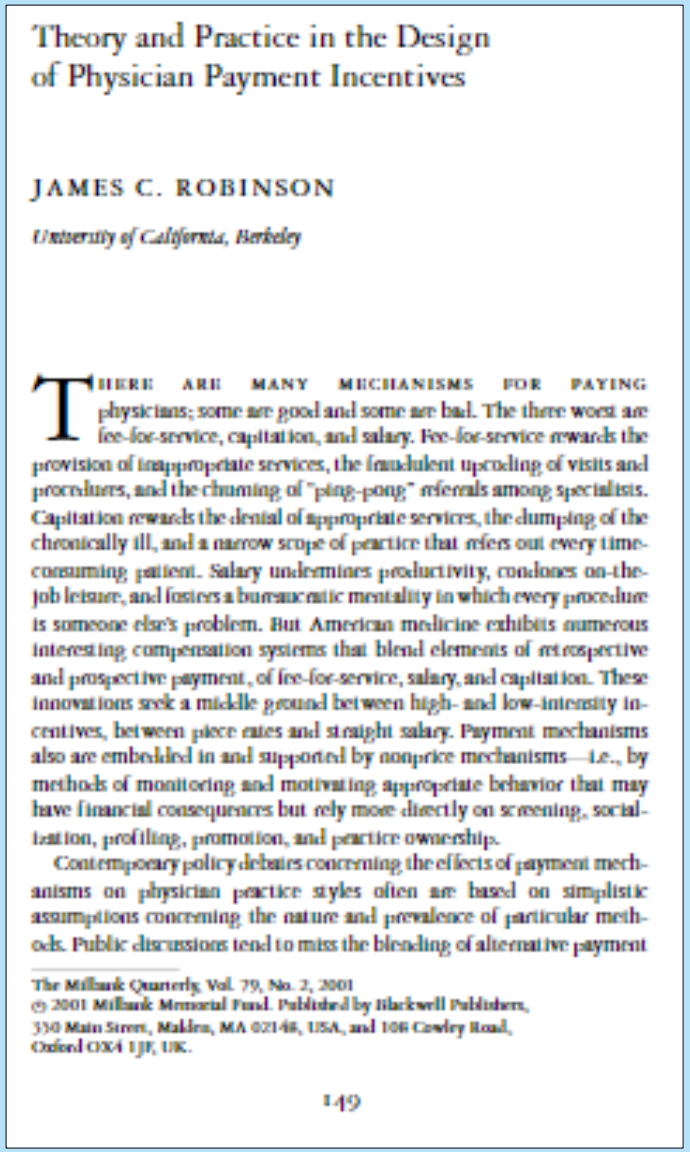
Anders denken, doen en organiseren. Wat vraagt dat van de bekostiging?

Congres Ecosystemen mentale gezondheid

Prof.dr. Jeroen Struijs
Chief Economist
jstruijsn@nza.nl

17 November 2026



Theory and Practice in the Design of Physician Payment Incentives

JAMES C. ROBINSON

University of California, Berkeley

THERE ARE MANY MECHANISMS FOR PAYING physicians; some are good and some are bad. The three worst are fee-for-service, capitation, and salary. Fee-for-service rewards the provision of inappropriate services, the fraudulent upcoding of visits and procedures, and the churning of "ping-pong" referrals among specialists. Capitation rewards the denial of appropriate services, the dumping of the chronically ill, and a narrow scope of practice that refers out every time-consuming patient. Salary undermines productivity, condones on-the-job leisure, and fosters a bureaucratic mentality in which every procedure is someone else's problem. But American medicine exhibits numerous interesting compensation systems that blend elements of retrospective and prospective payment, of fee-for-service, salary, and capitation. These innovations seek a middle ground between high- and low-intensity incentives, between piece rates and straight salary. Payment mechanisms also are embedded in and supported by nonprice mechanisms—i.e., by methods of monitoring and motivating appropriate behavior that may have financial consequences but rely more directly on screening, socialization, profiling, promotion, and practice ownership.

Contemporary policy debates concerning the effects of payment mechanisms on physician practice styles often are based on simplistic assumptions concerning the nature and prevalence of particular methods. Public discussions tend to miss the blending of alternative payment

The Milbank Quarterly, Vol. 79, No. 2, 2001
© 2001 Milbank Memorial Fund. Published by Blackwell Publishers, 350 Main Street, Malden, MA 02148, USA, and 108 Cowley Road, Oxford OX4 1JF, UK.

"There are many mechanisms for paying physicians; some are good and some are bad. The three worst are fee-for-service, capitation, and salary"

Bron: Robinson, 2001

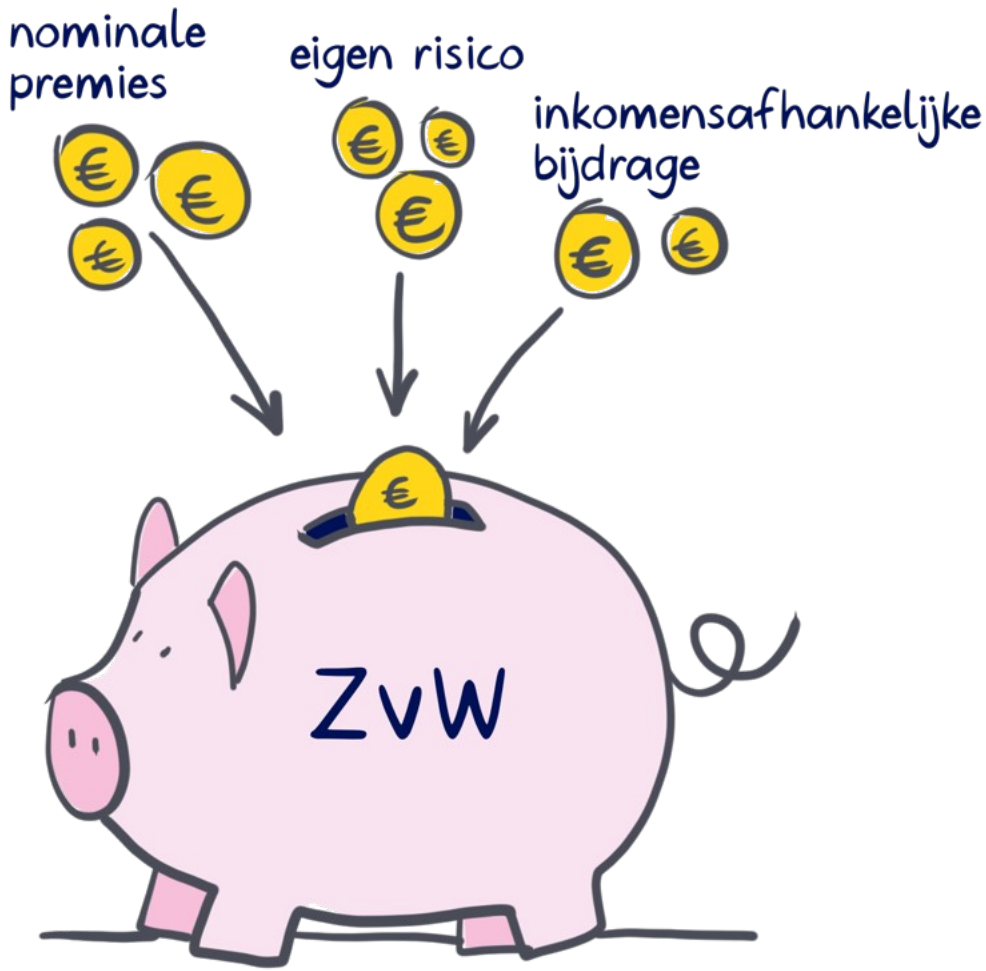
Nederlandse Zorgautoriteit

1) Het belang van eenheid van taal
2) Reflecties bij bekostigingshervormingen
3) De NZa en haar rol bij transformaties

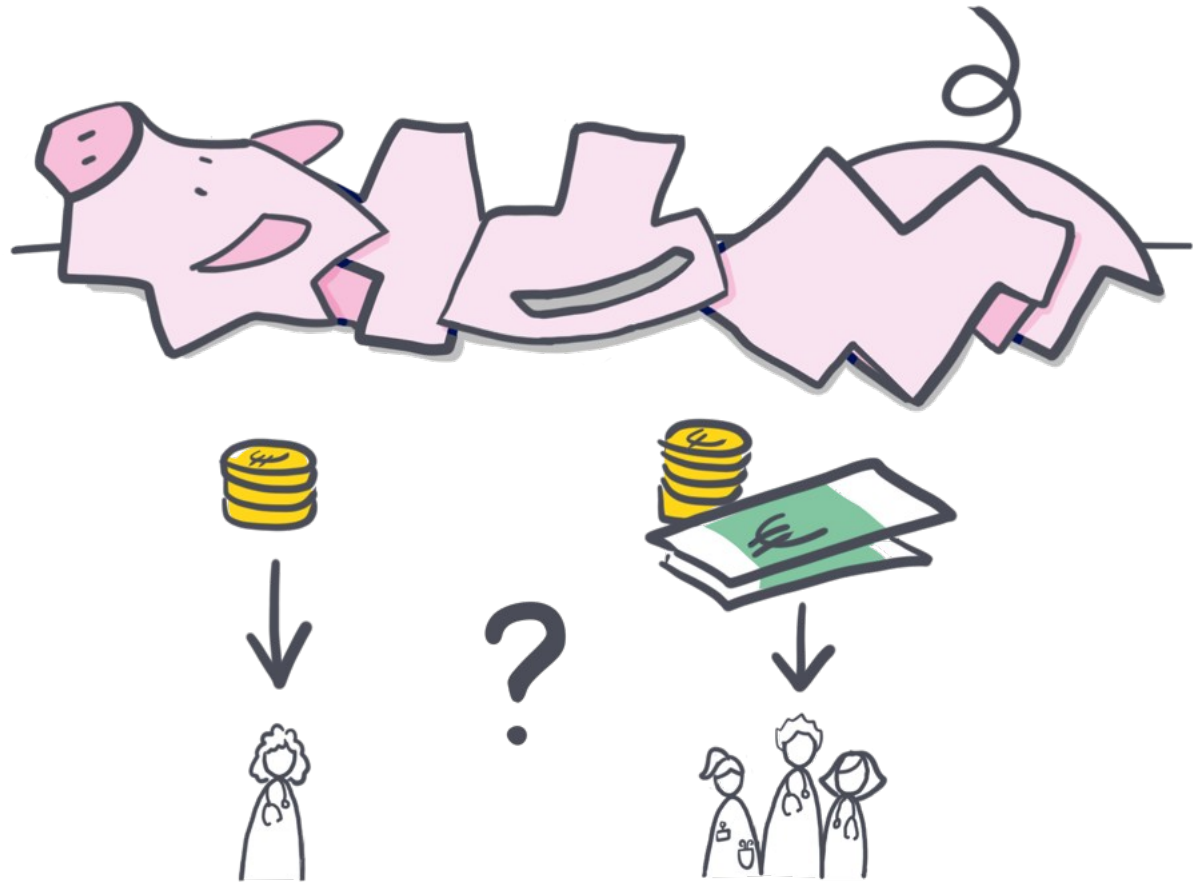
Nederlandse Zorgautoriteit

1) Het belang van eenheid van taal
2) Reflecties bij bekostigingshervormingen
3) De NZa en haar rol bij transformaties

Financiering

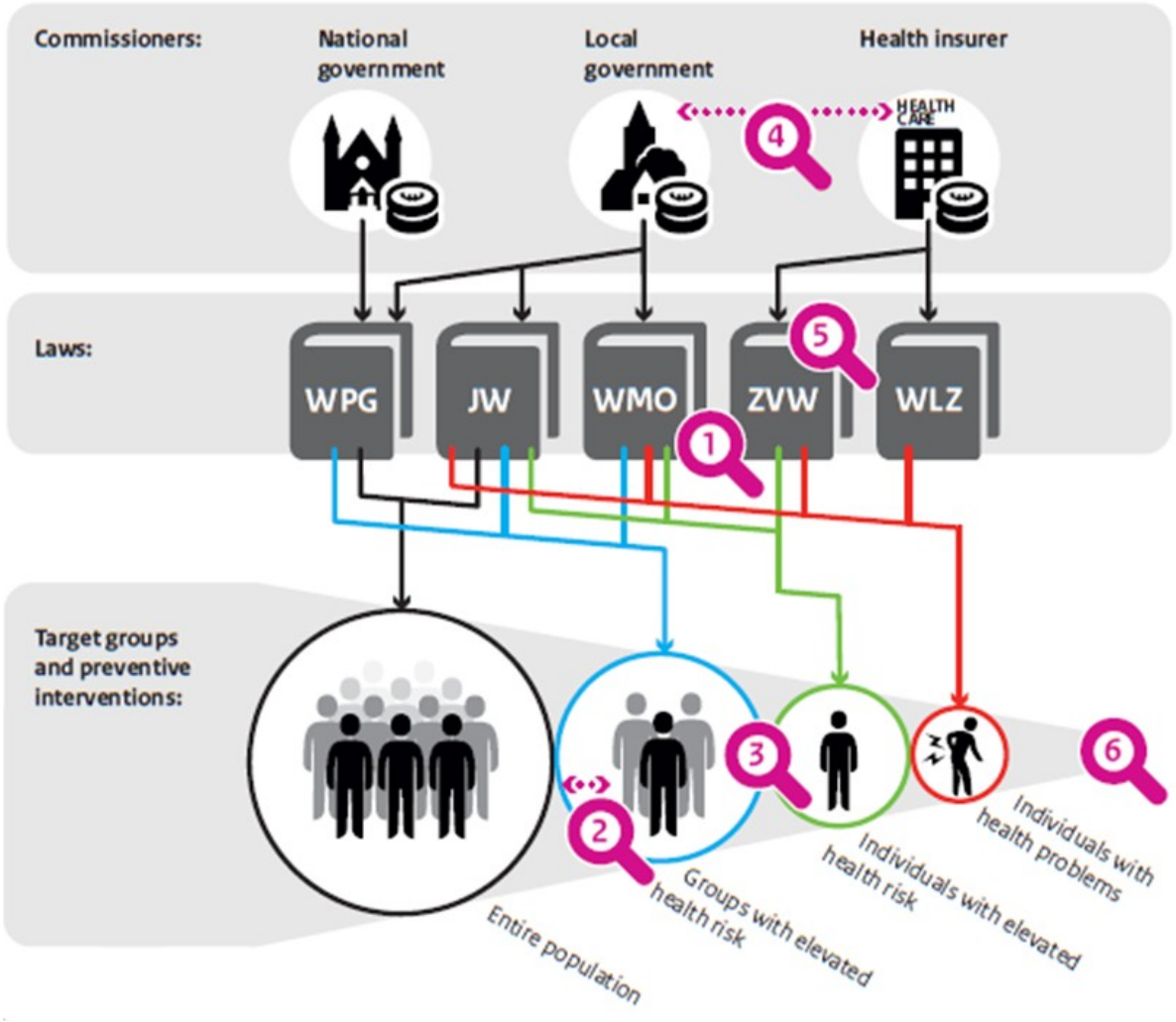


Bekostiging



CAROLINE BERDEN

Financiering van preventie



Selecteren zorgaanbieders



Bekostiging



Contractering

Zorginkoop

Inkoopbeleid

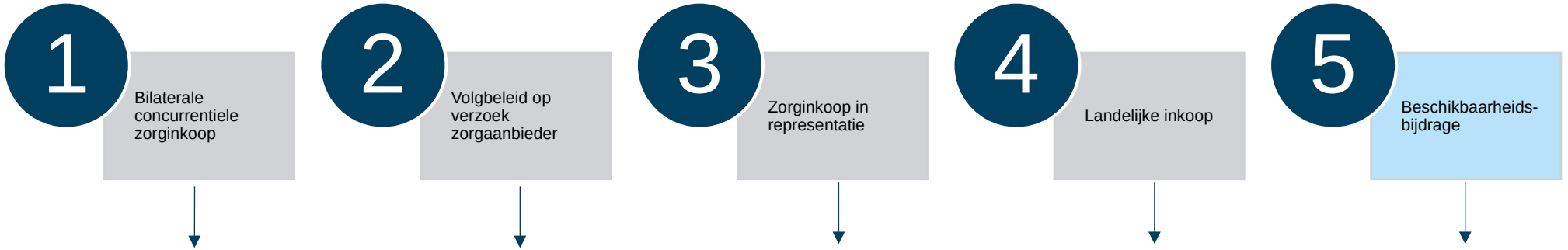




Onderhouden relaties

CAROLINE BERDEN

Verschillende vormen van zorginkoop



- Uitgangspunt stelsel: iedere zorgaanbieder heeft contract met iedere zorgverzekeraar

Voorbeeld
- MSZ
- Huisartsenzorg

- Initiatief bij zorgaanbieder
- (initiatief bij zorgverzekeraar)
- Prijs, inhoud, beide
- Contract met preferente zorgverzekeraar
- facultatief

Voorbeeld:
- GGZ

- Gemandateerde zorgverzekeraar onderhandelt en alle verzekeraars nemen contract over
- verplicht

Voorbeeld:
- Ambulancezorg
- HAP, chronische ketenzorg

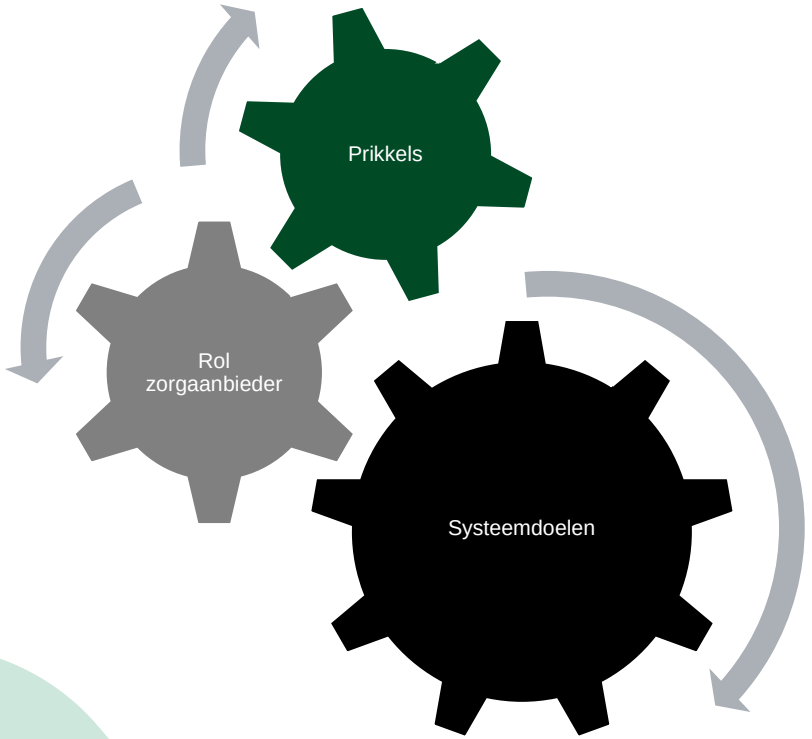
- Schaalvoordelen op een internationale markt (Beneluxa)

Voorbeeld:
- Dure geneesmiddelen

- Subsidies vanuit overheid (tarief: NZa, uitbetaling: Zin)
- Marktfalen, niet herleidbaar tot 1 persoon

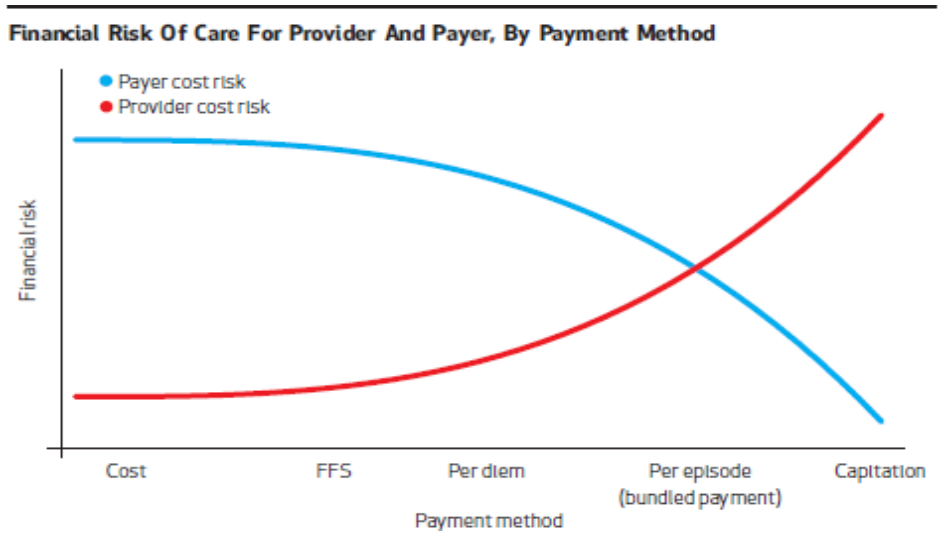
Voorbeeld:
- Traumahelicopter
- Postmortale orgaanuitname
- Vervolgopleiding Medisch Specialist

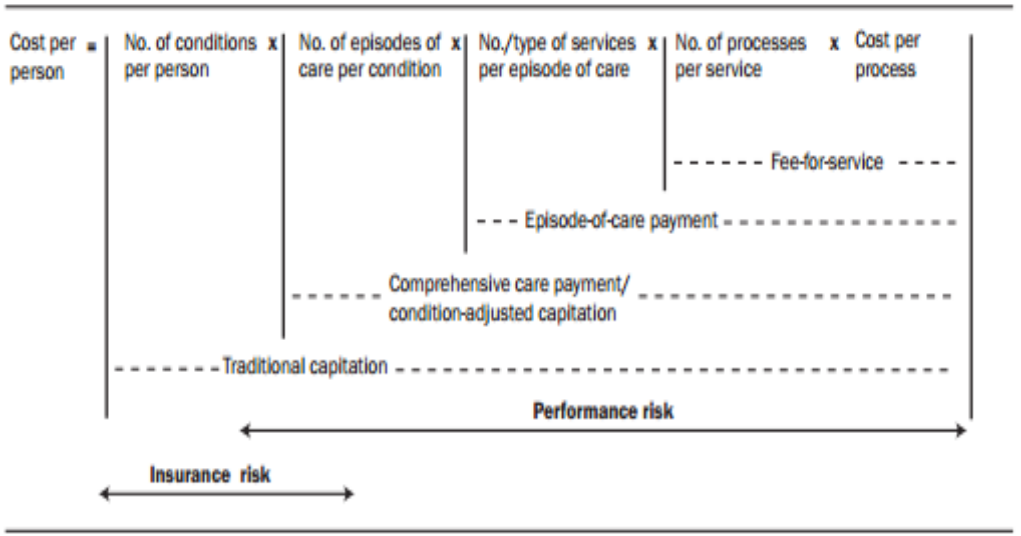
Waarom alternatieve bekostigingsmodellen?



- Bekostiging bepaalt de financiële prikkel voor een zorgaanbieder
- Prikkels voor een zorgaanbieder en systeemdoelen liggen vaak niet op één lijn
- Zorgverleners reageren in de theoretisch te verwachten richting

Allocatie van risico

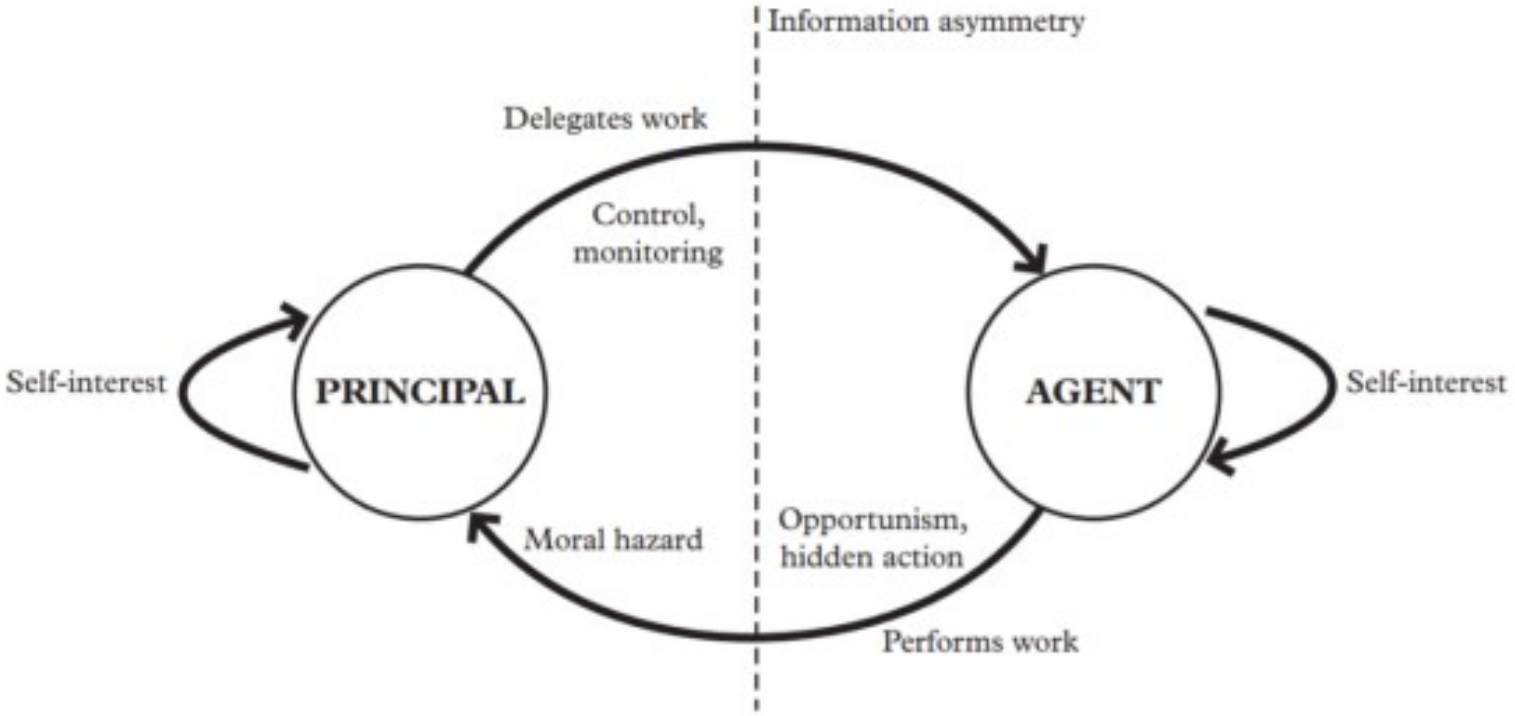




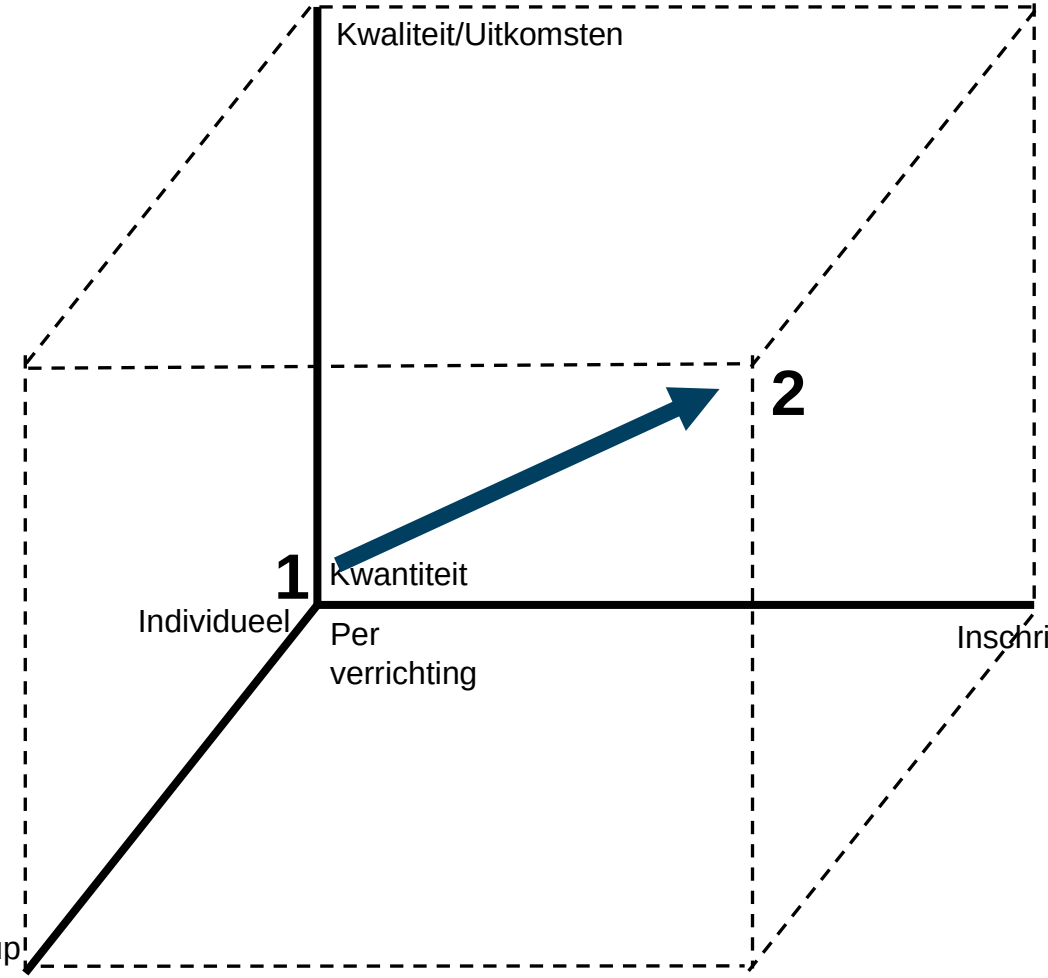
.

Bron:
Frakt , 2012
Miller, 2009

Informatie-asymmetrie



Dimensie 2:
output

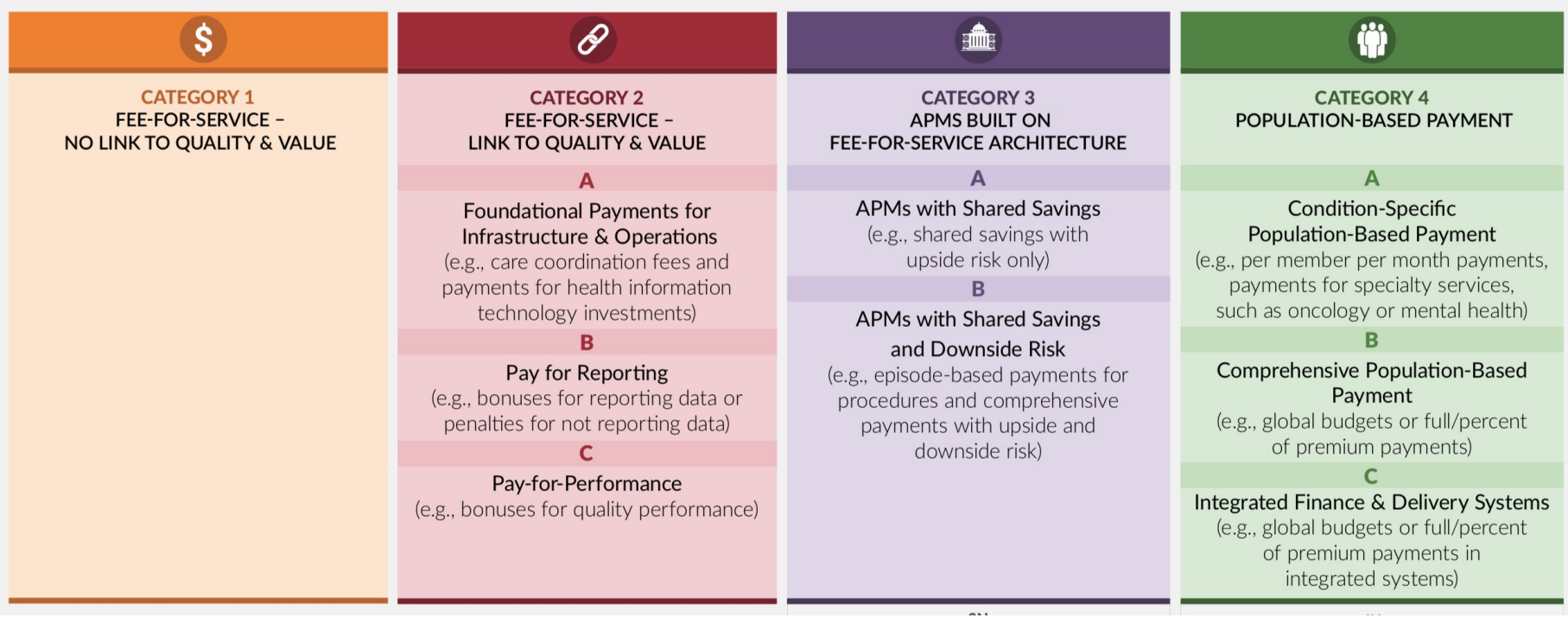


Dimensie 1:
Financieel risico

Dimensie 3:
organisatie

Bron:
Song, Z., McMahon, 2015

‘HCP-LAN’ APM framework



Source: https://hcp-lan.org/

Nederlandse Zorgautoriteit

1) Het belang van eenheid van taal
2) Reflecties bij bekostigingshervormingen
3) De NZa en haar rol bij transformaties

Reflecties bij de ontwikkeling

- **Begin bij de gewenste verandering, niet bij de bekostiging (zorginhoudelijk verbeterpotentieel)**

‘wat ga je morgen anders doen als geld geen rol speelt?’

- **Formuleer waar de bekostiging daadwerkelijk belemmert**
- **(verbeterpotentieel in de bekostiging)**

‘wat iunnen we vandaag niet beginnen? En waarom niet?’

- **Voorkom ontkoppeling aan de kant van a) zorgaanbieders en b) zorgverzekeraars**



Bron:
Cattel et al. 2023

Reflecties na invoering

- **Evalueer bekostigingshervormingen vanuit de beoogde onderliggende (werkings)mechanismen (***waar kunnen we effect verwachten?)*
- **Zorg dat monitoring en evaluatie aansluiten bij veranderende beleidsvragen (monitoren is niet gelijk aan evalueren)**
- **Erken dat beleidsbeslissingen niet alleen empirisch bewijs vereisen maar ook normatieve afwegingen**

Bron:
De Vries et al. submitted

Nederlandse Zorgautoriteit

1) Het belang van eenheid van taal
2) Reflecties bij bekostigingshervormingen
3) De NZa en haar rol bij transformaties

Strategische koers '26–'29
Betekenisvol werken aan de zorg van morgen

Onze missie:

Wij beschermen de toegankelijkheid en betaalbaarheid van gezondheidszorg en de beschikbaarheid van jeugdzorg voor alle inwoners van Nederland. Het is belangrijk dat iedereen kan rekenen op passende zorg wanneer nodig: ongeacht leeftijd, inkomen, gezondheid, achtergrond of situatie. Zo dragen wij bij aan een samenleving waarin iedereen een betekenisvol leven kan leiden.



Rechtvaardigheid en solidariteit

Gezondheid verbeteren

Beter verbinden van gezondheidszorg en welzijn

Niet onnodig medicaliseren

Onze visie:

We zetten ons in voor een samenleving waarin we zorgen voor elkaar, met aandacht voor het verbeteren van gezondheid en het verkleinen van gezondheidsverschillen. Zonder onnodig te medicaliseren en uit het oog te verliezen wat iemand uniek maakt als mens.



Zorgen voor elkaar



De krachten bundelen om samen het verschil te maken



Onze doelen:



1. Wij dragen bij aan solidariteit en vertrouwen in de zorg.

Proactief



2. Wij borgen een goed functionerend en toekomstbestendig zorgstelsel, in samenspel met andere domeinen.

Verbinden

Complexiteit verminderen



3. Wij stimuleren transformatie van de zorg en pakken regie bij het opschalen en borgen van impactvolle innovaties in het zorgstelsel.

Transformatieve NZa

Leren en veranderen in ons DNA



4. Wij zijn een lerende organisatie en zetten onze mensen centraal, met oog voor elkaar, technologie en procesinnovatie.

Takeaways

- Doelen ecosysteem vragen om meer dan optimalisatie van het individuele organisaties
- De allocatie van verantwoordelijkheden en risico's is minstens zo belangrijk als keuze bekostigingsmodel
- Andere bekostiging is geen doel op zich



Jeroen Struijs
E: Jstruijs@nza.nl
M: +31646312583

jeroenstruijs