

Voer statistische kwaliteitscontrole in bij ziekenhuizen...

Begin juli sloot minister Edith Schippers van VWS een macroakkoord met ziekenhuizen en zorgverzekeraars over de beperking van de groei van de zorgkosten tot 2,5 procent per jaar. Verzekeraars en ziekenhuizen maken regionale afspraken over scherpere inkoop en concentratie van complexe zorg. Anders dan de minister verwacht zal de afspraak niet leiden tot betere kostenbeheersing omdat deze op macroniveau gemaakt is en niet aangrijpt bij de kostendrijvers in de zorg op microniveau. Het zijn het gebrek aan kwaliteitsmeting van het zorgproduct en daarop afgestemde incentives in het beloningssysteem die de kosten opdrijven.

De tijd dat ons land bekend stond als goedkoop zorgland ligt lang achter ons. Inmiddels scoort Nederland wat betreft het aandeel van de zorgkosten in het bnp op het gemiddelde van de OESO (tien procent). De zorgkosten groeien in ons land in de laatste jaren met zes à zeven procent per jaar sneller dan in enig ander OESO-land. Deze ontwikkeling bedreigt op termijn de solidariteit en toegankelijkheid van de zorg, evenals onze internationale concurrentiepositie. De minister moet dus wat doen om de uitgavengroei te beteugelen en kan zich geen gemakkelijke risico's veroorloven.

Blijkens CPB-cijfers heeft de groeiversnelling in de zorgkosten zich voorgedaan sinds 2005, het jaar waarin de strakke budgettering gedeeltelijk werd vervangen door het DBC-systeem (Diagnose Behandel Combinatie). DBC's belonen het aantal zorgverrichtingen, niet de kwaliteit daarvan. Of een verrichting effectief, fout, overbodig of minder doelmatig was, maakt geen verschil, evenmin of een (vermijdbare) complicatie bij de behandeling optrad. In de marktsector hebben we geleerd dat alleen effectieve en doelmatige dienstverlening moet worden beloond, en verspillingen niet. In de gezondheidszorg doen we dat niet en belonen wij inspanningen in plaats van resultaten. Geen wonder dat de kostengroei uit de hand loopt. Het macroakkoord bevat hier ook nog een pervers signaal: het stuurt enerzijds op kostenbeheersing, anderzijds wordt het segment behandelingen dat op verrichtingenbasis wordt beloond, uitgebreid van dertig naar zeventig procent.

Zorgverzekeraars die als regievoerders in de zorg een kritische positie innemen, trachten steeds meer te sturen op kwaliteitsverbetering, maar hebben daarvoor onvoldoende informatie. Voor complexe aandoeningen zoals borstkanker sturen zij negatief op kwaliteit door ziekenhuizen uit te sluiten die niet toekomen aan een minimaal behandelvolume. De behandelingschaal is echter een ruwe kwaliteitsmaatstaf waarbij de relatie tussen volume en kwaliteit slechts voor enkele behandelingen is aangetoond. Uit de Dutch Hospital Data blijken geen significante kwaliteitsverschillen tussen kleine en grote ziekenhuizen. Daarnaast is de vermeende kostenreductie door schaalvergroting geen uitgemaakte zaak. Ook

zorgverzekeraars hebben voor de sturing dus een objectieve en operationaliseerbare kwaliteitsmaatstaf van het zorgproduct nodig. Sinds kort is een nieuwe geoperationaliseerde kwaliteitsmaatstaf voor de zorg beschikbaar: de gezondheidswinst van de behandeling. Deze berust op een statistisch kwaliteitscontrolesysteem dat wordt gebruikt om de kwaliteit van het behandelproces te bewaken en de gezondheidswinst te meten. De gezondheidswinst is de meerwaarde die ontstaat als gevolg van een behandeling en wordt bepaald door de gezondheid voor en na behandeling te meten. Met het oog op de doelmatigheid worden ook de voor de behandeling gemaakte onkosten geregistreerd. De benodigde gegevens voor deze metingen worden ontleend aan de zorgpaden (behandelprotocollen) die door de verschillende professionele verenigingen van artsen voor de tachtig meestvoorkomende aandoeningen zijn ontwikkeld. Dit systeem is getest op de intensivere afdeling van een klein ziekenhuis waar het nu ruim één jaar draait. In dat jaar kon op grond van de aangemelde behandelingen een theoretische gezondheidswinst van 10.043 punten worden behaald. In de praktijk werd een gezondheidswinst van 7.568 punten gerealiseerd. Er is dus ruimte voor verbetering. De financiële prikkel hiertoe ontstaat indien de beloning wordt gericht op de geleverde gezondheidswinst. De gezondheidswinst werd overigens behaald in twintig procent minder behandelingsuren dan was verwacht. Met behulp van deze methodiek kan de kwaliteit van de behandeling *real time* worden geëvalueerd. De effectiviteit en doelmatigheid van de behandeling worden voor alle belanghebbenden – patiënten, zorgaanbieders, ziekenhuismanagement, zorgverzekeraar en de overheid – in begrijpelijke termen uitgedrukt. Als resultaat van het gebruik van de methode worden naast doelmatige ook niet-doelmatige vormen van zorg zichtbaar. Een defensieve behandeling, overbehandeling, onderbehandeling, verkeerde behandeling en complicaties worden onafhankelijk van de zorgaanbieder gedetecteerd. Dit betekent dat de rendementsverliezen kunnen worden aangepakt. Op deze manier kunnen ook gezonde incentives worden ingevoerd en kunnen onnodige zorgkosten voorkomen worden. Behandelingen kunnen dan zorgproducten worden die op kwaliteit worden beloond. Minister, zorgverzekeraars en ziekenhuizen moeten het macroakkoord handen en voeten geven door de invoering van statistische kwaliteitscontrole bij de ziekenhuizen.



PAUL VAN DEN BERG
Anesthesioloog-intensivist en kwaliteitsconsultant in de zorg



DICK VAN DER LAAN
Voormalig directievoorzitter van Arbo Unie



PIA DIJKSTRA
Tweede Kamerlid bij D66

...Ja, maar beloon ook goede samenwerking in de zorg.

Paul van den Berg en Dick van der Laan stellen dat het minister Schippers niet zal lukken om de kosten van ziekenhuiszorg beter te beheersen. Zij noemen drie redenen: het macroakkoord houdt onvoldoende rekening met dat wat er in de spreekkamer gebeurt, het is tot op heden onvoldoende duidelijk wat een patiënt opschiet met een behandeling en het maakt nu geen enkel verschil of je goede of slechte zorg levert, je krijgt er toch wel voor betaald. Ik ben het op deze drie punten helemaal met hen eens. Ik vind met Van den Berg en Van der Laan dat de uitkomsten van behandelingen – de prestaties van ziekenhuizen – centraal zouden moeten staan bij de beoordeling van de kwaliteit van zorg.

Ik juich de door Van den Berg en Van der Laan geschetste ontwikkeling van de nieuwe methode toe waarin behaalde gezondheidsverbetering van de patiënt meetbaar wordt en centraal staat. Met die nieuwe maatstaf is het ook mogelijk om een koppeling te maken tussen de kwaliteit en de kosten van zorg. Zo wordt het veel inzichtelijker wie het goed en wie het minder goed doet. Patiënten zijn daardoor beter in staat om te kiezen door wie zij behandeld willen worden. Zorgverzekeraars kunnen zo een veel betere vergelijking maken tussen de verschillende ziekenhuizen, en goede zorg voor hun verzekerden inkopen. Artsen moeten veel meer dan nu het geval is geprikkeld worden om bewuste behandelkeuzes te maken. Ik heb het dan niet alleen over bijvoorbeeld het beste medicijn, maar ook over het goedkoopste beste medicijn. Uit onderzoek blijkt namelijk dat de praktijkvariatie in verschillende Nederlandse ziekenhuizen jaarlijks 1,3 miljard euro kost. Dat is weggegooid geld. Ik heb daarom in april van dit jaar met steun van de Kamer de minister verzocht om dit aan te pakken. Heldere landelijke richtlijnen, aangescherpte aanspraken op verzekerde zorg en betere inspraakmethoden voor patiënten staan wat mij betreft centraal in die aanpak.

Ik heb overigens al goede voorbeelden gezien van patiëntregistraties, zoals de DREAM-studies bij reumapatiënten. Door die registraties te koppelen aan de door artsen en ziekenhuizen geopende DBC's, wordt inzichtelijk of men verantwoord omgaat met bijvoorbeeld het voorschrijven van dure TNF-alfaremmers en hoe succesvol behandelingen zijn. Dat is een goede manier om niet alleen het aantal verrichtingen, maar ook de kwaliteit ervan in kaart te brengen. Ik ben het met Van den Berg en Van der Laan eens dat resultaat moet tellen. Daarom heb ik de minister verzocht om dat type patiëntregistraties vanaf 2013 als voorwaarde voor zorgcontractering te stellen. Ook dit verzoek is door de Kamer gesteund en de minister laat de NZa hier nu onderzoek naar doen. We willen dat straks effectieve en doelmatige behandelingen beloond worden

en dat verspilling wordt tegengegaan. Ik verwacht bovendien dat zorgverzekeraars hun regierol hierin zullen verbeteren. Zij dragen straks immers voor de volle honderd procent het risico als zij te veel geld uitgeven aan minder goede zorg.

Wat ik mis in het verhaal van Van den Berg en Van der Laan is de beloning voor goede samenwerking in de zorg, ook wel ketenzorg of zorgnetwerken genoemd. Het op individueel niveau belonen van specialisten zet niet direct aan tot samenwerking. Ik vind dat er veel meer netwerken van samenwerking moeten komen rondom patiënten met chronische aandoeningen. En die moeten dicht bij de mensen thuis georganiseerd worden. De zorg wordt er beter van en het is veel goedkoper. Hetzelfde geldt voor taakherschikking. Verpleegkundig specialisten, *nurse practitioners* en *physician assistants* kunnen prima taken overnemen van medici. Zij zijn goedkoper inzetbaar en hebben vaak meer tijd voor de patiënt. Maar hoe je de ziekenhuiszorg ook organiseert, kwaliteitsmaatstaven blijf je nodig hebben. Door kwaliteit te toetsen en te belonen worden artsen en andere disciplines in het ziekenhuis op de juiste manier geprikkeld om te doen waar zij goed in zijn: zorg verlenen! Dit kabinet beloofde orde op zaken, maar dat lukt minister Schippers vooralsnog niet. Ik heb de minister dit voorjaar gevraagd om voor de periode 2011–2015 meetbare doelstellingen over de prestatiebekostiging te formuleren en de Kamer tussentijds te informeren over het al dan niet behalen daarvan. 2,5 procent minder groei van de zorgkosten is te realiseren, maar dan moet de kwaliteit van de zorg wel centraal staan in het beleid. Daarnaast denk ik dat we ook een bredere discussie moeten voeren over het verhogen van de eigen bijdrage en bijvoorbeeld een systeem als zorgsparen.