

Leren van de lessen uit de Verenig

In de Verenigde Staten mogen aanbieders van geïntegreerde eerstelijnszorg bij kostenbesparing bij gelijkblijvende kwaliteit de helft van die besparing zelf houden. Een voorbeeld voor Nederland? Op zich wel, al moet nog wel de vraag worden beantwoord of het binnen de Zorgverzekeringswet mogelijk is.

Jeroen Struijs heeft via zijn werk als senior onderzoeker bij het RIVM de ontwikkeling van integrale bekostiging van diabeteszorg in de eerste lijn vanaf het begin meegemaakt. 'Voor de manier waarop wij dit in Nederland aanpakken, gebruikmakend van een hoofdaannemer en onderaannemers, bestaat internationaal meer aandacht dan velen denken', zegt hij. 'Vanuit het RIVM hebben we hiernaar verschillende onderzoeken gedaan, om de ervaringen in beeld te brengen vanuit kwaliteits- en kostenperspectief. De invoering van integrale bekostiging trok internationaal de aandacht en leidde ertoe dat ik werd uitgenodigd om verschillende lezingen over ons werk te geven.'

En ook dat kreeg een vervolg; Struijs werd geselecteerd voor een Harkness fellowship van het Amerikaanse Commonwealth Fund, een charitatieve organisatie die *fellowships* beschikbaar stelt voor onderzoek dat gericht is op verbetering van zorgsystemen. En hij onderzocht vanuit de Harvard University een jaar lang verschillende innovatieve bekostigingsmodellen in de Verenigde Staten (VS) en Engeland.

Ander uitgangspunt

Voorals in de VS en Engeland bestaat op dit moment veel aandacht voor innovatieve bekostigingssystemen, zegt Struijs. 'Nederland heeft daar al een start mee gemaakt via integrale bekostiging in de tijd dat Ab Klink minister van Volksgezondheid was', vertelt hij, 'dus andere landen kijken met belangstelling naar de vraag of het bij ons gaat werken. Maar ondertussen zijn ze er zelf ook al mee aan de slag gegaan. Vooral in de VS wordt in het kader van Obamacare nu heel veel ontwikkeld op dit gebied. Alleen doen ze het daar op een andere grondslag dan wij in Nederland. Wij zetten vooral in op substitutie van zorg door het verbeteren van de samenwerking in de eerste lijn en tussen de eerste en tweede lijn: via *bundled payment* van eerstelijns zorgaanbieders voorkomen dat patiënten

in het ziekenhuis moeten worden behandeld of opgenomen. In de VS wordt ook geëxperimenteerd met *bundled payments* maar wordt gekozen voor een systeem waarbij het ziekenhuis tot bijvoorbeeld negentig dagen na ontslag van de patiënt verantwoordelijk blijft voor de kosten van diens zorg. De achterliggende gedachte is dat doorverwijzing naar de thuiszorg veel goedkoper is dan naar een revalidatiecentrum, en dat ziekenhuizen dus zullen inzetten op gestructureerde samenwerking met thuiszorgorganisaties. Of dit inderdaad het gewenste resultaat oplevert, wordt op dit moment onderzocht.'

Ook *shared savings*-modellen

In de VS bestaan twee varianten van het daar gehanteerde systeem van *bundled payments*, ook bekostigingsmodellen die in Nederland nog vrijwel niet worden toegepast. Het eerste, de overheidsgestuurde Accountable Care Organizations, is er voor alle 65-plussers. Struijs: 'Die geeft een ketenzorgpartij een "virtueel" budget van bijvoorbeeld honderd en levert die partij het werk voor negentig, dan mag ze een deel van het verschil houden, veelal de helft. Hierbij hanteert de overheid kwaliteitsindicatoren waarop die ketenzorgpartijen moeten rapporteren. Er zijn honderden van zulke Accountable Care Organizations. Niet ziektegericht, zoals het systeem voor integrale bekostiging voor diabeteszorg dat wij in Nederland kennen, maar over de volle breedte van de zorg.'

Niet financieel verantwoordelijk

De tweede variant bestaat uit de privaat opgezette Accountable Care Organizations, beschikbaar voor iedereen die – via zijn werkgever of zelfstandig – een zorgverzekering heeft geregeld via een verzekeraar. Een innovatief model is het Alternative Quality Contract van Blue Cross Blue Shield in Massachusetts. 'Het principe is hetzelfde', zegt Struijs, 'ook hierbij

*'Voor de manier waarop wij
integrale bekostiging
in de eerstelijnszorg in Nederland
aanpakken, gebruikmakend van een
hoofdaannemer en onderaannemers,
bestaat internationaal
meer aandacht dan velen denken'*

de Staten



Jeroen Struijs, senior onderzoeker RIVM: 'In de VS wordt ook geëxperimenteerd met bundled payments waarbij het ziekenhuis tot bijvoorbeeld negentig dagen na ontslag van de patiënt verantwoordelijk blijft voor diens zorgkosten. Achterliggende gedachte is dat ziekenhuizen zullen inzetten op gestructureerde samenwerking met de goedkopere thuiszorgorganisaties.' (Foto: Erik Kottier)

is sprake van een *shared savings*-model waarbij aanbieders een deel van de gerealiseerde kostenbesparingen zelf mogen houden. Wel zijn er verschillen op het punt van kwaliteits-indicatoren en moeten patiënten vooraf zijn ingeschreven bij huisartspraktijken.'

Weer anders is de situatie in Engeland, waar de overheid budget toekent aan regionale Clinical Commission Groups. Struijs: 'Huisartsen zijn verplicht lid van zo'n groep en kopen bij de

andere zorgaanbieders de zorg in die zij nodig denken te hebben voor hun patiënten. Alleen is niet zoals in Nederland sprake van met elkaar concurrerende zorgverzekeraars, maar regelt de overheid alles. De huisarts is dus niet financieel verantwoordelijk en deelt ook niet in eventuele besparingen. Wel kunnen zij een bonus verdienen voor de Clinical Commission Group maar dit staat los van hun eigen inkomen. Huisartsen hebben dus ruimte om zich op kwaliteit te richten,



In Engeland zijn huisartsen verplicht lid van regionale Clinical Commission Groups en kopen bij andere zorgaanbieders de zorg in die zij nodig denken te hebben, vertelt Jeroen Struijs. 'Alleen is niet zoals in Nederland sprake van met elkaar concurrerende zorgverzekeraars, maar regelt de overheid alles.' (Foto: Erik Kottier)

maar ze krijgen wel een vervelend gesprek als blijkt dat ze over het budget heen gaan.'

De les voor Nederland

Het Nederlandse bekostigingssysteem lijkt dus meer op het Amerikaanse dan op het Engelse. 'Met het verschil dat de omvang bij ons een fractie is van die van de VS', voegt Struijs hieraan toe. Bij terugkomst in Nederland deelde hij zijn ervaringen met het ministerie van VWS, dat zich beraadt op de vraag of ook hier het *shared savings*-systeem kan worden omarmd, waarbij zorgaanbieders dus financieel gecompenseerd worden als ze kosten besparen zonder de kwaliteit van zorg

'Een ketenzorgpartij krijgt een "virtueel" budget van bijvoorbeeld honderd. Levert zij het werk voor negentig, dan mag ze een deel van het verschil houden, veelal de helft'

te compromitteren. 'Dat dit inhoudelijk interessant is om mee te gaan experimenteren, is duidelijk', zegt Struijs. 'Momenteel onderzoekt VWS in hoeverre een dergelijk *shared savings*-model binnen het huidige bekostigingssysteem mogelijk is.' De volgende vraag is of zorgaanbieders en zorgverzekeraars bereid zijn in proeftuinen *shared savings*-programma's op te zetten en zo ja, met welke looptijd dan. 'Een eenjarig contract biedt niet echt een incentive om te investeren in preventie', zegt Struijs. 'In de VS durven ze voor dergelijke initiatieven vijfjarencontracten aan te gaan. Daar zijn wij in Nederland nog wat huiverig voor, misschien ook omdat financieel gezien het water ons nog niet zo aan de lippen staat als de Amerikanen.' <<

Frank van Wijck

advertentie



MSDCARE Award kiest voor thema 'Alzheimer'

Verzin het meest innovatieve idee om zorg en/of welzijn van mensen met Alzheimer te verbeteren.

www.msdcareaward.nl

 **CARE Award**
INNOVATION IN HEALTHCARE SOLUTIONS