

Gedeeld regiobudget voor eerste en tweede lijn drukt kosten

# Geïntegreerde zorg in het Zwarte Woud

Henk Maassen

Geef alle zorgverleners in een afgebakend gebied samen één budget – afgestemd op de kenmerken van de inwoners – en laat artsen uit de eerste en tweede lijn samenwerken. Het resultaat: lagere zorgkosten. Een Duits project geeft het voorbeeld.

**Z**orgverzekeraars VGZ en CZ denken maar liefst 500 miljoen euro op de zorgkosten te kunnen besparen als elke regio in Nederland één budget voor eerste en tweede lijn krijgt. Johan van Heelst, manager integrale zorg bij VGZ, zei vorige week in Het Financieel Dagblad dat de verwachte jaarlijkse groei van de zorgkosten met 4,5 procent dan minimaal met één procentpunt kan dalen. Goed nieuws, maar dan moet er heel wat veranderen. Budgetten voor eerste en tweede lijn zijn nu nog gescheiden. Als de – goedko-

per – huisartsen zorgtaken overnemen van de ziekenhuizen, gaan die dat doorgaans compenseren door nieuwe patiënten aan te trekken. Zodoende levert de taakverschuiving geen besparing op. Bijkomend nadeel volgens de LHV, verklaard voorstander van ‘ontschotting van

het zorgbudget’, is dat de huisartsen worden gekort als ze door de extra taken hun budget overschrijden.

Het idee is om aan deze mechanismes een einde te maken door de financiële prikkels te verleggen. De beloning zou niet moeten hangen van uitgevoerde medische handelingen, maar van gezondheidswinst in een afgebakende regio. Bij deze zogenaamde populatiebesteding wordt de hoogte van het regionale zorgbudget afgestemd op de kenmerken van de mensen die er

wonen. Hoe meer risicogroepen, zoals ouderen en chronisch zieken, hoe meer geld.

Lukt het de zorgaanbieders binnen het budget te werken, dan krijgen ze een deel van het overgebleven geld als beloning. Behandelaars verdienen in dit stelsel als ze patiënten niet onnodig behandelen. De rest van het geld gaat naar de verzekeraars, die moeten beloven het te gebruiken voor verlaging van de premies en investeringen in zorginnovaties.

## Wachlijsten

Tweede Kamerlid Eeke van der Veen (PvdA) toonde zich een paar weken geleden tijdens een Kamerdebat een van de voorstanders. Regionale bekostiging van eerste en tweede lijn zou een logische ontwikkeling zijn, meent hij. ‘Ten eerste omdat gezondheidszorg altijd vanzelf de neiging heeft om zich regionaal te organiseren. Ten tweede omdat zorgverzekeraars zich inmiddels toch al hebben ontwikkeld tot regionale zorgmonopolisten, die overigens wel beter democratisch gecontroleerd moeten worden, want nu opereren ze in een gezagsvacuüm.’ Volgens Van der Veen is met behulp van gegevens van bijvoorbeeld het RIVM of GGD’s vrij precies uit te rekenen wat de zorgvraag in een regio is: ‘Vervolgens is maatwerk mogelijk.’ Vrees voor terugkeer van de wachtlijsten door deze ‘nieuwe’ budgettering is niet terecht, meent hij. ‘Tegenwoordig zijn zoveel data beschikbaar, dat je veel fijnmaziger dan voorheen het zorgaanbod kunt aansturen.’

*Hoe meer risicogroepen,  
hoe meer geld*



beeld: Gesundes Kinzigtal

### Experimenten

Voor geslaagde voorbeelden van geïntegreerde regionale zorg moeten we over de grens kijken, zegt Guus Schrijvers, hoogleraar public health (UMC Utrecht). Naar Zwitserland, Engeland en Duitsland bijvoorbeeld. Hij heeft daar gezien dat voor succes 'heel gedreven zorgaanbieders' een conditio sine qua non zijn. 'Maar ook dat je gerichte financiële prikkels moet geven. Ik bedoel: wil je dat huisartsen meer hechtelingen doen dan ziekenhuizen, dan moet je huisartsen daarvoor beter betalen dan de ziekenhuizen.' En er is nog een voorwaarde: loop niet te hard van stapel. Schrijvers: 'De NZa kent de zogeheten innovatieregulering. Als één regio begint met geïntegreerde zorg, mogen andere regio's op basis van die regel daarmee ook beginnen. Dat is geen goed idee. Beter is het om eerst één project toe te staan en dat goed te volgen.' Minister Edith Schippers (VWS) is inmiddels bereid experimenten toe te staan. In Maastricht zijn al concrete plannen geformuleerd die moeten helpen de kosten in de regio omlaag te brengen, zoals het goedkoper inkopen van diagnostiek door huisartsen. Dat kost de ziekenhuizen omzet, maar door het budget-

systeem worden ze daarvoor gecompenseerd. In een recent document, *Knelpunten en uitdagingen in de zorg*, zegt ook de KNMG dat integrale financiering de beste optie is om de kosten van de curatieve zorg beheersbaar te houden. Maar de Nederlandse regeling voor bekostiging van de zorg voor chronische ziekten zoals COPD en diabetes mag dan 'integraal' heten, ze verdient dat predikaat niet, aldus de KNMG. Want de tweede lijn valt erbuiten en ze is gericht op slechts één ziekte, terwijl multimorbiditeit de regel is. Werkelijke integrale bekostiging omvat volgens de artsenorganisatie alle zorg, is efficiënt, innovatief, ondersteunt zelfmanagement van patiënten, belooft kwaliteit in plaats van kwantiteit, kent een optimale gegevensuitwisseling en maakt de resultaten zichtbaar.

### Gesundes Kinzigtal

Het ideaalbeeld dat de KNMG schetst, lijkt sterk op de manier waarop ze het in het Duitse Kinzigtal al een jaar of zes doen. Daar loopt sinds 2006 het project *Gesundes Kinzigtal*, begeleid door organisatiebureau Optimedix AG. De directeur van dit bureau, farmacoloog dr. Helmut Hildebrandt, legt uit dat het bij Gesun-



De preventieprogramma's van *Gesundes Kinzigtal* moeten leiden tot minder chronisch ziekten en dus minder zorgkosten.

des Kinzigtal gaat om de *integrierter Versorgung* van 31 duizend inwoners in de gelijknamige regio in het Zwarte Woud. In februari van dit jaar hadden zich onder meer 23 huisartsen, 29 medisch specialisten, 6 ziekenhuizen, 11 verpleeghuizen, 16 apothekers, en 32 fitness- en sportclubs verbonden met het project. Hildebrandt: 'Normaal gesproken sluiten ziekenfondsen in ons land contracten af met netwerken van artsen. Zijn er besparingen, dan vloeit een deel daarvan terug in het netwerk. In dit geval heeft "het bedrijf" *Gesundes Kinzigtal*, waarbij zich artsen hebben aangesloten, een contract gesloten met de twee voornaamste ziekenfondsen in de regio. Oogmerk is daarbij niet alleen verlaging van de kosten, maar ook verhoging van de kwaliteit van zorg en algehele verbetering van de gezondheidstoestand van de populatie. Preventieprogramma's en patiënteneducatie moeten op den duur leiden tot een

lagere incidentie en prevalentie van chronische ziekten. En dus tot besparingen op de kosten.' Er lopen al ruim twintig preventieve en educatieve programma's in Kinzigtal. Een goed voorbeeld is *Starkes Herz*, voor patiënten met hartfalen. Deelnemers hebben regelmatig contact met praktijkverpleegkundigen die hun gezondheidsadviezen geven en hun toestand op afstand via telemonitoring volgen. Verder is er onder te titel *Starke Muskeln, feste Knochen* een interventieprogramma voor patiënten met osteoporose, bestaande uit screening en voedings- en bewegingsadviezen. Er is een programma met korte therapeutische interventies bij persoonlijke crises (*Psychotherapie Akut*) en een intensieve reeks interventies om van roken af te komen (*Rauchfreies Kinzigtal*).

#### Over schotten heen

Belangrijke voorwaarde is steeds dat alle zorgaanbieders, van zelfstandig gevestigde artsen en ziekenhuizen tot paramedische hulpverleners, intensief samenwerken, over de schotten in de zorg heen. Want geïntegreerde zorg is per definitie teamwork.

Hildebrandt: 'Ik weet hoe dokters werken, hoe ziekenhuizen werken, en ik weet welke incentives werken in de zorg. In Duitsland werken dokters nogal solistisch. Niet iedereen wordt daar gelukkig van. Dat maakt intensieve samenwerking met collega's voor veel artsen op zichzelf al tot een beloning. Maar je moet dokters ook direct financieel belonen: bijvoorbeeld als ze erin slagen in het kader van het programma *Rauchfreies Kinzigtal* een patiënt aantoonbaar van het roken af te krijgen. We kunnen artsen echter niet verplichten tot deelname. Dat willen we ook niet. We geloven in volledige vrijheid; ze kunnen er ook altijd weer uitstappen. Momenteel is ruim 50 procent van alle artsen in de regio formeel partner in het project. Dat is een goede quote.'

Het contract tussen *Gesundes Kinzigtal* en de ziekenfondsen heeft een lange looptijd: tien jaar. Die is cruciaal, meent Hildebrandt: 'Door deze langdurige afspraak wordt een prikkel gegeven om in de duurzaamheid van de gezondheid te investeren en niet slechts een kortzichtige besparingspolitiek te voeren.'

Het project omzeilt zo tevens een valkuil van het Amerikaanse *managed care systeem*, meent Hildebrandt. 'Dokters worden daarin beloofd als ze de kosten van zorg op de korte termijn laag weten te houden. Veel patiënten denken dan dat medici vooral daardoor gedreven worden, en niet primair kiezen voor de best mogelijke zorg. Of dat nu waar is of niet: het

## Gesubsidieerd werk

Meneer O. is woedend. En terecht. Hij werkt zeventien jaar bij een non-profitinstelling, in een gesubsidieerde baan. Hij is toegevoegd aan het beheer, wat betekent dat hij schoonmaakwerk verricht. Hij is hier destijds geplaatst door de Sociale Dienst met de bedoeling om door te stromen naar een betaalde baan. Hij heeft dan ook diverse keren gesolliciteerd binnen de instelling, maar werd steeds afgewezen. Nu wordt hij ontslagen, omdat de gemeente de kraan voor de gesubsidieerde arbeid dichtdraait.

En O. is niet de enige. De doorstroom naar betaald werk is niet gelukt. Wie zeventien jaar geleden moeilijk plaatsbaar was, kan het nu helemaal vergeten. Het is niet voor niets dat O. en zijn collega's het niet redden op eigen kracht. Ze zijn bewerkelijk. Hebben ondersteuning nodig om aan het werk te komen, en te blijven. Soms heeft die bewerkelijkheid een etiket. Maar vaag (autistiform, schizoïd, borderlinetrekken, sociale angst, agressieregulatiestoornis) of met vraagtekens (verstandelijke beperking? gameverslaafd? vroeg-kinderlijke verwaarlozing?). De werkgever werpt het verwijt zeventien jaar van hem geprofitteerd te hebben ver van zich af. Ook terecht.

O. doet zijn werk niet goed, veroorzaakt spanning bij collega's en leiding en 'er is niet met hem te praten'. Dat laatste herken ik wel. Ik heb vaak met hem gesproken. Ook mij is het niet gelukt om zijn golfengte te vinden.

Nederland heeft de hoogste productiviteit ter wereld. We hebben geen eenvoudige arbeid meer. Het werk dat overblijft, vereist hoge intellectuele en sociale vaardigheden. Een betaalde baan is voor de elite. Daarom is gesubsidieerde arbeid een maatschappelijke noodzaak.

Eveline Knibbeler,  
bedrijfsarts

bevordert in ieder geval niet het vertrouwen tussen arts en patiënt.'

In het project *Gesundes Kinzigtal* kijken dokters 'integraal naar alle ziekten en alle stadia van ziekten', aldus Hildebrandt. 'Ik bedoel: geen ziekte staat op zichzelf. Wie dat gelooft, hanteert een foutief uitgangspunt. Artsen hebben volgens mij van nature een brede blik op zorg. Ze kijken in de eerste plaats naar de patiënt, dan naar de ziekte. Probleem is alleen dat de meeste financiële systemen hen dwingen tot een gefragmenteerde blik.'

### Open kaart

Hildebrandt en zijn organisatie monitoren de resultaten van de diverse preventieve en therapeutische programma's voortdurend. Dat kan omdat gegevens over patiënten binnen een geavanceerd IT-netwerk worden uitgewisseld. 'Beslissend is dat deelnemende artsen met deze transparantie kunnen leven. Via het IT-netwerk zijn hun prestaties openbaar voor hun collega's.'

Ook zorgverzekeraars of, zoals in het Duitse geval, ziekenfondsen moeten open kaart spelen, zegt Guus Schrijvers, die het Kinzigtalproject heeft bezocht. 'Ze moeten laten zien wat het verschil is tussen de "inkomsten" die een verzekerde oplevert en wat hij kost. De contributiemarge noemen ze dat in Duitsland. Wij zeggen meestal: "klantwaarde". Die was nul toen ze in 2006 begonnen, maar was in 2010 14 procent positief.' Vergelijking van de kosten van bijna tweeduizend verzekerden van een ziekenfonds in Kin-

zigtal met de kosten van een even grote groep verzekerden van hetzelfde ziekenfonds uit een andere, nabijgelegen regio wijst dat uit.

Voornaamste oorzaken van de lagere kosten waren een verminderde stijging in de uitgaven aan medicijnen en een geringere groei van het aantal ziekenhuisopnames. Die groei bedroeg voor de verzekerden in Kinzigtal tussen 2006 en 2010 circa 10 procent, in de andere regio 33 procent. Volgens Hildebrandt zijn dankzij 'continue verbetering in de ambulante zorg, onnodige ziekenhuisopnames vermijdbaar'. Opmerkelijk was dat er een spin-off was naar patiënten van ziekenfondsen uit de regio die niet meedoen aan *Gesundes Kinzigtal*. Ook bij hen daalden de kosten. Hildebrandt: 'Kennelijk hebben de meer dan twintig speciale gezondheidsprogramma's een behoorlijk uitstralings-effect.'

## 'Artsen hebben van nature een brede blik op zorg'



Voor meer artikelen over regionale samenwerking en bekostiging en voor meer organisatorische en economische ins and outs van het Duitse initiatief vindt u bij dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).

