



Discutabele doelmatigheid

Auteur(s):

Adang, E.M.M.

De auteur is werkzaam bij de afdeling Medical Technology Assessment van het Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Katholieke Universiteit Nijmegen.

Verschenen in:

ESB, 87e jaargang, nr. 4349, pagina 170, 1 maart 2002

Rubriek:**Trefwoord(en):**

zorg

Zorginnovaties die doelmatig lijken, worden vaak niet geïmplementeerd. Hoe komt dat? En hoe doelmatig zijn de innovaties eigenlijk als we de kosten van implementatie meewegen?

In de Nederlandse gezondheidszorg gaat jaarlijks ongeveer veertig miljard euro om¹, waarvan zo'n 72 procent publiek gefinancierd wordt². Er is een algemeen besef dat de gezondheidszorg efficiënter moet. De discussie over hoe de efficiëntie te vergroten, concentreert zich met name rondom het creëren van meer marktwerking, bijvoorbeeld door concurrentie tussen verzekeraars. Onderbelicht in deze discussie blijft dat de interne organisatie van de zorg en het feit dat kosten en baten bij verschillende partijen binnen én buiten de zorg neerslaan, een belemmering vormen om meer efficiënt bevonden zorg ook werkelijk te gaan aanbieden.

Substitutie vindt niet plaats

Zo'n vijftien jaar geleden, toen heroïsche innovaties zoals lever- en longtransplantatie mogelijk werden, ontstond bij de overheid en bij verzekeraars de behoefte om met een economische bril naar medische innovaties te kijken. Men wilde aan de hand van rationele criteria beslissingen nemen over de collectieve financiering van met name dit soort dure medische innovaties. Inmiddels is doelmatigheidsonderzoek in de zorg geïnstitutionaliseerd via het subsidieprogramma NWO-doelmatigheid. In deze context vindt op beperkte schaal (het budget is ongeveer negen miljoen euro) kosteneffectiviteitsonderzoek plaats naar de doelmatigheid van medische innovaties.

Het ligt voor de hand doelmatig bevonden behandelingen op te nemen in het zorgstelsel als reguliere zorg of als specifieke voorziening. Voorwaarde hiervoor is dat er substitutie optreedt: de kosten-effectievere behandeling vervangt alle andere behandelingen (substituten). Dit laatste gebeurt echter onvoldoende.

Als bijvoorbeeld door middel van betere beeldvormende diagnostiek, uitzaaiingen bij patiënten met een kwaadaardige tumor beter gelokaliseerd kunnen worden, is andere meer ingrijpende diagnostiek zoals open-dicht operaties, vaker overbodig. Dit betekent dat er capaciteit bij het ene specialisme vrijkomt, die vanuit doelmatigheidsoogpunt zou moeten worden aangewend binnen het specialisme dat de doelmatige innovatie uitvoert. Zoiets is binnen de huidige zorg onbespreekbaar. De consequentie hiervan is dat nieuwe kosten-effectieve zorg weliswaar wordt opgenomen in het zorgstelsel, maar dat van daadwerkelijke substitutie geen sprake is. Cruciale factor hierin is het feit dat de belangen van de individuele specialismenmaatschappen niet per se overeenkomen met die van het ziekenhuis³, noch stroken met het maatschappelijk perspectief - efficiënte inzet van collectieve middelen - van waaruit doelmatigheidsonderzoek wordt gedaan. Om implementatie van maatschappelijk efficiënte zorg te bewerkstelligen, is in zo'n geval actieve bemoeienis van de overheid noodzakelijk. De overheid zou de doelmatig bevonden zorg tot richtlijn kunnen verheffen en trachten het aanpassingsproces te versnellen via bijvoorbeeld scholing en voorlichting gericht op de specifieke beroepsgroepen. Het doen implementeren van een richtlijn kost echter geld en garandeert geen honderd procent adoptie van de efficiënte zorg. In dergelijke gevallen is het noodzakelijk ook de kosten van het overheidsingrijpen zelf mee te wegen bij de vraag of implementatie van meer doelmatige zorg lonend is. In ieder geval vraagt het om een behoedzame interpretatie van de uitkomsten van kosteneffectiviteitsonderzoek. De daarin gevonden gunstige maatschappelijke kosteneffectiviteitsratio kan in de praktijk zelden waar gemaakt worden.

Eerder ontslag patiënten niet goed voor ziekenhuis

In een aantal gevallen kan de doelmatigheid van behandelingen toenemen wanneer men patiënten eerder ontslaat uit het ziekenhuis en de traditionele ziekenhuiszorg (verpleegdagen) substitueert door thuiszorg. De laatste is doorgaans goedkoper. Ziekenhuizen hebben hiertoe echter weinig prikkels omdat zij met de latere ligdagen als het ware de dure eerste ligdagen kruissubsidiëren. De eerste dagen van opname in het ziekenhuis kenmerken zich door een verhoogde activiteit rondom de patiënt (wondverzorging, pijnstillers, antibiotica enzovoort), terwijl de dag voor ontslag nauwelijks meer activiteiten rondom het bed plaatsvinden. De marginale kosten van verblijf in een ziekenhuis dalen in de tijd. De huidige financiering maakt geen onderscheid tussen de eerste dag en de laatste voor wat betreft de vergoeding (verpleegdagentarief). Door verpleegdagen te substitueren voor thuiszorg blijven ziekenhuizen met de relatief dure eerste verpleegdagen zitten en nemen de gemiddelde kosten per verpleegdag toe, zonder dat dit via de vergoeding gecompenseerd wordt.

Invoering van een bekostigingsstructuur gericht op werkelijke kostprijzen per specifiek zorgproduct biedt hier soelaas⁴. Een initiatief op het terrein van bekostigingsstructuren in de zorg zijn de 'Diagnose Behandel Combinaties'. (DBC). Dit zijn beschrijvingen van

zorgproducten met bijbehorende kosten van zowel het ziekenhuis als de medisch specialist. Uitgangspunt van deze vorm van bekostiging is dat elke diagnose behandelcombinatie een prijs per ziekenhuis krijgt. Deze prijs vormt dan onderdeel van de onderhandeling tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Nadeel van deze systematiek is dat deze (vooralsnog) beperkt is tot de intramurale (ziekenhuis) zorg. Dit pleit in ieder geval voor een uitbreiding van de DBC's met de kosten van extramurale zorg.

Kosten in de zorg, baten erbuiten

Ook zijn er kosteneffectieve innovaties die vooral buiten de zorg besparingen opleveren, maar die binnen de gezondheidszorg juist meer kosten veroorzaken. Bijvoorbeeld innovaties die als belangrijk effect een kortere herstelperiode hebben, maar tevens meer gezondheidszorg gerelateerde kosten genereren. De minimaal ingrijpende chirurgie (kijkbuis operaties) in vergelijking met de conventionele chirurgie is hiervan een voorbeeld: de medische kosten liggen € 279 hoger, werkhervatting, en daarmee een verminderd beroep op de ziektewet, is echter dertien dagen eerder mogelijk ⁵.

Afstemming geldstromen gewenst

Idealiter zouden bij implementatie van dit soort innovaties financiële stromen op gang moeten komen van diegenen (buiten de patiënt om) die profiteren van de baten naar diegenen die de lasten dragen. Binnen de publieke sector is hiervan geen sprake. Dit is eigenlijk een vreemde gang van zaken. Met name omdat het in de gezondheidszorg gebruikelijk is om ten aanzien van innovaties te focussen op maatschappelijke doelmatigheid. De effecten van doelmatige zorg waaiëren uit over de gehele maatschappij, terwijl de kosten hoofdzakelijk door de gezondheidszorg gedragen worden. Dit pleit voor afstemming tussen ministeries en meer flexibiliteit in de aanwending van budgetten, in dit geval van de ministeries van VWS en SZW.

Afstemming met private sector

De private sector heeft op het terrein van een snelle herintreding in het arbeidsproces een aantal jaren geleden al initiatieven ontplooid met bedrijvenpoli's. Deze bedrijvenpoli's waren erop gericht wachtlijsten in de zorg te omzeilen en personeel van bedrijven weer snel terug te laten keren in het arbeidsproces. De discussie die hierdoor op gang kwam, werd gevoerd tegen de achtergrond van de toegankelijkheid van zorg. De zorg was niet meer voor iedereen even toegankelijk en tevens onttrokken bedrijvenpoli's capaciteit aan de reguliere zorg zodat daar extra wachtlijsten zouden ontstaan. Bedrijvenpoli's hebben deze discussie dan ook niet overleefd. Bedrijven die de voordelen van een snelle herintreding in het arbeidsproces onderkennen en de discussie omtrent de toegankelijkheid van de zorg willen vermijden,

zouden ziekenhuizen kunnen prikkelen innovaties gericht op een snellere werkhervatting te implementeren. Neem het voorbeeld van liesbreukoperaties uit de kolom hiervoor. Uit ons onderzoek kwam naar voren dat gemiddeld vijftig procent van patiënten met deze klacht, deel heeft aan het arbeidsproces. Uitgaande van gemiddeld 25.000 liesbreukoperaties per jaar gaat het om een totaal bedrag van € 279 x 25.000 = € 6.975.000 ⁶. Daartegenover staat een vermindering van het ziekteverzuim met 162.500 werkdagen (dat is vijftig procent van 25.000, maal dertien). De afweging die het bedrijfsleven moet maken is of een investering van € 42 per vermeden verzuimdag haar uiteindelijk een positieve netto contante waarde oplevert. Hier ligt een uitdaging voor werkgeversorganisaties om namens hun leden financieel te participeren in de implementatie van doelmatige zorginnovaties die voor hun achterban een gunstig effect hebben en geen discussie over toegankelijkheid oproepen. Men zou kunnen denken aan een door werkgeversorganisaties beheerd fonds waar zorginstellingen aan de hand van onderbouwde voorstellen, subsidies voor implementatie van doelmatige zorg kunnen vergaren.

Conclusie

In theorie doelmatig bevonden zorg kan in de praktijk aan doelmatigheid verliezen. Om gefundeerde beslissingen te nemen omtrent het implementeren van dergelijke zorg, dient de gevonden kosten-effectiviteitsratio gecorrigeerd te worden voor kosten die gerelateerd zijn aan implementatie van doelmatige zorg, aan imperfecte maatschappelijke samenwerkingsstructuren en daaruit voortvloeiende imperfecte herallocatie van middelen. Waar doelmatigheid overeind blijft, is meer afstemming van budgetten tussen de ministeries van VWS en SZW gewenst om de implementatiekansen van zorg die het ziekteverzuim terugbrengt, te vergroten. Het bedrijfsleven kan participeren in zorginnovaties die voor hen meerwaarde opleveren.

1 MEV 2002, Bijlage A11 Zorg, 1991-2002.

2 OESO, *Health database*, Parijs, 1998.

3 Zie ook E. Elsinga en H.A. Keuzenkamp, [Winst in de zorg](#), *ESB*, 30 november 2001, blz. 920-923.

4 Zie Elsinga en Keuzenkamp, *op. cit.* >860920, blz. 921.

5 Zie C.D. Dirksen, A.J.H.A. Ament, E.M.M. Adang e.a., Cost-effectiveness of open versus laparoscopic repair for primary inguinal hernia: a short and long term perspective, *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, jrg. 14, nr. 3, 1998, blz. 472-483.

6 SIG Health Care Information. *Trends in surgery 1984-1993*, Apeldoorn, 1995.