

Shared savings in transmurale ketenzorg

GESUNDES KINZIGTAL IN NEDERLAND

Jurriaan Pröpper is directeur van OptiMedis in Nederland, de zorgmanagementorganisatie die de afgelopen jaren faam maakte met 'Gesundes Kinzigtal' in Duitsland. In de Kinzigtal regio sloten zorgaanbieders en verzekeraars een innovatief shared savings contract af met als doel het verhogen van kwaliteit van zorg, het investeren in preventie en het reduceren van kosten (zie kader). Met het oog op het huidige themanummer over contractering in de zorg spraken we met Jurriaan over wat shared savings nu eigenlijk inhoudt, hoe we dergelijke contracten in Nederland kunnen realiseren, maar vooral over waarom we moeten leren om anders te denken over zorg.

A.C. Noort

Jurriaan Pröpper geeft aan dat hij zelf geen achtergrond heeft in de zorg, hij noemt zich 'gewoon een betrokken burger'. 'Ik werd wakker geschud toen ik inzag dat ons land in de verkeerde richting beweegt. Ik vind dat in Nederland iedereen gelijke kansen en rechten moeten hebben ongeacht banksaldo, postcode of afkomst. Door onder andere de vergrijzing zie je dat die rechten onder druk komen te staan; we kunnen óf minder geld uitgeven aan bijvoorbeeld de verzorging voor onze ouderen, of de belastingen moeten omhoog. Ik vind beide opties niet aantrekkelijk en ga dus voor een derde; we moeten productiever worden. Daarvoor moeten we investeren in innovatie zodat publieke voorzieningen rendabeler worden, meer resultaat leveren voor ons belastinggeld. Vooral de zorg is in westerse landen een groot probleem omdat de zorguitgaven structureel twee keer zo hard groeien als de groei van de economische inkomsten. Ik heb mijzelf daarom tot doel gesteld om te helpen met innoveren zodat we de zorg rendabeler maken en betaalbaar houden. Hier ben ik nu 5 jaar actief mee bezig met steeds meer enthousiastelingen.'

'Toen ik begon heb ik voorgesteld regionaal af te spreken de groei van de zorg te gaan halveren en de extra besparingen bij de zorgverleners te laten om te herinvesteren in de zorg. Toen hoorde ik dat iets dergelijks als shared savings gebeurde in Gesundes Kinzigtal en ben ik in contact gekomen met de oprichter van OptiMedis, Helmut Hildebrandt. We hebben toen afgesproken om onze activiteiten in Nederland te bundelen.'

Paradigmaverandering

Herhaaldelijk benadrukt Jurriaan Pröpper dat we anders moeten gaan denken over zorg. 'Wat je nu ziet is dat er een 'zero sum game' wordt gespeeld. Iedereen is geconditioneerd om zijn of haar eigen belangen na te streven en een zo groot mogelijk deel van het beschikbare geld te verkrijgen ten koste van de ander. Verzekeraars behandelen zorg als uniforme commodity, voor ieder product willen ze afzonderlijk zo min mogelijk kosten maken om opgeteld zo min mogelijk premie te hoeven vragen. Door die houding vergeet men dat we ons moeten richten op kwaliteit, uitkomsten en daarmee kosten en rendement voor patiënten en verzekerden van de gehele zorgketen in plaats van op uitvoering van individuele zorgverrichtingen. Er moet daarom een paradigmaverandering optreden bij zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders. Het is vaak wennen voor partijen om te beseffen dat ze gedeelde belangen hebben. Meer gezondheid per zorgeuro genereert waarde en ruimte voor alle stakeholders, zoals Porter beschrijft in zijn beroemde boek, 'Redefining Healthcare' (2005). Voor mij is de kernvraag wie bereid is om eerst dit gemeenschappelijk belang in acht te nemen om individueel ook beter af te kunnen zijn. Nu doen we dat niet en dat komt vooral door de manier van financieren met de schotten in de zorg.'



foto Haslach

Het dorpje Haslach in het Kinzigtal.

Visie, missie en leiderschap

Recent is door de deelnemende partijen van *Gesundes Kinzigtal* het contract verlengd voor onbepaalde tijd. Volgens Pröpper is dat een mooi signaal dat deze aanpak succesvol is. 'Er is een aantal factoren te bepalen die hebben bijgedragen aan het succes van *Gesundes Kinzigtal*. Allereerst hebben de artsen een duidelijke missie voor ogen gehad. De artsen waren al een tijd voor kwaliteitsprojecten georganiseerd in de multidisciplinaire groep MQNK, die tot doel had de populatie zo gezond mogelijk maken én houden. Daarnaast hadden zij een duidelijke visie om hun doel te bereiken, de bekostiging van de zorg moest veranderen van ad-hoc subsidies naar structurele financiering uit de resultaten.'

'Vervolgens was het belangrijk dat Helmut Hildebrandt durf en leiderschap heeft getoond door de zorgverleners en verzekeraars een ambitieus voorstel te doen, maar ook door een goede governance structuur af te spreken in een nieuwe entiteit. Belangrijk hierbij is dat er een objectieve verbindende partij zoals OptiMedis aanwezig is. Dat is niet nieuw, Donald Berwick (2008) noemde dit al in zijn paper over de Triple Aim: 'the integrator'. Iemand moet partijen tot gemeenschappelijke belangen en afspraken brengen en houden. Door dat er vaak verschillende belangen een rol spelen en partijen gewend zijn aan reguliere inkooponderhandelingen ben ik ervan overtuigd dat alleen de verzekeraars en zorgaanbieders samen *Gesundes Kinzigtal* nooit succesvol hadden kunnen maken.'

Gesundes Kinzigtal

Gesundes Kinzigtal is een populatiezorg-organisatie in het zuidwesten van Duitsland die in 2005 is opgezet door het lokale zorgverlenersnetwerk MQNK en zorgmanagement bureau OptiMedis. Deze organisatie neemt conform het artikel van Berwick e.a. contractuele verantwoordelijkheid voor de Triple Aim van de populatie van 31.000 verzekerden van twee zorgverzekeraars in een regio met 60.000 inwoners.

De initiatiefnemers van *Gesundes Kinzigtal* lossen een aantal problemen op die verbetering van zorg in de weg stonden. Net als in Nederland is in Duitsland de contractering gefragmenteerd en wordt zorg per zorgaanbieder en per verrichting betaald, zijn er geen prikkels aanwezig voor preventieve zorg en is er geen lange termijn financiering van preventie, innovatie en integratie van zorg. Door het wegnemen van deze belemmeringen zagen de artsen van MQNK en voormalig ziekenhuisdirecteur Helmut Hildebrandt van OptiMedis mogelijkheden om zowel op korte termijn, bijvoorbeeld via doelmatige inzet van medicijnen, als lange termijn, onder meer via preventie, de zorguitkomsten en gezondheid te verbeteren en kosten daardoor te verlagen. Zij wisten twee zorgverzekeraars te overtuigen tot het afsluiten van een tienjarig regionaal shared savings contract voor hun populatie verzekerden. Dit contract houdt in dat wanneer de stijging van de zorgkosten van de populatie in de regio lager is dan de gemiddelde landelijke stijging voor eenzelfde populatie, het verschil verdeeld wordt tussen *Gesundes Kinzigtal* voor extra inzet van de zorgverleners en OptiMedis, en de zorgverzekeraars voor verlaging van de verzekerde zorgkosten. Dit contract is een aanvulling op de reguliere individuele contractering en financiering van zorg.

Patiënten uit de verschillende doelgroepen kunnen vrijwillig deelnemen aan behoeftegestuurde themaprogramma's zoals sterkere botten, gezond gewicht en lagere bloeddruk. Alle programma's hebben gemeenschappelijk dat zorgverleners zich richten op preventieve zorg, shared decision-making en samenwerking in de keten.

Evaluaties laten zien dat patiënten erg tevreden zijn over hun deelname en daardoor bereid zijn om over te stappen naar de twee deelnemende verzekeraars. Ook hebben wetenschappelijke studies aangetoond dat voor de groep die deelneemt aan het programma, zorgkosten dalen en uitkomsten van zorg verbeteren. De shared saving bedroeg in 2012 reeds € 150 per verzekerde in de gehele populatie, ongeacht of zij deelnamen aan programma's. Op dit moment worden nadere evaluatiestudies uitgevoerd om aan te tonen of de effecten van het programma op lange termijn blijven.

(zie Busse en Stahl, 2014; Hildebrandt et al, 2010 en 2015)

Initiatieven in Nederland

Vanuit zijn ervaringen bij verschillende initiatieven in Nederland heeft Pröpper een duidelijke mening over het beleid. 'De Nederlandse overheid is een aantal jaren geleden begonnen om via de Proeftuinen initiatieven te steunen om de organisatie van zorg in regio's te verbeteren. Dat was een goede aanmoediging en het geeft ook draagvlak aan initiatieven die in het veld genomen worden. Maar eerlijk gezegd zie ik nog niet dat er binnen de Proeftuinen andere dingen gebeuren dan in andere regio's. Verzekeraars hebben het nog niet aangedurfd om echte shared savings contracten af te sluiten. Ook heeft het ministerie van VWS geen 'regel-vrije zone' gecreëerd, waardoor er weinig mogelijkheden zijn voor contractinnovatie en zorgverleners niet kunnen afwijken van zorgstandaarden, waardoor ze geen maatwerk kunnen leveren. Het gevolg is dat in mijn ogen de Proeftuinen niet hebben geleid tot de ontwikkeling van een model voor integrale contractering die je kunt uitrollen in andere regio's.'

'In de proeftuin in Noord-Holland heb ik geleerd dat je klein moet beginnen om tot shared savings contracten te komen. We zijn toen ambitieus aan de slag gegaan met veel partijen en programma's in een grote patiëntpopulatie, maar het lukte toen niet om overeenstemming te krijgen over een gezamenlijk regionaal contract. In Nijkerk zijn we daarom op zorgketen-niveau gaan werken, in dit geval COPD-zorg. Dat gaat goed, we hebben nu een driejarig contract met Achmea afgesloten dat stuurt op ombuiging van de totale chronische longzorgkosten van alle verzekerden. We werken daarbinnen gericht aan verbeteringen bij patiënten met risico's op herhaling of verslechterring. Ook zijn we vrij om de financiële ruimte uit besparingen te besteden aan betere en preventieve zorg, bijvoorbeeld voor betere diagnostiek en behandeling uit de 2e lijn in de 1e lijn. We zien nu dat er op korte termijn veel verbetering te realiseren is bij zo'n specifieke groep patiënten. Dat is een goed startpunt om een nieuw zorgprogramma op te zetten, als het succesvol is werkt het als een soort vliegwiel voor verdere besparingen en investeringen waarop je kunt doorbouwen.'

Deskundigheid

'Zonder contractinnovatie blijft het vaak bij micro-managen. De verrichting atriumfibrilleren naar de eerste lijn verplaatsen, of meekijkconsulten organiseren is op zich prima, maar daarmee realiseer je geen grote verbeteringen en besparingen. Ook los je de oorzaak van het

probleem bij de patiënt niet op terwijl ergens anders problemen en kosten kunnen ontstaan. Ik merk dat zorgverzekeraars te weinig inzicht hebben in de praktijk, op de totale kosten, op oorzaak en gevolg. Om doelmatigheid van zorg te vergroten heb je de deskundigheid en het praktisch en menselijk inzicht van zorgprofessionals nodig. Wij benutten die om een keten volledig in kaart te brengen en met hen doelgericht te herontwerpen. Bij COPD bijvoorbeeld zie je dat huisartsen en specialisten allemaal weten dat patiënten zelf goed kunnen voorspellen wanneer ze een exacerbatie krijgen. Daarom werken wij aan het faciliteren en stimuleren van zelfmonitoring. Het probleem is alleen dat het moeilijk is om de eerste en tweede lijn bij elkaar te brengen.'

'Dit kun je oplossen door met behulp van contractinnovatie naar transmuraal zorginkopen te gaan zodat vanuit de gehele keten wordt gedacht en gewerkt. De overheid heeft hier al een beginnetje mee gemaakt door middel van keten-DBC's via de zorggroepen. Echter zie je daarbij nog steeds dat de contractering en regie bij een of enkele partijen in de eerste lijn ligt; de zorggroepen zijn eigenlijk monodisciplinair. We moeten toe naar multidisciplinaire zorggroepen, net als bij Kinzigtal. Je gaat dan op een ander niveau van resultaten, uitkomsten en kosten van de gehele keten onderhandelen, contracteren en ook concurreren. In plaats van onderlinge concurrentie tussen zorgverleners op verrichtingen kun je dan de regionale ontwikkelingen van gezondheid en kosten onderling vergelijken. Dan neemt ook de noodzaak tot samenwerking binnen regio's toe. Ik vind de hele beweging inclusief extra financiering van integratie van geboortezorg via VSVs (Verloskundig Samenwerkingsverband) hier wel een goed voorbeeld van.'

Shared savings in contracten

Volgens Juriaan Pröpper is het cruciaal dat op voorhand duidelijk is hoe het contractmodel er uit komt te zien, zodat je voorkomt dat inhoudelijk goede plannen in de 'grindbak van de financiering' terechtkomen. Het principe en de vorm van verdeling van kostenombuigingen als 'shared savings' moet vooraf afgesproken worden. 'Er zijn twee belangrijke elementen die in het contract moeten worden vastgelegd. Ten eerste moet worden bepaald welke verbeteringen en besparingen behaald kunnen worden. Zoals gezegd hangt dit nauw samen met de deskundigheid van professionals, maar ook met inzicht in zorggebruik. Vaak wordt een gebrek aan beschikbare zorgdata gebruikt als

‘boom om je achter te verschuilen’, terwijl er veel mogelijk is. Wij doen dat in Nijkerk met behulp van een TTP (Trusted Third Party) en met Vektis data. Ten tweede moet je duidelijk afspreken hoe je de besparingen herbesteedt met de deelnemende partijen. Partijen zijn vaak bang dat ze te weinig geld terugzien, maar als de gezondheidswinst en daarmee besparing groot genoeg is, kom je altijd uit op een passende herbesteding. Net als in Kinzigtal ontstaat er dan een prikkel om hun deel van de besparingen te herinvesteren in verdere preventie, innovatie en organisatie van de integrale zorg.’

Pröpper vindt dat in eerste instantie verzekeraars bereidheid moeten tonen om tot een shared savings contract te komen. ‘Belangrijk is, dat zie je in de VS, dat verzekeraars bereid zijn om besparingen te delen met zorgorganisaties. Vervolgens krijgen zorgaanbieders de vraag; durven jullie dat aan, nemen jullie gezamenlijk verantwoordelijkheid? In de VS gebruikt verzekeraar Blue Cross Blue Shield de term ‘The Alternative Quality Contract’, wat weergeeft dat het een alternatief is op de gebruikelijke contracten die gebaseerd zijn op prijs, volume en kwaliteit. Het is dus geen verplichting voor zorgaanbieders. Het is mooi om te zien dat nu 95% van de zorgaanbieders zo’n Alternative Quality Contract bij Blue Cross verkiest en de positieve effecten op populatieniveau zichtbaar worden.’

‘In Nederland hebben de zorgverzekeraars van onze minister uitsluitend de opgave gekregen om de kosten niet uit de hand te laten lopen. Daardoor werken ze niet aan het creëren van waarde aan gezondheidswinst, maar alleen aan beheersen van kosten. Zorgverzekeraars zijn overal en ook intern zuinig en drukken op kosten, zodat de premie minder stijgt. Dat gaat ons op lange termijn niet helpen, want preventieve zorg, voortijdig signaleren van ziekte en investeren in innovatie zullen in meerjarige contracten voorgefinancierd moeten worden uit de besparingen die ze later opleveren. Als de overheid en verzekeraars meer op lange termijn gaan denken kunnen ze net als in de VS een alternatief contract aanbieden en een trendbreuk realiseren in de gezondheids- en kostenontwikkeling.’

Nadelen

Shared savings brengt volgens Pröpper geen nadelige effecten zoals risicoselectie met zich mee. ‘In de huidige zorgcontracten met betaling per patiënt is er wel selectie. Bij shared

savings is hier geen prikkel voor, mits je een contract hebt voor 5 of 10 jaar en je alle kosten in de regio meerekent, zoals bij Kinzigtal en in Nijkerk. Je wordt dan afgerekend op de totale kosten die je als regio maakt voor alle patiënten. Eigenlijk vind ik dat er in Kinzigtal één nadeel is, namelijk dat die extra programma’s zich beperken tot twee verzekeraars. In Nederland wordt dit voorkomen doordat verzekeraars vaak de preferente verzekeraar in de regio volgen. Waar ik mij wel echt zorgen om

Durf en leiderschap getoond in ambitieus voorstel

maak is dat het in Nederland niet makkelijk is om verandering en verbetering te realiseren. Het is makkelijker om voor het eigen belang in het bestaande systeem te blijven gaan, in plaats van het gemeenschappelijke belang eerst te dienen. Als we dit laatste wel doen, zijn we allemaal individueel beter af. Dit geldt ook voor de zorg; we geven straks jaarlijks 100 miljard euro uit aan zorg, daarbij moet gezondheidswinst en rendement centraal komen te staan. Als we niet op alle niveaus visie, durf en leiderschap gaan tonen blijft het bij kleine initiatieven en goede bedoelingen en dit vermindert de betaalbaarheid en toegankelijkheid voor alle burgers.’

Literatuur

Busse, R., and Stahl, J. “Integrated care experiences and outcomes in Germany, the Netherlands, and England.” *Health Affairs* 33.9 (2014): 1549-1558.

Berwick, D., Nolan, T., Whittington, J. “The triple aim: care, health, and cost.” *Health Affairs* 27.3 (2008): 759-769.

Hildebrandt, H., Hermann, C., Knittel, R., Richter-Reichhelm M., Siegel A., Witzgenrath W. “Gesundes Kinzigtal Integrated Care: improving population health by a shared health gain approach and a shared savings contract.” *International journal of integrated care* 10 (2010).

Hildebrandt, H., Pimperl, A., Gröne, O., Roth, M., Melle, C., Schulte, T., Wetzel, M., Trojan, A. “Case Study Gesundes Kinzigtal”. *Health Care Perspectives* (2015).

Porter, M.E., and Teisberg, E.A. *Redefining healthcare*. Harvard Business School (2005).

Zie verder: <http://www.gesundes-kinzigtal.de/en/publications-gesundes-kinzigtal.html>

Informatie over de auteur

Bart Noort is promovendus aan de Rijksuniversiteit Groningen, faculteit Economie en Bedrijfskunde en doet onderzoek naar contractering van zorg dat valt binnen het onderzoeksprogramma Incentive Policies in Healthcare Systems. Zijn promotoren zijn Kees Ahaus en Taco van der Vaart.