

Kwaliteitsprikkels gewenst

Verdienen zorgprogramma's voor chronisch zieken het predikaat integrale zorg? Niet zolang de tweede lijn grotendeels buiten de contractering valt en concrete inhoudelijke afspraken over samenwerking met de eerste lijn ontbreken. Daar wringt de schoen, zegt hoogleraar Maureen Rutten. Is een bonus voor kwaliteit de oplossing?

Ketenzorg levert op korte termijn nog amper besparingen op. Dat komt niet alleen doordat de besparingen door het voorkomen van complicaties vaak pas op langere termijn zichtbaar worden, maar ook door averechtse prikkels voor zorgverleners. Goede afspraken kunnen dit voorkomen. Dat stelde Maureen Rutten, hoogleraar Economische Evaluatie van Zorginnovaties voor Chronisch Zieken bij het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam, in 2012 in haar oratie. We zijn bijna twee jaar verder. Hoe staat het er nu mee?

Rutten: 'Door de introductie van de keten-DBC is de zorginkoopmarkt feitelijk in tweeën geknipt. Zorgverzekeraars kopen integrale zorg in bij een zorggroep. Zij onderhandelen over een vaste prijs per patiënt. De zorggroep onderhandelt vervolgens met onderaannemers. Dat zijn vooral verschillende disciplines uit de eerste lijn – bijvoorbeeld een diëtist, fysiotherapeut of leefstijladviseur; de tweede lijn komt er nog niet aan te pas.' Ze noemt het een fundamenteel probleem. 'De zorggroepen zouden multidisciplinaire samenwerkingsverbanden worden, maar dat zijn het niet. Het zijn coöpe-

raties van hoofdzakelijk huisartsen.' Rutten vervolgt: 'Daar komt bij dat bij sommige zorggroepen veel geld naar overhead-management, ICT, training, huisvesting- gaat. Geld dat ook besteed had kunnen worden aan het verbeteren van integrale zorg aan mensen in hun thuissituatie.'

Besparingen blijven uit

De keten-DBC zou niet alleen de kwaliteit van zorg verbeteren, maar ook de doelmatigheid vergroten. De redenen: de prognose van de patiënten verbetert, complicaties worden vermeden en er kan substitutie plaatsvinden. Geen

Reacties van InEen en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ):

Te sombere conclusie

Reactie Marnix de Romph, InEen: 'Ik waardeer het dat Maureen Rutten wijst op het oorspronkelijke doel van zorggroepen: het leveren van multidisciplinaire, integrale zorg. Dat is inderdaad het doel, maar ik vind haar conclusie dat zorggroepen voornamelijk monodisciplinair zijn, te somber', reageert Marnix de Romph, directeur van InEen, desgevraagd. 'Ik zie in de praktijk wel degelijk multidisciplinaire samenwerkingsverbanden die als contractpartner richting zorgverzekeraar optreden. Door andere zorggroepen wordt op de inhoud samengewerkt en integrale zorg geleverd door andere disciplines te contracteren. Dat laat zien hoe ver zorggroepen zijn.' Volgens Rutten ontbreekt het aan concrete afspraken tussen eerste en tweede lijn over samenwerking en substitutie. 'Het zijn inderdaad nog teveel twee gescheiden werelden. VWS heeft laten weten dat het versterken van de eerste lijn niet op voorhand geremd mag worden

door financiële touwtrekkerij en stroperigheid in de praktijk. Het departement moet als regisseur optreden, zodat wij als eerste lijn de uitdaging kunnen oppakken en het gesprek met onder andere de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) op basis van de inhoud kunnen aangaan. We kunnen daarbij laten zien welke prestaties zorgverleners binnen de eerste lijn leveren en welke indicatoren daaraan gekoppeld zijn. Dat zullen we met onze gesprekspartners delen. Samen moeten we afspreken hoe we de zorg anders gaan organiseren rond de patiënt', aldus De Romph.

Reactie Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ): De NVZ laat weten dat het belangrijk is dat het geld de zorg volgt. 'Niet andersom. Dus: je moet niet vooraf geld overhevelen voordat de zorg is overgeheveld.'



Maureen Rutten: 'Het ontbreekt aan concrete afspraken tussen de eerste en tweede lijn over inhoudelijke samenwerking en substitutie.' (Foto: Levien Willemse)

doublures en dubbele declaraties meer, aldus de verwachtingen. In haar oratie wees Rutten op een van de oorzaken van het achterwege blijven van de verwachte besparingen. Door de prestatiebekostiging van ziekenhuizen en medisch specialisten kunnen die een terugloop in patiënten, die zijn gaan deelnemen aan een eerstelijnszorgprogramma, gemakkelijk compenseren door andere patiënten langer in de tweede lijn te houden.

Daarnaast ontbreekt het aan concrete afspraken met de tweede lijn over inhoudelijke samenwerking en substitutie. Wanneer verwijst de eerste lijn?

Bij welke patiënten? Over dit soort onderwerpen blijven afspraken uit en dat begrijpt Rutten goed. 'Wat voor belang heeft het ziekenhuis bij dit soort afspraken? Meer patiënten naar de eerste lijn betekent voor hen verlies van omzet.' De zorgverzekeraars moeten volgens haar erop toezien dat eerste en tweede lijn wel afspraken maken. 'Zorgverzekeraars kunnen dit afdwingen door alleen contracten af te sluiten als dergelijke afspraken zijn gemaakt.'

Rutten ziet dat het op sommige plekken wel tot inhoudelijke afspraken komt met de tweede lijn, maar het is mondjesmaat. 'Dat het nog niet veel

gebeurt, komt omdat zulke afspraken in de kern het voortbestaan van organisaties raken.'

Op prijs concurreren

Een fors deel van de kosten voor chronisch zieken zit in de tweede lijn. Wil je samenwerken met minder kosten, dan ligt het voor de hand de tweede lijn mee te contracteren als onderdeel van het integrale zorgprogramma. Als voorbeeld noemt Rutten de samenwerking tussen huisartsen in het Limburgse Heuvelland en longartsen. Voor complexe COPD-patiënten kunnen de huisartsen een eenmalig diagnostisch consult aanvragen bij de longarts; de zorggroep betaalt deze ziekenhuiszorg vanuit het contract dat ze hebben voor het leveren van integrale zorg. dieEr zijn korte lijnen en de huisarts krijgt deskundig advies.'

Ketenfinanciering voor de complete chronische zorg, inclusief ziekenhuisbehandeling, zou een goede oplossing zijn. Rutten voelt er wel wat voor. 'Zorgverzekeraars kunnen de chronische zorg dan aanbesteden bij combinaties van ziekenhuizen en organisaties in de eerste lijn en vragen hoe zij het samen tegen minder geld kunnen doen. De besparingen kunnen gedeeld worden tussen zorgverzekeraars, eerste en tweede lijn, die deze kunnen gebruiken voor premieverlaging of investeringen in de zorg.'

Zorggroepen en specialisten zouden concreet kunnen afspreken dat ze ernaar streven de kosten met tien procent te reduceren. 'Dat kan bijvoorbeeld door naar een goedkopere zorgaanbieder in de tweede lijn te verwijzen. Dat kan prijsconcurrentie tot

stand brengen.' Wie heeft daar belang bij? 'Dat zijn de partners die afspraken maken over deze shared savings – zorgverzekeraars, zorgaanbieders in eerste en tweede lijn – en uiteindelijk de patiënt.'

Bonus voor kwaliteit

Probeer kwaliteitsprikkelers in te bouwen, adviseert Rutten. 'Je kunt bepaalde kwaliteitsnormen afspreken. Bijvoorbeeld: minder ziekenhuisopnamen of complicaties. Zijn de normen gehaald, dan mag er gedeeld worden in de besparingen. Of deel een bonus uit. In Amerika hebben ze dit gedaan. In sommige projecten liep dit zo goed, dat de bonussen hoger waren dan de besparingen, en dan schiet de maatregel zijn doel voorbij.' Bestaat het risico van onderhandeling? 'Complicaties kunnen alleen verminderen als betere zorg wordt geleverd, niet minder zorg.'

Met Pay4performance is nog weinig ervaring opgedaan, aldus Rutten. Als onderzoeker ziet ze graag dat zorggroepen nog beter registreren wat de gezondheidseffecten van hun zorgprogramma's zijn en dat de effecten van programma's met elkaar vergeleken worden. Ze merkt op dat zorggroepen nu veel registreren, maar te veel op procesuitkomsten en te weinig op gezondheidsuitkomsten. 'Hier ligt ook

een kans voor de zorgverzekeraars die effecten van programma's op zorggebruik met elkaar kunnen vergelijken.'

Wat adviseert ze de eerste lijn? 'Formaliseer de samenwerking met de tweede

lijn en betrek hen bij het leveren van integrale zorg. Maak concrete afspraken over meetbare doelen en uitkomsten, dus minder over procesindicatoren.'

Corina de Feijter

Geen grote besparingen, wel gezonder gedrag

Voor ZonMw verricht Maureen Rutten onderzoek naar de kosteneffectiviteit van 22 disease managementprogramma's. Ze heeft het effect ervan gemeten op diverse niveaus.

Leidt het bijvoorbeeld tot gezonder gedrag? Zijn mensen gestopt met roken of meer gaan bewegen? Ervaren patiënten een betere afstemming van de zorg? Er is zeker positief nieuws te melden, aldus Rutten. 'De kwaliteit van de chronische zorgverlening verbetert. We zien een significante daling van het aantal rokers. Ook zijn mensen meer gaan bewegen. Het lijkt erop dat deze programma's gezond gedrag bevorderen. Ik moet het voorzichtig formuleren, omdat het gaat om observationeel onderzoek en zelfrapportage.'

Hoe zit het met de kosten? 'Grote besparingen zien we niet. We constateren bij sommige disease managementprogramma's wel een lichte daling in de zorgkosten, maar vaak niet genoeg om de ontwikkel- en implementatiekosten van de programma's te compenseren. De zorggroepen laten veel variatie zien. Het vergt nog meer analyse om deze variatie te verklaren. Ik denk dat de tijd van dit onderzoek, 2,5 jaar, te kort is om alle relevante gezondheidseffecten te meten. Sommige effecten van secundaire preventie worden pas op langere termijn zichtbaar. Denk bijvoorbeeld aan minder snelle progressie van COPD door stoppen met roken en meer bewegen of aan minder vasculaire complicaties door beter ingestelde diabetes.'

'Fundamenteel probleem: zorggroepen zijn meestal geen multidisciplinaire samenwerkingsverbanden, maar coöperaties van vooral huisartsen'