

Laten we gaan experimenteren met financiering CVA-ketenzorg

J.F.M.M. Tummers, A.J.P. Schrijvers, J.M.A. Visser-Meily

Ketenzorg in Nederland is in opmars. Bijna alle zorg is inmiddels georganiseerd in een keten of samenwerkingsverband. Meer samenwerking zou tot betere patiëntenzorg leiden. Hoe ketenzorg het beste betaald kan worden is binnen de politiek een veelbesproken onderwerp, en terecht. De huidige bekostiging in Nederland vormt een belemmering voor het leveren van goede ketenzorg. Het is de vraag welke financieringsvorm ketenzorg dan wel ondersteunt.

CVA-KETENZORG

Elk jaar worden ongeveer 35.000 mensen getroffen door een beroerte.¹ Dit aantal zal de komende 10 jaar naar verwachting met 40% toenemen. De jaarlijkse zorgkosten worden geschat op 1,6 miljard; beroerte staat hiermee in de top tien van duurste ziekten in Nederland.¹

Patiënten die een beroerte hebben gehad krijgen te maken met verschillende zorgaanbieders. Na de acute fase in het ziekenhuis volgt een langdurige revalidatiefase, die zowel in het revalidatiecentrum, verpleeghuis als thuis kan plaatsvinden. In de chronische fase zijn ook andere instanties zoals de thuiszorg, eerste lijn en de gemeente betrokken bij CVA-zorg. Om de zorg te optimaliseren zijn er CVA-ketens opgericht, die de zorg tot één gecoördineerd geheel moeten maken.² Samenwerking en overleg tussen de verschillende partijen staat hierin centraal.

BEKOSTIGING

De bekostiging van alle partijen is echter nog gescheiden geregeld. Voor dezelfde CVA-patiënt wordt de zorg in het ziekenhuis, het revalidatiecentrum, en het verpleeghuis apart betaald. Ook de zorg in de chronische fase wordt per zorgverlener uitgekeerd. In navolging van de experimenten met integrale bekostiging voor diabetes en COPD vroegen wij ons af of dit ook mogelijk is voor CVA; zal integrale bekostiging tot betere zorg leiden?

ONDERZOEKOPZET

De auteurs voerden de afgelopen maanden in totaal 24 gesprekken met verschillende experts binnen de CVA-ketenzorg. Respondenten waren onder andere zorgverleners (n=4), managers (n=5), verzekeraars (n=4), beleidsmakers (n=9) en patiënten (n=2). Onder de ondervraagden waren ook twee revalidatieartsen en twee directeuren van revalidatiecentra. Centraal stond de vraag; wat zijn de gevolgen van de huidige bekostiging voor CVA-ketenzorg? Naast een inventarisatie van de problemen werden de respondenten ook uitgedaagd om oplossingen te bedenken.

PROBLEMEN MET HUIDIGE FINANCIERING

Uit de diverse interviews blijkt dat de huidige financiering niet de juiste prikkels geeft voor ketenzorg. Ten eerst onderkenden de geïnterviewden het ontbreken van een financiële prikkel om samen te werken. Nu bestaat daarvoor alleen een professionele prikkel tot samenwerking en kwaliteitsverbetering. Maar in het huidige stelsel worden slechts individuele verrichtingen vergoed, en geen collectieve processen. Er zijn geen sancties of consequenties voor zorgverleners die niet samenwerken. Zo lichtte een zorgaanbieder toe: *'Als je mensen beloont vanwege het feit dat zij zelf in staat zijn om geld binnen te halen, welke incentive leg je dan nog op samenwerking?'* Het huidige systeem geeft de prikkel om te handelen naar eigenbelang in plaats van het ketenbelang en daarmee niet in het belang van de patiënt met een beroerte. Organisaties of individuele zorgverleners worden vaak alleen betaald als ze *zelf* ook verrichtingen uitvoeren, ook al is dit niet altijd in het belang van de totale zorg voor de patiënt. Een onderzoeker: *'Ik zeg altijd dat het instellingselastiek sterker is dan het ketenelastiek. Als puntje bij paaltje komt kijk je toch eerst naar je eigen belangen.'*

Daarnaast is er geen financiële prikkel om doelmatig te werken. Voor veel instellingen is het hebben van lege bedden een groot financieel risico, en bestaat er de prikkel om deze bedden gevuld te houden. Het is onduidelijk wie er precies baat heeft bij doelmatig handelen van onderdelen van de keten. Vaak zijn de directe besparingen juist in andere onderdelen van de keten merkbaar. De prikkels zouden gericht moeten zijn op het verbeteren van kwaliteit, in plaats van

Johanneke Tummers MPH, student SUMMA Geneeskunde (Universiteit Utrecht) en student Gezondheidseconomie (Erasmus Universiteit Rotterdam)

Prof. dr. Guus Schrijvers, professor Public Health, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Universitair Medisch Centrum Utrecht

Dr. Anne Visser-Meily, revalidatiearts, Universitair Medisch Centrum Utrecht en Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht

op productie. De huidige financiering is gebaseerd op het aantal verrichtingen, wat volgens de experts niet leidt tot kwaliteitsverbetering. Deze verkeerde prikkels en gefragmenteerde betaling leiden volgens de experts tot diverse inefficiënties, waaronder heronderzoeken, verkeerde beddagen en ineffectieve overdrachtsmomenten.

Een ander belangrijk probleem is dat door de aparte geldstromen het niet mogelijk is om de keten als geheel aan te sturen. 'Veel ketens zijn een vrijblijvend en loshangend geheel,' zo formuleert één van de geïnterviewden het. Het is lastig om ketenpartners aan te spreken op hun zorggedrag. Volgens een manager is het makkelijker om doelmatigheid en kwaliteitsverbeteringen te bespreken als het geld op ketenniveau inzichtelijk is. De noodzaak voor één sturend lichaam of manager werd meerdere malen genoemd; 'anders blijven het een paar partijen die allen hun eigen belangen hebben, financieel en anderszins, die blijven botsen en wrijven met elkaar' aldus een manager.

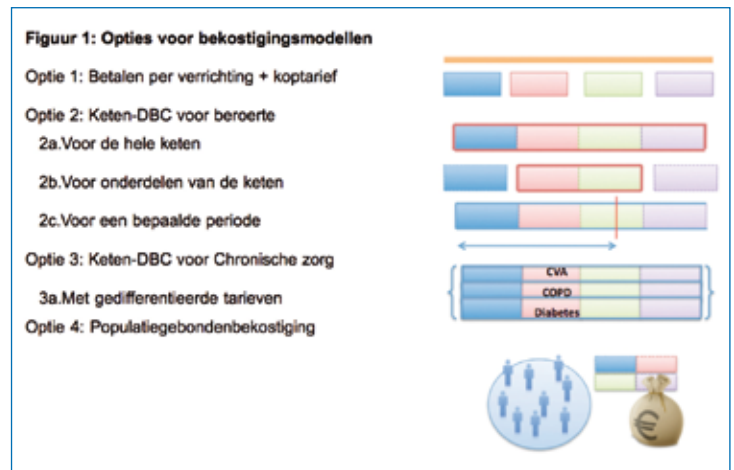
Daarnaast zorgt de gefragmenteerde bekostiging ervoor dat de patiënt niet meer centraal staat in de zorgverlening. De huidige zorg is aanbodgeoriënteerd in plaats van vraaggestuurd. 'De bekostiging is gebaseerd op de diagnose van de patiënt, en niet op de zorgvraag', volgens een verzekeraar.

Verder is het niet mogelijk als keten om geld van de ene schakel naar de andere ketenschakel door te sluiten. Bepaalde onderdelen of handelingen binnen de keten kunnen niet structureel worden vergoed binnen het huidige systeem, en er is een slechte verbinding met de AWBZ en WMO gelden, waar CVA-patiënten vaak aanspraak op maken.

WAT NU?

Is het dan allemaal kommer en kwel binnen de huidige CVA-zorg? Het antwoord is nee, gelukkig gaan er ook veel dingen goed. Juist de afgelopen tien jaar zijn er veel verbeteringen doorgevoerd in de organisatie van de ketens, en vindt er steeds meer samenwerking plaats.^{3,4} Uit bovengenoemde ervaringen van experts blijkt echter dat er nog veel belemmeringen zijn die goede ketenzorg in de weg staan.

We daagden de experts uit om oplossingen te benoemen, onder andere met de vraag; 'Wat zou een geschikte bekostigingsvorm voor CVA-zorg zijn?'. Diverse oplossingen werden genoemd waaronder het koptarief, keten-DBC en populatiegebondenbekostiging (figuur 1). Een koptarief is een extra bedrag bovenop de normale bekostiging waarmee de kosten voor de organisatie, samenwerking en transparantie van ketenzorg worden vergoed. Opties voor een CVA



Figuur 1.

keten-DBC zijn een DBC voor de hele keten, voor bepaalde onderdelen van de keten of voor een bepaalde periode in de keten. Daarnaast is er ook de optie om een integraal tarief te maken voor alle patiënten die chronische zorg nodig hebben. In een dergelijke chronische zorg-DBC is er evenveel geld beschikbaar voor CVA-patiënten als voor bijvoorbeeld patiënten met COPD of diabetes. Er was echter absoluut geen consensus onder de experts wat de beste integrale financieringsvorm voor CVA-zorg zou zijn. Voor elke oplossing bestond een minderheid. Volgens economische theorieën^{5,6} heeft elk model sterke en minder sterke punten als het gaat om verbeteren van kwaliteit van de zorg en het beperken van de kosten (tabel 1). Voldoende bewijs uit de praktijk die deze theoretische punten onderbouwen ontbreekt echter.

INTEGRALE FINANCIERING

Welke voordelen zou integrale financiering kunnen hebben voor CVA-zorg? Integrale financiering leidt volgens de respondenten tot een hogere kwaliteit van zorg door betere afstemming en een grotere patiëntgerichtheid. Daarnaast verhoogt integrale financiering de transparantie van de kosten, wat bewustwording vergroot en doelmatigheid kan bevorderen. Het zorgt ook voor onderlinge afhankelijkheden en collectieve verantwoordelijkheden, wat tot betere samenwerking kan leiden.

De experts benoemden echter ook een aantal knelpunten die een integrale financiering in de weg staan. Ten eerste past een integrale bekostiging niet in ons huidige financieringssysteem met zijn Budgettaire Kaders. Respondenten voelden ook dat marktwerking en ketenzorg elkaar in de weg staan; 'hoe ga je iets afspreken met elkaar als je ook moet concurreren?' Daarnaast werd de toename van oudere patiënten met comorbiditeit genoemd; integrale financiering per diagnose is mogelijk niet optimaal voor patiënten die meerdere aandoeningen hebben en hierdoor in

Tabel 1. Opties voor bekostigingsmodellen voor integrale CVA-zorg en de effecten ten aanzien van kwaliteit en betaalbaarheid van zorg.

		CVA-specifieke betaling					Betaling ongerelateerd aan diagnose	
		Per ver-richting ¹	Per ver-richting + koptarief	Keten-DBC			Integraal tarief voor chronische zorg	Populatie-gebonden bekostiging
				Hele keten	Gedeelte keten	Bepaalde periode		
Kwaliteit van zorg	Prikkel voor samenwerking	-	*	**	*	**	**	***
	Patiënt centraal	-	-	***	*	**	**	*
	Mogelijkheid tot centrale ketensturing	-	-	***	*	**	*	*
	Geschikt voor de patiënt met comorbiditeit	*	*	-	-	-	**	***
Betaalbaarheid	Prikkel voor substitutie 2e naar 1e-lijnszorg	-	-	**	*	*	**	***
	Beperken onnodig gebruik	-	-	**	*	**	**	***
	Voorkom machtsstrijd bij verdelen geld	***	***	-	*	-	-	-
	Verbeteren van inefficiënties	-	-	***	*	**	**	**
	Haalbaarheid implementatie	***	***	*	**	**	-	-

Bronnen: Mechanic (2009) en eigen inzicht auteurs

¹ Huidige situatie

*** = Hoog potentieel

** = Gemiddeld potentieel

* = Laag potentieel

- = Geen of negatief potentieel

verschillende ketens zouden vallen. Specifiek voor de CVA-keten werden de diversiteit in de patiëntenpopulatie en de verschillende zorgtrajecten als knelpunt genoemd om tot één integraal tarief te komen. Het bleek een gevoelig punt wie de ontvanger van het ketenbedrag moet zijn, en hoe dit verdeeld ging worden. De patiënten vreesden dat de machtsstrijd die kan ontstaan ten koste gaat van goede patiëntenzorg. Verder zijn er ook grote verschillen tussen bestaande CVA-ketens. Niet elke keten zou gebaat zijn bij hetzelfde financieringsmodel. Ook is er nog onvoldoende kennis over de gevolgen van een integrale financiering voor de kwaliteit, uitkomsten en kosten van zorg.

DISCUSSIE EN CONCLUSIE

Waarom moet er iets aan de financiering voor CVA-ketenzorg veranderen? Daar zijn twee redenen voor. Ten eerste is er een ander financieel klimaat aange-

broken. We zitten midden in een financiële crisis en tijden van schaarste breken aan, ook in de gezondheidszorg. Het is nu de tijd om de financiële prikkels te vinden die niet het zorgvolume bevorderen maar juist samenwerking en substitutie.

Ten tweede zijn er nieuwe inzichten uit het buitenland zoals de experimenten in *Gesundes Kinzigtal* waarover Medisch Contact in maart jl. berichtte⁷, maar ook uit ons eigen land, waar Achmea kort geleden publiceerde over de onverwacht hoge kosten over integrale bekostiging voor diabetes.⁸ Omdat we niet weten wat werkt in de Nederlandse context pleiten wij ervoor om eerst te gaan experimenteren op kleine schaal met verschillende financiële innovaties. Met name verzekeraars moeten het voortouw gaan nemen en financiële experimenten voor CVA-zorg opzetten. Door deze robuust te evalueren en te vergelijken met controle settings op toegankelijkheid, klinische kwaliteitsindicatoren, patiëntervaringen en

kosten worden ervaringen opgedaan. De financiële innovatie die leidt tot de beste geïntegreerde en doelmatige zorg rond de patiënt moet dan maar winnen. *What matters is what works.*

Samenvatting

- Volgens experts geeft de huidige financiering verkeerde prikkels voor samenwerking binnen CVA-ketenzorg.
- De resulterende tegengestelde belangen leiden tot inefficiënties en suboptimale kwaliteit van zorg.
- Doelmatigheid van CVA-zorg moet hoger op ieders agenda komen te staan.
- Experimenten zijn nodig om een geschikte vorm van integrale financiering te vinden.

3. Groot AJ de, Dussen L van der, Diepen EC van, Visser-Meily JMA: CVA revalidatie gaat samen beter. *Medisch Contact* 2010; 24:1161-1163.
4. Beusmans G, Limburg M, Courlander J, Edelbroek M, Franke-Barendse B, Gorp C van, Laar T van de, Middelkoop I, Raymakers D, Wimmers R: CVA zorg in kaart gebracht. *Medisch Contact* 2010; 9: 404-406.
5. Mechanic RE, Altman SH: Payment reform options: episode payment is a good place to start. *Health Affairs* 2009, 28(2) 262-271.
6. Jegers M, Kesteloot K, Graeve D De, Gilles W. A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy* 2002, 60: 255-273.
7. Maassen H. Geïntegreerde zorg in het Zwarte Woud. In *Medisch Contact*, 2012; 12: 690-693.
8. Edgar P, Sprangers N, Galiën O van der, Steensma C: Integrale bekostiging diabetes duur. *Medisch Contact* 2012, 16:991-992.

REFERENTIES

1. Franke CL, Vaartjes I, Bots ML. Beroerte samengevat. In: *Volksgesondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgesondheid*. Bilthoven: RIVM, <http://nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgesondheid\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Hartvaatstelsel\Beroerte versie 4.7, 22 maart 2012.
2. Minkman MM, Schouten LM, Huijsman R, Splunteren PT van: *Integrated care for patients with a stroke in the Netherlands: results and experiences from a national Breakthrough Collaborative Improvement project*. *International Journal of Integrated Care* 2005,5e14.

Reageren?

Een reactie op dit artikel wordt zeer op prijs gesteld. U kunt dit sturen naar:
NTR@revalidatiegeneeskunde.nl