
*Kwaliteit als
medicijn*

&

Aanpak voor
betere zorg en
lagere kosten

Contactinformatie

Amsterdam

Sander Visser

Partner, PwC Netherlands

+31-88-792-0021

sander.visser

@strategyand.nl.pwc.com

Over de auteurs

Sander Visser is partner bij PwC Strategy& en leidt zowel de zorgpraktijk van Strategy& als van PwC in Europa. Hij zet zich tijdens zijn projecten vooral in op het verbinden van kwaliteit, persoonsgerichtheid en bekostiging. Hij werkt zowel met ziekenhuizen, eerste lijn en zorgverzekeraars.

Jan Kremer is senior executive advisor bij Strategy& en Hoogleraar patiëntgerichte innovatie in het Radboudumc in Nijmegen. Daarnaast is hij lid van de raad van toezicht van het OLVG, voorzitter van de Kwaliteitsraad van het Zorginstituut Nederland en lid van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS).

Rudi Westendorp is Hoogleraar Interne Geneeskunde aan het LUMC Leiden en directeur van de Leyden Academy on Vitality and Aging.

Ab Klink is Lid raad van Bestuur van Coöperatie VGZ en Hoogleraar 'Zorg, arbeid en politieke sturing' aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Hij was minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in het kabinet Balkenende IV.

This report was originally published by Booz & Company in 2012.

Samenvatting:

Kwaliteit als medicijn

Bestaande recepten voldoen niet meer

Zorgkosten stijgen jaar in jaar uit. Veel recepten zijn toegepast om de zorgkosten te beteugelen, maar met wisselend succes en vaak ten koste van toegankelijkheid. Hogere eigen bijdragen en het fors uitdunnen van het verzekerd pakket kunnen de zorgvraag beperken. Maar dan komen de solidariteit en toegankelijkheid van de zorg onder druk te staan. Budgetteren van de zorgaanbieder, een andere mogelijkheid, leidt al snel tot minder innovaties en lange wachtlijsten. Lagere toegankelijkheid, lange wachtlijsten en minder innovaties zijn maatschappelijk echter niet aanvaardbaar en ongewenst. Wel heeft de zorginkoop door verzekeraars de laatste jaren geleid tot een daling van de prijzen per behandeling, maar het is vooralsnog onvoldoende gelukt om volumestijgingen te beperken.

Andere prikkels: kwaliteit belonen als nieuw recept

Iedereen wil goede zorg; patiënten en zorgverleners voorop. En goede zorg is goedkope zorg. Dus het realiseren van zo goed mogelijke zorg lijkt een droomoplossing voor het probleem van de stijgende zorgkosten.

Maar het flink verbeteren van de zorg komt onvoldoende van de grond. Dat komt vooral door te eenzijdige prikkels in ons stelsel. Zorgverleners worden vooral betaald voor het aantal verrichtingen, niet voor het realiseren van zo veel mogelijk gezondheidswinst. Daardoor ontstaat al te snel overbehandeling. Dat is niet alleen duur, maar soms ook gevaarlijk voor patiënten. We dreigen in een ongewenste spiraal te belanden waarin steeds minder tijd beschikbaar is voor goede zorg. Om de kosten te bestrijden wordt nu vooral ingezet op efficiency. Streven naar efficiency leidt tot minder tijd voor de patiënt, om bijvoorbeeld uit te leggen dat niet opereren soms beter is. Dat leidt tot meer en onnodige behandelingen en dus tot te hoge kosten. Meer behandelingen vergroten de roep om nog grotere efficiency, etc. etc.

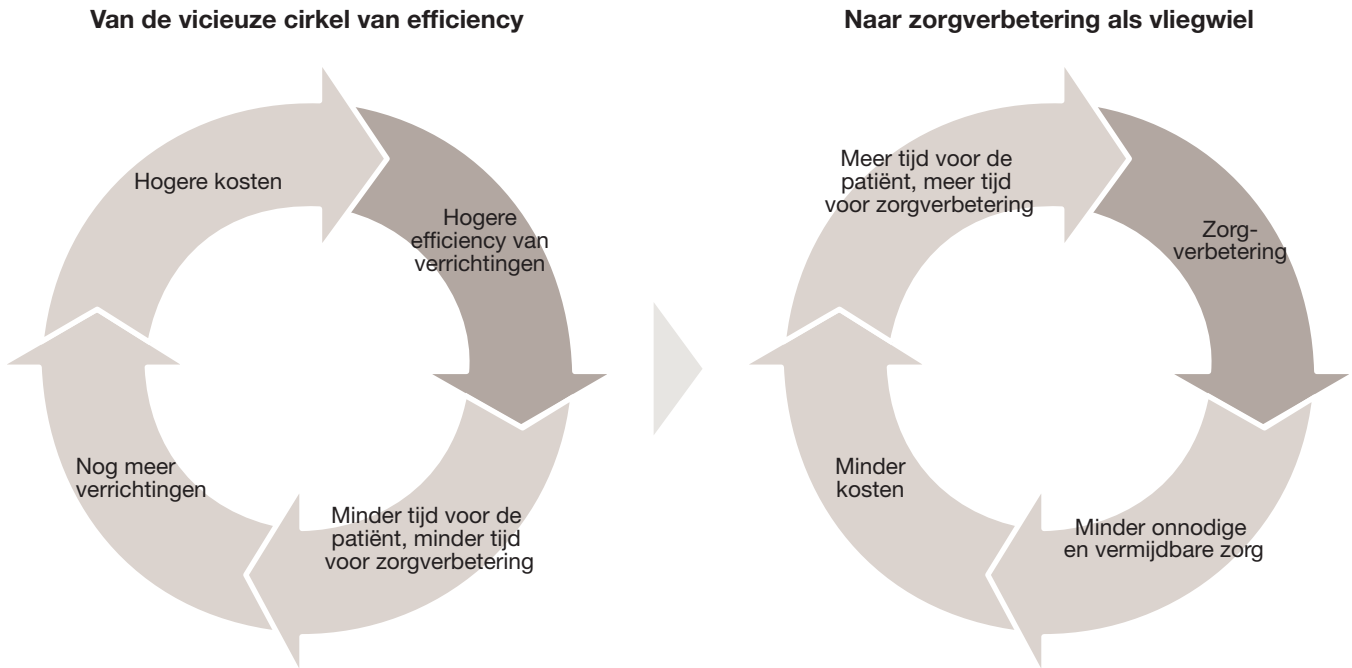
Ook gefragmenteerde financiering leidt tot verkeerde prikkels. Betere zorg en innovatie vergen vaak een samenspel tussen individuele zorgverleners en instellingen, bijvoorbeeld tussen huisarts en ziekenhuis. Vaak komt dit samenspel moeilijk van de grond, omdat het ten koste gaat van één van de betrokken partijen en daardoor per saldo niet effectief is. Ketenzorg voor diabetes en voor COPD patiënten is op veel plaatsen bijvoorbeeld goed van de grond gekomen in de eerste lijn, maar heeft nog niet geleid tot een verlaging van de ziekenhuiskosten.

Strategy& stelt een aanpak voor waarbij het realiseren van gezondheidswinst door de werkvloer wordt beloond, bijvoorbeeld door versterking van de eerste lijn, het verbeteren van therapietrouw en het steviger inzetten op medicatieveiligheid. Zorgverleners worden uitgenodigd kwaliteitsinitiatieven te initiëren die zichzelf terugbetalen door onnodige (en daardoor soms zelfs schadelijke) en vermijdbare zorg te voorkomen. De kostenverlaging van deze initiatieven wordt per situatie doorgerekend in samenwerking met de verzekeraar. De opbrengsten kunnen worden gebruikt om de kwaliteitsinspanningen te belonen. Zo buigen we de spiraal om: meer tijd voor zorgverbetering, minder onnodige en vermijdbare zorg, minder kosten, en nog meer tijd voor kwaliteit (*zie figuur 1*).

Op basis van eigen analyses en gesprekken met zorgverleners hebben we drie pijlers geïdentificeerd die zullen leiden tot betere en minder zorg. Op de eerste plaats het verminderen van overbehandeling en praktijkvariatie (bijvoorbeeld bij dotteren of prostaatoperaties). Op de tweede plaats patiënten beter in staat stellen om mee te beslissen bij medische keuzes. Dat beperkt hun gevoel van afhankelijkheid en leidt aantoonbaar tot betere en goedkopere keuzes. Tenslotte, de zorg organisatorisch beter inrichten (o.a. integrale diagnostiek en behandeling, integrale begeleiding van chronisch zieken, versterking van de eerste lijn). Dat zal complicaties en vervolggkosten vermijden, en leiden tot het verlenen van zorg waar deze het beste en meest doelmatig kan plaatsvinden.

Er is potentie om € 4 tot 8 miljard van de naar schatting € 30 miljard — en jaarlijks 5% stijgende — uitgaven in de curatieve zorg te besparen, juist door ook de kwaliteit te verhogen. Deze € 4 tot 8 miljard is niet een gemakkelijk in te boeken besparing. Een systematische en gezamenlijke aanpak van zorgverleners, ziekenhuizen, verzekeraars en patiënten is nodig om de kwaliteit daadwerkelijk te verbeteren en om te werken aan het reduceren van de kosten voor de zorg. De verbeterslag is haalbaar, ook al kan gelukkig worden gesteld dat het Nederlandse stelsel ook nu al tot de beste van de wereld behoort, getuige ook de vele internationale vergelijkingen (o.a. bij de European Consumer Health Index van het Health Consumer Powerhouse en van het Commonwealth Fund in de VS).

Figuur 1
Van efficiency naar kwaliteit



Bron: Strategy&

Een aanbod aan zorgverzekeraars

Onze aanpak is voor zorgverzekeraars de manier om de passie en intrinsieke motivatie van de zorgverleners te vertalen in betere en goedkopere zorg voor de verzekerde. Het systematisch en versterkt inzetten op kwaliteit zal bijdragen aan een constructieve sfeer tussen verzekeraar en aanbieder. Zorgverzekeraars kunnen regio voor regio en ziekenhuis voor ziekenhuis met onze aanpak aan de slag.

Onze aanpak maakt naar onze overtuiging het vak van zorgverlener weer leuker. Zorgverleners en patiënten zien beter dan wie dan ook waar verbeteringen mogelijk zijn. Zij ervaren elke dag waar de hiaten in de organisatie en bekostiging van de zorg zitten en waar kwaliteit kan worden verbeterd. Zij werken vanuit de ambitie om de beste zorg te leveren en beseffen als geen ander dat meer zorg niet altijd betere zorg betekent.

Dokters anders belonen

Meer verrichtingen hoofdoorzaak stijgende zorgkosten

Als we de stijgende zorgkosten geen halt toeroepen, zal er op termijn sluipenderwijs een zorgcrisis ontstaan, die qua proporties lijkt op de huidige financiële crisis. De Studiegroep Begrotingsruimte van de regering berekende dat het groeitempo van 2001–2009 er toe zal leiden dat in 2040, 50–55% van de collectieve uitgaven en 22% van het BBP wordt besteed aan de zorg. Dit wordt onbetaalbaar en bovendien zal het benodigde personeel vanwege de vergrijzing niet beschikbaar zijn.

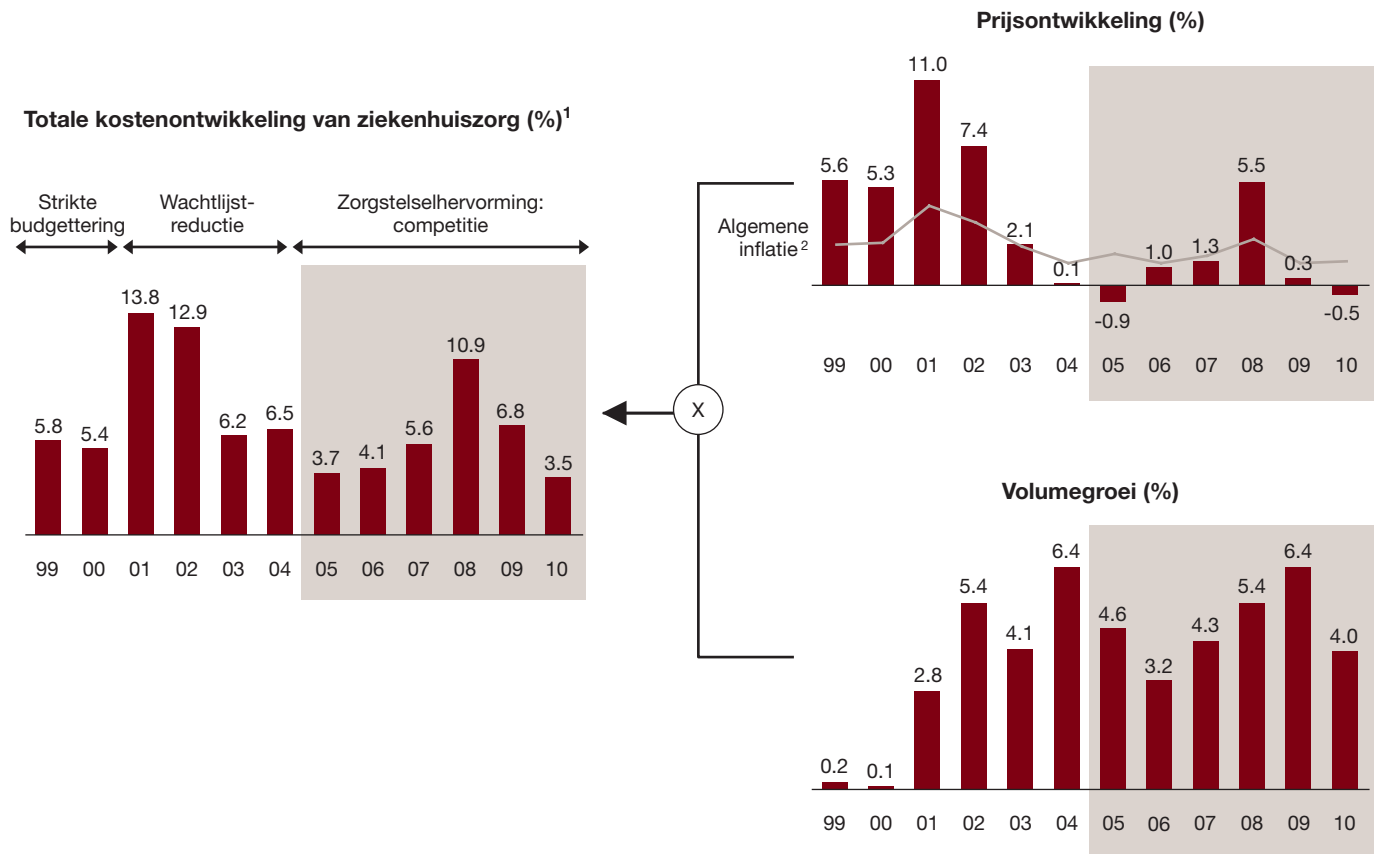
Figuur 2 geeft aan dat die groei, in de ziekenhuizen, momenteel vooral wordt veroorzaakt door het aantal behandelingen, niet (meer) door de prijzen per behandeling. In de eerste helft van het vorige decennium kan de sterke volumegroei worden verklaard door het wegwerken van de genoemde wachtlijsten die voortvloeiden uit het budgetteringssysteem van de vorige eeuw. Deze waren ontstaan door het budgetstelsel van de jaren negentig. Sinds 2005–2006 groeit het volume echter nog steeds gemiddeld met 4–5% per jaar.

In tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht, is vergrijzing niet de belangrijkste oorzaak. Vergrijzing verklaart niet meer dan 0,6 procentpunt van de jaarlijkse volumegroei (*zie figuur 3*). Ook in de komende twintig jaar zal het effect van de vergrijzing niet boven de 1% groei per jaar uitkomen.

We betalen te eenzijdig voor meer zorg en juist niet voor betere zorg

Een eerste belemmering voor betere zorg is dat er (te eenzijdig) wordt betaald voor aantallen verrichtingen. Dit is een probleem omdat goede zorg ook heel vaak bestaat uit het niet behandelen, na zorgvuldig met de patiënt de verschillende behandelopties te hebben overwogen. Goede zorg bestaat ook uit het vermijden van complicaties, of uit het begeleiden van een patiënt bij een al geïnitieerde behandeling. Een neuroloog die zorgvuldig overlegt met de patiënt — en wellicht met

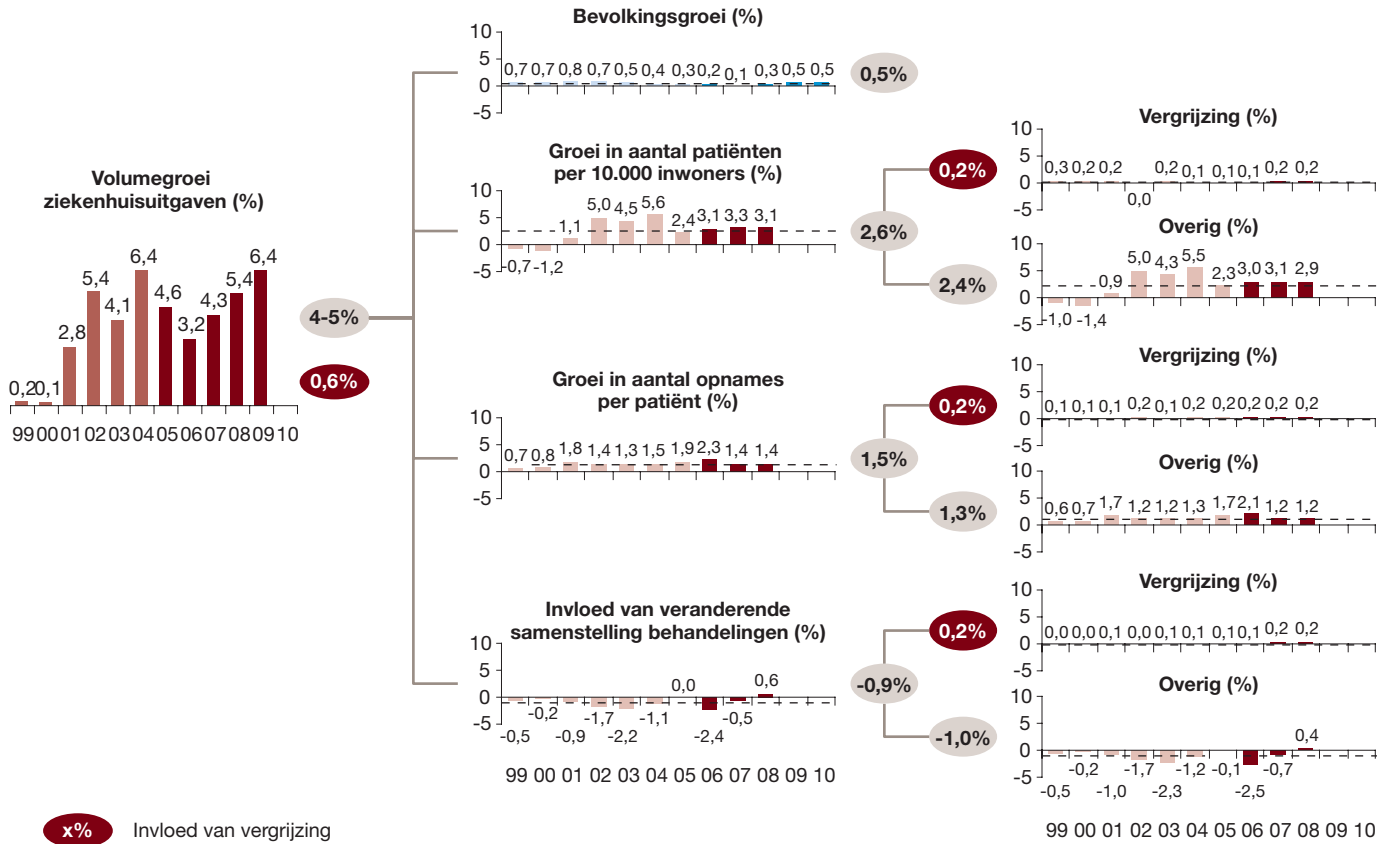
Figuur 2
Volumegroei is de belangrijkste oorzaak van kostengroei



1) Inclusief dag en/of nacht kosten en specialistische zorg; 2) Consumenten prijsindex CBS

Bron: Zorgrekeningen: Uitgaven bij huidige en constante kosten (CBS Statline); Zorgbalans (RIVM 2010); Stijging Zorgkosten ontrafeld, VGE, Marktscan Medisch specialistische zorg 2011; Strategy& analyse

Figuur 3
Vergrijzing verklaart slechts 0,6% van de volumegroei



Bron: Strategy&

meerdere familieleden — over het wel of niet uitvoeren van een herniaoperatie verleent uitstekende zorg. Toch mist hij of zij de nodige inkomsten voor zichzelf en het ziekenhuis als de patiënt vervolgens besluit toch maar af te wachten. Dat knelt, zeker met de toenemende financiële druk op ziekenhuizen en soms ook op zorgverleners.

Betalen per verrichting is grotendeels geïntroduceerd met het zorgstelsel van 2005/2006. Het nieuwe zorgstelsel was een antwoord op de lage productiviteit binnen het oude budgetstelsel. De lage productiviteit veroorzaakte rond de millenniumwisseling lange wachtlijsten. Deze wachtlijsten waren een bron van groot publiek ongenoegen, vandaar de terechte zoektocht naar een nieuw stelsel. De grondgedachte van de stelselherziening was het bevorderen van concurrentie waardoor de prijzen zouden dalen. De dalende prijzen zouden de groei van de zorgvraag voor een belangrijk deel moeten ondervangen. Het nieuwe stelsel heeft de doelstelling van productiviteitswinst ook gerealiseerd. Wachtlijsten zijn niet meer teruggekeerd, de reële prijzen zijn gedaald (*zie figuur 2*) en het aantal innovaties is toegenomen. Voor het volume oprijvend effect van het betalen per behandeling— of dit nu plaats vond op basis van vaste prijzen of vrije prijzen — is echter nog geen brede en adequate oplossing gevonden.

Wel zijn er op sommige onderdelen stappen gezet, zoals bij de herijking van de prestatiebeschrijvingen voor apothekers. Dit is gestart in 2009 als eerste aanzet voor een beoogde bredere herijking van de bekostigingsstelsels in de zorg. De doelstelling daarvan was uitdrukkelijk om een stelsel te verlaten waarin alleen volume en geen zorgverbetering wordt betaald. Ook rond de chronische ziekenzorg zijn stappen gezet om samenhang en uitkomsten centraal te gaan stellen. (Zie in dat verband ook het begrotingsdebat VWS in de Tweede Kamer der Staten-Generaal in november 2009.)

Het probleem van volumedruk speelt niet alleen voor vrij gevestigde specialisten, maar ook voor specialisten in loondienst, zoals blijkt uit recent onderzoek van het CPB. Er is een grote budgettaire druk op ziekenhuizen. Ziekenhuizen hebben hoge vaste lasten en zijn gewend geraakt aan de jaarlijkse inkomstenstijgingen. Daarop hebben zij ook hun toekomstplannen gebaseerd, inclusief de uitbreiding van huisvesting en aanschaf van kostbare apparatuur. In verschillende ziekenhuizen verifieert de afdeling planning wekelijks bij de afdelingshoofden of iedereen nog op schema ligt wat betreft de aantallen geplande behandelingen. Als het aantal verrichtingen achterblijft, volgt een discussie over hoe de achterstand weer in te halen. Vanuit een optiek van gezonde bedrijfsvoering is dat wellicht begrijpelijk, maar vanuit een oogpunt van kwalitatief goede zorg en het voorkomen van (risicovolle) overbehandeling onaanvaardbaar.

Het constateren van een te hoge volumegroei is geen naïeve aanklacht tegen de professionele integriteit van zorgverleners. Beleidsmakers en patiënten beseffen vaak niet hoe groot het grijze gebied bij een indicatiestelling is. Wanneer zijn slijtageverschijnselen aan de heup reden om tot vervanging over te gaan: als iemand geen half uur meer kan sporten of als de slijtage echt invaliderend is? Wanneer is het regelmatig verkouden zijn van een kind reden om de tonsillen te gaan verwijderen? Wanneer zou er gestopt moeten worden met de behandeling van terminaal zieke patiënten? Wanneer kan een chronisch zieke weer worden overgedragen aan de eerste lijn?

De grote praktijkvariatie tussen regio's en specialisten geeft ook aan dat de medische wetenschap eerder als uitzondering dan als regel eenduidige antwoorden paraat heeft. Binnen het soms grote grijze gebied van de gangbare medische praktijk, kunnen financiële prikkels de behandelkeuzes van artsen indirect beïnvloeden. Soms kan het effect ook heel direct zijn. Uit recent Amerikaans onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat het aantal echocardiografie stresstesten zeven maal vaker werd uitgevoerd nadat hiervoor betaaltitels werden geïntroduceerd.

Ook gefragmenteerde betaling belemmert betere zorg

Niet alleen volumebekostiging, maar ook de fragmentatie in het stelsel zorgt ervoor dat kwaliteitsinitiatieven onvoldoende van de grond komen. Kwaliteitsinitiatieven lopen niet zelden stuk op financiële belangen van betrokken partijen. Die belangen lopen niet parallel en kunnen een optimale oplossing in de weg staan. Bijvoorbeeld de verschuiving van ziekenhuiscare naar behandeling door huisartsen of praktijkassistenten verlaagt de kosten en verhoogt vaak de kwaliteit van de behandeling en de patiëntervaring. Daardoor raakt het ziekenhuis echter volume kwijt en lijdt het inkomstenverlies. Dan treedt het subtiele mechanisme op dat het aanbod al snel zijn eigen vraag schept, zo blijkt ook uit recent onderzoek van het CPB. Door het grote grijze gebied bij indicatiestelling zijn er voor ziekenhuizen en individuele artsen mogelijkheden en prikkels om medisch aanvaardbaar op een andere wijze compenserende inkomsten te genereren. De kostenbesparing door verplaatsing van zorg naar de eerste lijn wordt dan direct teniet gedaan. Sterker nog, er wordt door de samenleving dan dubbel betaald: voor de extra patiënten in de eerste lijn en voor de alleen in theorie vrijgevallen capaciteit. Die blijkt langs andere wegen opnieuw te zijn ingezet. Dit fragmentatieprobleem speelt tussen eerstelijnszorg en tweedelijnszorg, maar ook tussen ZVW en AWBZ en tussen zorg en arbeid. Dat is niet alleen ontmoedigend, het blokkeert vernieuwing op voorhand.

Betalen voor zorgverbetering

In onze aanpak creëren we de voorwaarden om de medische professional in staat te stellen deze kwaliteitsinitiatieven wel integraal uit te voeren. Zoals Jeroen van Breda Vriesman, bestuurslid van Achmea, onlangs betoogde: “De toegankelijkheid en de betaalbaarheid zijn gediend met een verbetering van kwaliteit”. Dat doen we door te betalen voor kwaliteitsinitiatieven die vooraf zijn doorgerekend. Daartoe stellen we voor om de vrijkomende middelen deels terug te geven aan de zorgverlener om de vaste lasten te dekken en verdere investeringen in kwaliteitsinitiatieven mogelijk te maken. We betalen binnen onze aanpak op een directe manier voor kwaliteitsinitiatieven die de gezondheidswinst opleveren en er ontstaat een direct verband tussen de kwaliteit van de zorgverlening en de bekostiging. De productiviteitsprikkel blijft behouden, maar wordt aangevuld door te gaan betalen voor kwaliteits-productie. Verzekeraars contracteren en monitoren dan zowel productiviteit als kwaliteit.

Aanpak past in het huidige stelsel

Onze aanpak betekent geen breuk met het huidige stelsel. Voor verzekeraars biedt ons recept een kans om binnen het huidige zorgstelsel gebruik te maken van de intrinsieke motivatie van professionals. Het werken aan en betalen voor kwaliteitsinitiatieven en het sturen op gezondheidswinst is een uitstekende manier om de rol van de zorgverzekeraar verder in te vullen. De zorginkoop richt zich dan niet primair op verlaging van behandelkosten maar primair op kwaliteit, en op het realiseren van de kostenvoordelen van kwaliteit.

Saving lives and costs (het motto van Obama in 2008) kan alleen worden gerealiseerd als het redden van levens ook wordt beloond. Die ziekenhuizen en zorginstellingen die kiezen voor kwaliteit zouden voorkeuraanbieders moeten zijn van verzekeraars. Hun beloning bestaat eruit dat zij de beste contracten krijgen van verzekeraars. Het beste ziekenhuis krijgt de meeste patiënten. Huisartsen zullen hun patiënten ook bij voorkeur verwijzen naar deze zorginstellingen. Zij willen immers het beste voor hun patiënten. Niet-deelnemende ziekenhuizen zouden de verzekerde patiënten moeten zien vertrekken en in capaciteit terug moeten. De discussie over het sluiten van ziekenhuizen kan vervolgens worden gevoerd op basis van de kwaliteit van zorg. Kwaliteit moet en kan leidend zijn bij zowel het betalen als het plannen van zorgcapaciteit.

De productiviteitsprikkel blijft behouden, maar wordt aangevuld door te gaan betalen voor kwaliteitsproductie

Drie pijlers voor zorgverbetering

Een houdbare oplossing voor het probleem van de stijgende zorgkosten zal een antwoord moeten bieden op de sterke stijging van de aantallen behandelingen. Onze aanpak van betere zorg remt de groei van het aantal behandelingen af, omdat deze de noodzakelijke zorg splitst van onnodige. Bij puur budgetteren of capaciteit sluiten (hele ziekenhuizen of afdelingen) is de volumevermindering puur kwantitatief. Het raakt zinnige en minder zinnige zorg. De hoop dat de druk van de budgetten tot een goede schifting leidt is ongegrond. Zo werkte het nog nooit en dat ligt ook voor de hand: er komt geen extra tijd voor betere zorg, samenwerking, etc. De druk van de wachtlijsten zet opnieuw de tijd van specialisten onder druk. Budgetteren en snijden in het aanbod werken financieel wellicht, maar gaan al snel ten koste van de kwaliteit en ook toegankelijkheid. De inhaalslag volgt dan jaren later, als de maatschappelijke druk is opgelopen. In een systeem met vaste budgetten zou betere zorg nodig zijn om wachtlijsten te voorkomen, in ons huidige systeem is het nodig om de groei van het aantal behandelingen af te buigen. Bij artsen en andere zorgverleners bestaat de brede intentie om de zorg kwalitatief beter en goedkoper te maken, en daarmee de toegankelijkheid te garanderen. De meeste specialisten en vele bestuurders willen af van de volumedruk en de intrinsieke motivatie voor betere zorg de ruimte geven.

Onze inschatting is dat er potentie is om €4 tot 8 miljard van de naar schatting €30 miljard uitgaven in de curatieve zorg te besparen door kwaliteitsinitiatieven te stimuleren en in te voeren. We staan daarin niet alleen, bijvoorbeeld ook de Nijmeegse hoogleraar Kwaliteit van Zorg Richard Grol schat dat zeker 20–25% van de zorg onnodig of vermijdbaar is. Onze aanpak is geen simpel wondermiddel en er kan niet moeiteloos €8 miljard op korte termijn worden opgehaald. Maar met een systematische en gezamenlijke focus op betere zorg en het elimineren van onnodige zorg is het realistisch de kostenontwikkeling fors af te buigen. Daarvoor moeten we zorgverleners aan de bal laten om zelf kwaliteitsinitiatieven te definiëren, en hen daarvoor ook belonen.

We onderscheiden drie pijlers voor kwaliteitsinitiatieven die bijdragen aan betere en goedkopere zorg (zie figuur 4):

1. Verminderen van overbehandeling en praktijkvariatie door meer *evidence based* te behandelen
2. Vergroten van de betrokkenheid van de patiënt bij de behandelkeuzes
3. Verbeteren van de organisatorische inrichting van de zorgverlening:
 - a) *Integrale diagnostiek en behandeling die recht doet aan de complexiteit van de ziekte*
 - b) *Integrale begeleiding van chronisch zieken*
 - c) *Verschuiven naar en versterken van de eerste lijn*
 - d) *Spreiding en concentratie van geselecteerde monodisciplinaire behandelingen*

Figuur 4
Zorgverbetering die kan leiden tot minder zorg



Bron: Strategy&

Pijler 1: Vermindering overbehandeling en praktijkvariatie

Medische praktijk heeft maar beperkte empirische basis

Voor een groot deel van de alledaagse zorg ontbreekt de *medical evidence* dat deze zorg ook effectief is. Het gebrek aan wetenschappelijk bewijs creëert ruimte voor interpretatie bij medische professionals bij de indicatiestelling en keuze voor behandeling. De Amerikaanse onderzoeker John Wennberg schat dat bij 60% van de zorg, geen of beperkte empirische onderbouwing is. De *Clinical Evidence Website* van het *British Medical Journal* concludeert dat voor de helft van de behandelingen bewijs over de effectiviteit ontbreekt. Zo is er bijvoorbeeld ernstige twijfel over de meerwaarde van screening op borstkanker, screening op prostaatkanker, nierdialyse bij oudere patiënten, percutane aortaklep vervanging en chemotherapie van long- en borstkanker bij multimorbiditeit.

Vaak zijn zowel patiënten als beleids-makers zich nauwelijks bewust van het ontbreken van *medical evidence*. Dat belemmert het overleg tussen patiënt en behandelend arts, omdat de arts de patiënt moet adviseren over een behandeling zonder de effectiviteit ervan goed te kennen. Het gevolg is dat er een grote ruimte bestaat voor persoonlijke interpretatie. De ruimte van persoonlijke interpretatie is natuurlijk ook weer een bron van kennis en ontwikkeling. Maar er zijn vele voorbeelden van zeer ingrijpende en riskante behandelingen die achteraf veel te vaak ten onrechte zijn en worden uitgevoerd. Voorbeelden zijn het verwijderen van baarmoeders, zware herniaoperaties, prostaat-operaties en massale verwijdering van tonsillen bij kinderen.

Het gebrek aan empirisch bewijsmateriaal is één van de verklarende factoren van praktijkvariatie. Praktijkvariatie is het opvallende fenomeen in de zorg dat er grote verschillen zijn in de mate waarin behandelingen plaatsvinden in verschillende regio's, of tussen artsen onderling. Nederlands onderzoek door o.a. Plexus laat zien dat ook in ons land de praktijkvariatie opvallend groot is. Daar waar de medische wetenschap uitgesproken en niet ambigu is, lijkt praktijkvariatie

grotendeels te verdwijnen, zoals bijvoorbeeld bij heupfracturen het geval is.

Behandeling zonder feitelijke onderbouwing komt vaak voort uit traditie of een optimistisch geloof in de effectiviteit van de geneeskunde. Soms is weliswaar aangetoond dat een test of behandeling effectief kan zijn, maar dan is dat onderzocht voor een onderzoeksgroep met patiënten die uitsluitend die ene ziekte of aandoening hebben. De gedocumenteerde uitkomsten zijn niet te veralgemeniseren voor patiënten met meerdere aandoeningen of oudere patiënten met een complexe problematiek. “Geneeskunde is soms religie” was de uitspraak waarmee de voorzitter en hoogleraar geneeskunde van een toonaangevend ziekenhuis dit probleem kort samenvatte.

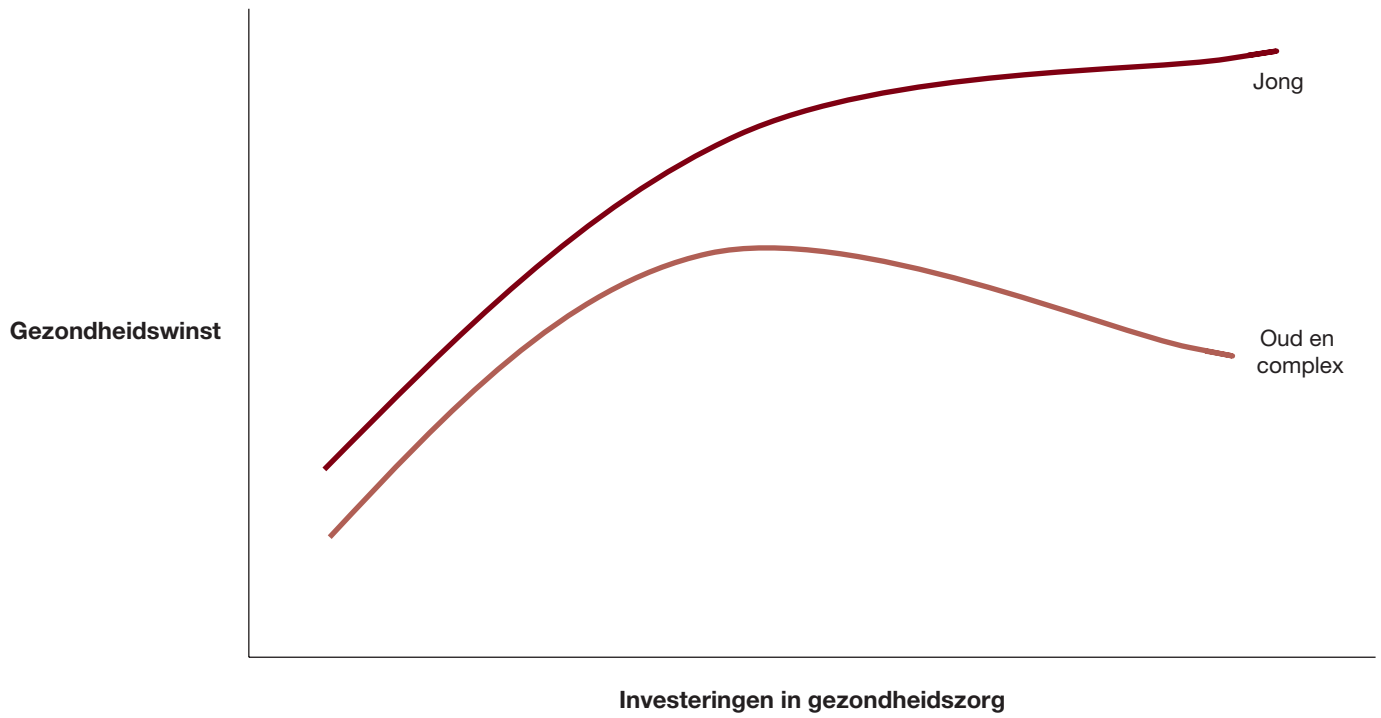
Meer zorg is geen betere zorg

Zorgverleners, maar vooral beleids-makers en patiënten, laten zich vaak leiden door de aannemelijke gedachte dat meer zorg beter is dan minder zorg. Deze gedachte is vaak simpelweg onjuist. Vooral bij oudere patiënten met meerdere, op elkaar ingrijpende aandoeningen, kan meer zorg ronduit schadelijk zijn. Of zoals Ferry Breedveld, voorzitter van het Leids Universitair Medisch Centrum, het pakkend uitdrukt: ‘overdaad schaadt’. Internationaal onderzoek en ervaringen van experts in de ouderenzorg laten een gedifferentieerde relatie zien tussen kosten en opbrengsten van de zorg voor jongeren versus die voor ouderen annex patiënten met complexe aandoeningen (*figuur 5*). De beroemde langjarige studies van de Amerikaan John Wennberg tonen overtuigend aan dat meer zorg zeker niet automatisch leidt tot betere zorguitkomsten. Wennberg laat zien dat grote verschillen in behandelintensiteit tussen regio’s niet tot verschillen in gezondheidswinst leiden.

Technologische ontwikkelingen in de diagnostiek vergroten de kans op overdiagnostiek en overbehandeling. De Amerikaanse arts Gilbert Welch beschrijft de risico’s van overdiagnostiek in zijn boek *Overdiagnosed*. Lichtere, voorheen niet te detecteren afwijkingen leiden tot een behandeling, waarvan het effect op bijvoorbeeld de kans op overlijden zeer laag is. Het vroegtijdig diagnosticeren van de mogelijke aanwezigheid van longkanker met CT-scans illustreert dit probleem. De kans op longkanker is 20 keer zo hoog voor rokers. Toch worden afwijkingen in de longen op een CT-scan bijna even vaak geïdentificeerd bij niet-rokers als bij rokers. Het vinden van deze afwijkingen heeft dus kennelijk niet de veronderstelde hoog voorspellende waarde voor de vroege diagnostiek van deze vreselijke ziekte. In een Europese prostaatcancer mortaliteitstudie is aangetoond dat om 1 sterfgeval te

Figuur 5

Zeker voor ouderen en complexe patiënten lijdt meer zorg niet altijd tot meer gezondheid



Bron: Strategy&

voorkomen, 1410 mannen moeten worden gescreend, en 48 mannen moeten worden behandeld. Dat zou nog geen probleem zijn als dit onopgemerkt aan deze 1410 mensen voorbij zou gaan, maar dat is natuurlijk niet het geval. De 1410 gescreende mannen en 48 behandelde mannen worden door het onderzoek wel geconfronteerd met de achteraf onnodige, emotionele belasting van de angst voor kanker, met invasieve diagnostiek en met bijwerkingen van de behandelingen zoals incontinentie en impotentie.

Daarmee is niet gezegd dat additionele diagnostiek zinloos is. Wel roept het de vraag op of voor een individuele patiënt de kans op het tijdig opsporen van een dodelijke ziekte opweegt tegen de medische en psychische nadelen die patiënten ervaren van hoogstwaarschijnlijk onnodige diagnoses en behandelingen. Uiteraard verschillen de praktijken per land. In Nederland lijkt bijvoorbeeld van brede screening op prostaatkanker weinig sprake. Bovendien zijn veel urologen conservatief met diagnosticeren en behandelen van prostaatkanker. Met de toename van diagnostische technieken neemt ook in Nederland de kans toe om afwijkingen te constateren, en daarmee het risico op overbehandeling. Het risico op overdiagnostiek is vooral groot bij bevindingen tijdens screeningonderzoek, en bij incidentele bevindingen die niet zijn gerelateerd aan het probleem waar de patiënt eigenlijk voor bij de dokter kwam.

Kwaliteit als antwoord op over-behandeling en praktijkvariatie

Kwaliteitsinitiatieven kunnen zich richten op het voorkomen van behandelingen die niet conform de actuele stand van de medische wetenschap worden uitgevoerd. Onderzoek, op verzoek van het ministerie van VWS met het oog op het in kaart brengen van overbehandeling, van het CVZ uit 2009 gaf bijvoorbeeld aan dat circa 40% van de dotterbehandelingen onnodig zijn. Het systematisch uitwisselen van gegevens over (de effectiviteit van) behandelingen tussen professionals is een uitstekende manier zijn om niet-effectieve zorg terug te dringen. Veel professionals willen graag het eigen handelen kunnen spiegelen aan dat van collega's. Dat is ook begrijpelijk voor wie de kwaliteit van zorg wil verbeteren. Recent onderzoek wijst uit dat in Zweden mortaliteitscijfers lager zijn dan in Nederland voor die ziektes waarvoor regelmatige en gedetailleerde spiegelinformatie beschikbaar is.

Voor artsen betekent het terugbrengen van overbehandeling in sommige gevallen dat zij meer tijd nodig hebben voor de patiënt om goed te kunnen uitleggen wat de te verwachten effectiviteit en de risico's zijn van de behandeling. Die extra tijd kan cruciaal zijn om bij

de patiënt het sentiment te voorkomen dat hem of haar een behandeling wordt 'onthouden' of 'opgedrongen'. Ook bijvoorbeeld Marcel Levi, voorzitter van het Amsterdams Medisch Centrum, is een sterk pleitbezorger van dergelijke communicatieconsulten.

Naast de evaluatie van innovatie zorg, moeten onderzoekers worden gestimuleerd om gericht te werken aan het vergroten van de bewijsvoering van de gangbare zorg. Daartoe moeten voor de bewijsvoering van veel behandelingen systematische trials worden uitgevoerd. Uit de reguliere middelen van de zorg kunnen clinical trials ook goed worden gefinancierd. Deze trials zullen de bewijsvoering voor medische effectiviteit aanzienlijk verhogen. Op pagina 12 vindt u een aansprekend opiniestuk van hoogleraar reproductieve geneeskunde Frans Helmerhorst en hoogleraar interne geneeskunde Rudi Westendorp waarin zij sterk voor deze aanpak pleiten.

Dokter bewijst meestal niet waarom

Onderzoek naar nut van behandeling spaart geld en voorkomt bijwerkingen

door Frans Helmerhorst en Rudi Westendorp

Medisch specialisten moeten veel beter dan nu inzicht krijgen in het prijskaartje dat aan behandelingen hangt, vinden Frans Helmerhorst en Rudi Westendorp.

In Nederland woedt een debat over de onbeheersbare uitgaven aan medische zorg. Daarbij gaat het vooral over de efficiëntie binnen de ziekenhuizen. Opmerkelijk is dat de opbrengst van de ingezette midde-len nauwelijks ter discussie staat.

Je zou verwachten dat artsen precies weten wat ze doen, en vooral of hun handelen effectief is. Niets is minder waar. Voor meer dan de helft van de behandelingen die in het ziekenhuis worden uitgevoerd, ontbreekt een getalsmatige onderbouwing voor effectiviteit. Om een waaier van redenen worden deze behandelingen toch uitgevoerd. Soms zijn artsen bang om niets te doen. Soms is een behandeling de laatste strohalm voor hun patiënt, die koste wat kost moet worden uitgevoerd. Dat wil niet zeggen dat de toegepaste behandeling met onbekende effectiviteit niet zou kunnen deugen. We weten het gewoon niet.

Het is de hoogste tijd dat medisch specialisten systematisch nagaan welke behandelingen niet of onvoldoende getalsmatig zijn onderbouwd. Het gaat hier immers niet alleen over de meerwaarde voor individuele patiënten, maar ook over publieke middelen, ter hoogte van € 20 miljard.

Dit vereist gerandomiseerd controle-onderzoek. Hier bepaalt het lot welke helft van de patiënten de behandeling

ondergaat en welke helft niet. Controlepatiënten worden niet aan hun lot overgelaten, integendeel. Ook zij krijgen optimale aandacht en zorg. Niemand weet immers wat meer kwaad dan goed doet. Zo wordt binnenkort het gebruik van ontstekingsremmers onder de loep genomen. Deze middelen worden gebruikt door veel mensen met ernstige, chronische aandoeningen van gewrichten, darm en huid. Omdat de balans tussen werking en bijwerking bij langdurige toediening niet bekend is, hebben de universitair medische centra besloten om dat te onderzoeken. Afsproken is om bij de helft van de patiënten onder strikte begeleiding de langdurige toediening te staken en het effect daarvan te vergelijken met hen die langdurig worden doorbehandeld.

Dit type onderzoek vindt incidenteel plaats, met geld uit versnipperde subsidieregelingen, maar het budget is veel te klein. Daardoor komt de noodzakelijke getalsmatige onderbouwing niet van de grond. Een eenvoudige rekensom leert dat dit onderzoek kan worden betaald uit de besparingen die het zelf genereert.

Een voorbeeld. Per jaar krijgen in Nederland meer dan tweeduizend patiënten nierfalen. Daarvoor worden ze behandeld met nierdialyse. Dat kost € 50.000 per persoon per jaar. De helft van deze patiënten is 70 jaar of ouder. Zij kwamen vroeger, alleen om hun leeftijd, niet voor dialyse in aanmerking. Die tijd is gelukkig voorbij, maar artsen twijfelen aan de meerwaarde van nierdialyse bij patiënten op hoge leeftijd, vooral als andere ziekten aanwezig zijn. Daarom zouden deze kwetsbare patiënten alleen moeten worden behandeld in het kader van een gerandomiseerd controleonderzoek. Het geld dat vrijkomt door bij de helft van de patiënten alleen intensieve standaardbehandeling toe

te passen, is voldoende om de kosten van het onderzoek te dragen. Zo kan op ethisch verantwoorde wijze een studie worden opgezet die binnen enkele jaren getalsmatige duidelijkheid verschaft over de meerwaarde van nierdialyse bij kwetsbare patiënten op hoge leeftijd.

Het gaat niet alleen over ‘gevestigde’ behandelingen, maar ook om ‘gevestigde’ diagnostiek en preventie. Door de steeds toenemende verfijning van bijvoorbeeld beeldvormende technieken om in ons lichaam te ‘kijken’, ‘ziet’ de dokter steeds meer ‘afwijkingen’, maar het is de vraag of een oorzakelijk verband bestaat tussen de toevallig gevonden afwijking en de klacht van de patiënt. De druk om diagnostisch onderzoek uit te voeren, wordt steeds groter. Op basis daarvan worden soms behandelingen ingesteld die niet altijd meerwaarde hebben. Zo is uit wetenschappelijk onderzoek gebleken dat een screeningsprogramma

op prostaatkanker bij niet-zieke mannen meer nadeel dan voordeel oplevert.

Een getalsmatige onderbouwing van het medisch handelen heeft belangrijke voordelen voor de patiënt en de arts. Patiënten zullen zeker weten dat de diagnostiek en behandeling die zij ondergaan meerwaarde hebben.

Het spreekwoord ‘baat het niet, dan schaadt het niet’ geldt niet voor de zorg. Elke medische ingreep of diagnostiek, zelfs een advies, brengt risico’s met zich mee. Artsen worden aangesproken op hun kunnen. Ze moeten alleen handelen wanneer de meerwaarde daarvan is aangetoond. De publieke kant van de zaak is dat de zorg in ziekenhuizen doelmatiger kan worden ingericht.

*(opiniestuk NRC Handelsblad,
25 mei 2011)*

Pijler 2: Vergroten patiënt-betrokkenheid

Patiënten hebben andere voorkeuren dan dokters

In de electieve zorg heeft de patiënt soms de keuze tussen wel behandelen (met de bijbehorende onzekerheid, belasting en risico op complicaties) en niet behandelen om het natuurlijk verloop van een mogelijke aandoening af te wachten. Die keuze zou sterk afhankelijk moeten zijn van de persoonlijke voorkeuren van de patiënt. Artsen zijn in de regel toegewijd en begaan met de patiënt. Toch melden juist zij dat ze soms te snel heenstappen over de vraag wat een patiënt echt wil bereiken met een behandeling. De agenda- en productiedruk dragen daar zeker aan bij.

Vaak hebben patiënt en arts onuitgesproken en afwijkende doelstellingen en verwachtingen. Doelstellingen die voor de patiënt van belang zijn op het gebied van kwaliteit van leven (minder pijn, meer kunnen bewegen, minder moe etc.) kunnen afwijken van typische medische uitkomsten zoals bloedwaardes, of – ultiem – zelfs overleving. Bovendien wordt de effectiviteit van een behandeling door de patiënt snel overschat. In de spreekkamer is voorlichting over de risico's van een behandeling standaard. Voorlichting over de kans dat de behandeling het probleem van de patiënt oplost, en over de voordelen van niet behandelen is minder vanzelfsprekend. Voorlichting geschiedt soms bijna routineus en heeft dan weinig impact. Zeker als de tijd ontbreekt. Veel artsen wezen ons op dit dilemma.

Een Canadese studie uit 2001 illustreert hoe groot het verschil kan zijn tussen de beoordeling vanuit klinisch perspectief en vanuit patiëntenperspectief. In een bevolkingsonderzoek bij meer dan 45.000 mensen boven de 55 jaar werden alle gevallen vastgesteld waarin op basis van de klinische diagnose knie- of heupvervanging aangeraden zou kunnen worden. Slechts 10–15% van de patiënten bleek dit op basis van een vragenlijst over de voordelen en nadelen van een vervanging ook echt te willen.¹

De vraag welke behandelingen het belang van de patiënt nog werkelijk dient, speelt nadrukkelijk ook bij de meest kwetsbare patiënten: de

(oudere) terminaal zieken. Niet iedere patiënt wil even lang doorgaan met behandelen. De keuze tussen palliatieve zorg en curatieve zorg voor ernstig zieke patiënten lijkt neer te komen op een keuze tussen kwaliteit van leven en levensduur. Dit is echter lang niet altijd het geval. Uit recente Amerikaanse studies blijkt dat overwegend palliatieve zorg in plaats van overwegend curatieve zorg voor verschillende vormen van kanker zelfs leidt tot een verlenging van het leven.² Dergelijke onderzoeksresultaten doen een extra moreel appèl op artsen om aandacht te besteden aan de bewijsvoering van de effectiviteit van de zorg en aan voorlichting aan de patiënt over belasting en risico's ook — waar opportuun — voor zijn of haar familie.

Voorkeuren van patiënten vaak conservatiever

Critici van het actiever betrekken van de patiënt bij de zorg wijzen op het gevaar van consumentisme, waardoor de vraag naar zorg alleen nog maar verder zou stijgen. Die kritiek is gebaseerd op de veronderstelling dat patiënten uitgaan van het motto 'hoe meer zorg hoe beter' en 'baat het niet, dan schaadt het niet'.

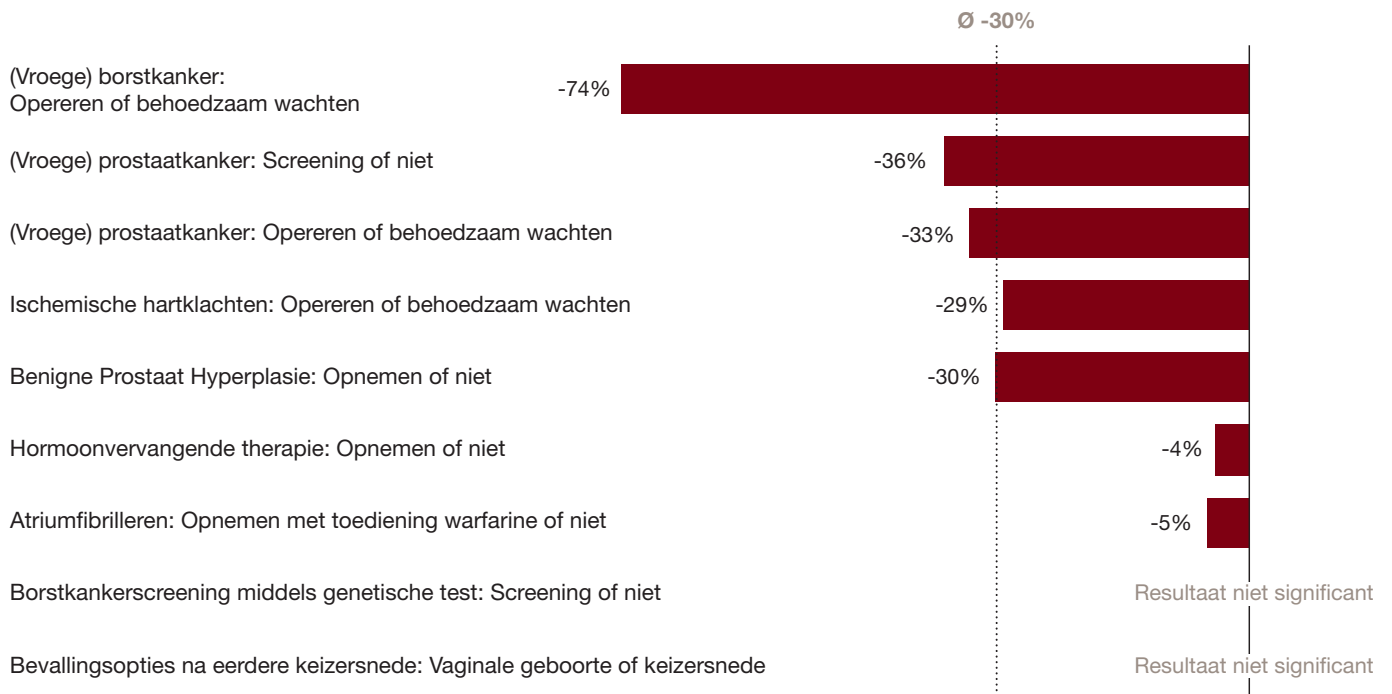
Goed geïnformeerde patiënten blijken echter de juiste keuzes voor zichzelf te nemen, en dat zijn vaak niet de duurste keuzes. Tijdrovende en belastende ziekenhuisbezoeken, onderzoeken, opnames, complicaties, etc. zijn onaangenaam. Figuur 6 geeft bijvoorbeeld aan dat patiënten die keuzehulpen voorgelegd krijgen voor electieve ingrepen in gemiddeld 30% van de gevallen besluiten af te zien van de ingreep en te gaan voor een conservatieve behandeloptie. Het is ook aangetoond dat dergelijke keuzehulpen sterk bijdragen aan de patiënttevredenheid. Uit recent Amerikaans³ onderzoek blijkt dat een 'end-of-life-care' gesprek tussen patiënt en arts, waarin de patiënt uitgebreid zijn wensen kenbaar kan maken, leidt tot een vermindering van een belastende medicalisering en hospitalisering en daarmee tevens tot een verlaging van 36% van de zorgkosten in de laatste levensweek.

Zorgverbetering stelt de patiënt in staat om goed te besluiten

Kwaliteitsinitiatieven die de patiënt actief bij het beslissingsproces betrekken zijn belangrijk om die zorg te vermijden die niet overeenstemt met de voorkeuren van de goed geïnformeerde patiënt. Het contact tussen patiënt en zorgverlener moet verschuiven van 'voorlichten over de beslissing van de dokter', naar voorlichten over 'de keuzes die de patiënt in samenspel met de arts heeft' en dus 'samen beslissen'. Dit stelt nieuwe eisen aan de dialoog tussen arts en patiënt, en wijst op de waarde van het systematisch gebruik van keuzehulpen. Ook kan het betekenen dat de huisarts, een algemene internist of een

Figuur 6
Geïnformeerde patiënten nemen vaak conservatieve beslissingen

Verandering in aandeel patiënten die agressieve in plaats van conservatieve behandeloptie kiezen



Bron: The Cochrane Collaboration (Wolf, 1996; Volk, 1999; Man-Son-Hing, 1999; Morgan, 2000; Dodin, 2001; Auvinen, 2002; Frosch, 2003; Whelan, 2004), Strategy & analyse

verpleegkundige, systematischer betrokken wordt bij het beslissingsproces van een specialist en zijn patiënt.

De betrokkenheid van de patiënt kan ook worden versterkt buiten de spreekkamer. Het gebruik van sociale netwerken is belangrijk. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat ondersteuning van de partner de therapietrouw vergroot en dat sociale ondersteuning de negatieve invloed van stress op bijvoorbeeld diabetesmanagement kan opvangen. Contact met lotgenoten wordt ook vaak zeer gewaardeerd, juist omdat het beoordelende element ontbreekt. Op dit terrein zijn al veel hoopgevende initiatieven (zoals www.patientslikeme.com in de VS, en in Nederland ParkinsonNet, MijnZorgpagina en MijnZorgnet). Sociale media kunnen de sleutel zijn om een deel van de reguliere zorg naar dit soort netwerken te verplaatsen. Het verhoogt de betrokkenheid en verlaagt — wederom — de kosten.

Pijler 3: Zorg organiseren om de moderne zorgvraag te beantwoorden

Integrale diagnostiek

Ons medisch systeem is ingericht op het zo snel en efficiënt mogelijk uitvoeren van monodisciplinaire verrichtingen. De patiënt krijgt dan vaak te maken met diagnoses en behandelingen binnen individuele specialismen. Als de behandeling niet succesvol is, wordt de patiënt verwezen naar een ander specialisme waar ook weer diagnoses en behandelingen worden opgestart. De patiënt kan zo een zeer lange medische weg afleggen met risico op onnodige diagnostiek en onnodige behandelingen, zeker als de aard van de klachten niet direct duidelijk is.

Deze manier van werken is een begrijpelijke consequentie van de vooruitgang in medische kennis. Deze heeft in de geschiedenis geleid van een verschuiving van generalisten naar specialisten, van specialisten naar sub-specialisten en van sub-specialisten naar superspecialisten. Maar met de toenemende specialisatie is ook het risico toegenomen van een voor de patiënten belastende overmedicalisering en overdiagnostificering. Dit betekent niet dat specialisten uit verschillende disciplines nooit contact hebben met elkaar, maar dat gebeurt eerder ad-hoc dan systematisch, en vaak vooral tussen niet meer dan twee specialismen.

Een voorbeeld is een bij CT-onderzoek van de buik gevonden bijniertumor. Enkele procenten van de gemaakte CT- of MRI-scans van de buik leiden tot het signaleren van 'afwijkingen' die waarschijnlijk geen relatie hebben met de klachten. Van deze afwijkingen is het maar zeer de vraag of deze ooit tot problemen zullen gaan leiden. Omdat dit nu eenmaal nooit zeker is, voelt de dokter zich vaak moreel geroepen om toch actie te ondernemen. Zo ontstaat al snel een uitgebreid proces van diagnostiek en behandeling. Het vervelende is dat de patiënt een uitgebreid medisch proces ondergaat, terwijl de klachten waar hij voor is gekomen er uiteindelijk niet minder op worden. Natuurlijk is het af en toe noodzakelijk om gesignaleerde afwijkingen aan te pakken, maar de monodisciplinaire benadering van patiënten leidt tot een risico van overbehandelen en is vooral groot bij ouderen.

Een arts zal bij oudere patiënten met meerdere, tegelijk voorkomende aandoeningen al snel afwijkingen constateren. Vaak blijft onduidelijk wat de relatie is tussen de gevonden afwijkingen en de door de patiënt gerapporteerde klachten. Daarom leidt een door de specialist geïnitieerde vertaling van de zorgvraag met enige regelmaat niet tot een vermindering van klachten.

Bij ouderen is de uitdaging vooral het behouden van de functionaliteit van patiënten die te maken hebben met meerdere, tegelijkertijd voorkomende, en op elkaar inspelende aandoeningen. Zes op de tien zestigjarigen heeft twee of meer chronische ziekten. Op tachtigjarige leeftijd is dit maar liefst acht op de tien. Deze chronische ziekten zijn het gevolg van het verouderingsproces en daarmee voor een belangrijk deel onvermijdbaar. De longfunctie bij COPD wordt gestaag minder, de hartfunctie neemt als gevolg van kransslagaderverkalking steeds verder af en het bot wordt steeds dunner door botontkalking.

De Amerikaanse Mayo Clinic toont aan dat het vaak loont om vanaf het begin integraal vanuit meerdere disciplines een diagnose te stellen, voordat wordt overgegaan tot behandeling. Zoals Harvard Business School hoogleraar Clayton Christensen terecht benadrukt is de waarde van een correcte diagnose enorm, juist ook in de gezondheidszorg. Het voorkomt een dure trial-and-error aanpak, en voorkomt daardoor onnodige behandelingen en te lange en te belastende behandeltrajecten.

De kwaliteit van het beslissingsproces om tot de behandeling te komen speelt vaak een ondergeschikte rol in het beleid. Beleid in de zorg is vaak gericht op het verbeteren van de efficiency en de uitkomsten van de verrichtingen waartoe al is besloten. De focus op efficiency en uitkomsten zou zelfs ten koste kunnen gaan van de kwaliteit van het beslissingsproces. Efficiency stimuleert de arts niet om uitgebreid met de patiënt te spreken over de voor- en nadelen van de verschillende behandelopties. Dat leidt al te snel tot overbehandeling. Het meten van zorguitkomsten kan behandelen stimuleren bij minder zware patiënten, omdat deze sneller tot betere uitkomsten leiden. Het meten van zorg op efficiency en uitkomstindicatoren brengt het risico met zich mee dat we behandelingen optimaliseren die eigenlijk onnodig zijn.

Integrale begeleiding van chronisch zieken

Artsenpraktijken zijn ingericht op het uitvoeren van verrichtingen en niet op het begeleiden van chronisch patiënten. Of, zoals Clayton Christensen het omschrijft: er zijn duizenden tarieven voor procedures en interventies, maar geen tarieven voor het bevorderen en behouden van de gezondheid van mensen.

De begeleiding van chronische zieken vereist coördinatie van zorgverlening. Juist op dit gebied is nog heel veel te doen. Dit geldt in het bijzonder voor patiënten met meerdere chronische ziekten. Zo zijn richtlijnen geoptimaliseerd voor een enkele aandoening en niet voor patiënten met meerdere ziekten. Bij meerdere aandoeningen wordt het aantal behandeladviezen en medicatievoorschriften snel te overweldigend en zeer belastend. De behandeling van chronisch zieken en ouderen zijn nog steeds te weinig op elkaar afgestemd binnen en tussen de verschillende silo's van de eerste en tweede lijn.

Goede coördinatie en therapietrouw kunnen ook worden gestimuleerd door verpleegkundigen, medepatiënten, familie of andere niet-professionele zorgverleners. In gevallen waar therapietrouw en gedragsverandering lastig blijven, kan daarnaast coaching van mantelzorg een kansrijke strategie zijn.

Versterking eerste lijn

De eerste lijn is van oudsher sterk ontwikkeld in Nederland. Relaties tussen ziekenhuizen en verwijzers zijn in het algemeen goed in ons land. Toch is er ruimte om 'over de schotten heen' zorgwinsten te realiseren, namelijk door geïntegreerd zorg in te kopen. De recente evaluatie van de ketenzorg voor chronische zieken wijst dat ook uit.

De eerste lijn is vaak een goedkoop en voor de patiënt aantrekkelijk alternatief voor ziekenhuiszorg. Kwaliteitsinitiatieven kunnen zich richten op het actief verplaatsen van zorg die in ziekenhuizen plaatsvindt naar de eerste lijn, voor die behandelingen waar dat mogelijk is.

Om gezondheidswinst en kostenvoordelen te realiseren is het van belang specialisten actief bij de zorg in de eerste lijn te betrekken. Bijvoorbeeld door specialisten spreekuren te laten houden in huisartsenpraktijk of door periodiek overleg tussen huisartsen en specialisten). Een gemeenschappelijk consult van huisarts en reumatoloog bijvoorbeeld, vermindert het aantal consulten bij de huisarts met 85% en in de polikliniek met 35%, zoals aangetoond in het onderzoek van Guy Schulpfen.

Afspraken en protocollen over terugverwijzen vanuit het ziekenhuis naar specialistenbezoek kunnen de rol van de eerste lijn als bewaker van het integrale patiëntenbelang verder verstevigen. Goede ketenzorg kan complicaties vermijden en vervolghandelingen verminderen op voorwaarde dat de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn goed wordt vormgegeven. Ook sommige ziekenhuizen vragen daarom, ook al gaat dat ten koste van hun volume.

Spreiding en concentratie

Het concentreren van specialistische zorg op een beperkt aantal plaatsen kan door leereffecten leiden tot hogere kwaliteit. Betere uitkomsten, minder complicaties, minder herstel operaties en toegenomen efficiency zullen leiden tot lagere kosten per behandeling, zoals ook onderstreept in het onderzoek van Kees Cools ten behoeve van de NZa in 2008. Dit geldt vooral voor monodisciplinair specialistische ingrepen die eenmalig van aard zijn, bijvoorbeeld heupoperaties, dotterbehandelingen, transplantaties, open hartoperaties en lage volume hoog complexe zorg, zoals kinderoncologie en slokdarm-operaties.

Spreiding heeft de voorkeur bij een hoge behandel frequentie (bijv. nierdialyse), bij grote patiëntaantallen, maar ook voor patiënten met meerdere chronische ziekten en ouderen. Voor deze groepen zijn een integraal beeld en behandeling noodzakelijk, en liefst dicht bij huis.

Kwaliteitsinitiatieven kunnen bijdragen aan de realisatie van gezondheidswinst en kostenvoordelen door het spreiden en concentreren van zorg. Spreiding en concentratie hoeven niet plaats te vinden door een bestuurlijke herverdeling van activiteiten, maar juist ook door initiatieven van professionals. Specialisten die periodiek in andere ziekenhuizen aanwezig zijn, of bijvoorbeeld op afstand een IC kunnen bewaken, kunnen op deze wijze hooggespecialiseerde zorg bieden in het 'eigen' ziekenhuis van de patiënt. Ook kan worden gedacht aan flexibele verwijzingsafspraken waar bijvoorbeeld het voor- en natraject van een behandeling op een andere plek kan plaatsvinden dan de behandeling zelf.

Voor nu: De aanpak in de praktijk

Werkvloer zorgverbetering laten identificeren

Onze aanpak is bottom-up, vanaf de werkvloer gedreven. Maatschappen en vakgroepen zullen binnen de voorgestelde pijlers van zorgverbetering met eigen initiatieven komen. Ook de indeling in de drie pijlers is ons vooral door dokters en andere medische professionals aangereikt. Er zijn geen blauwdrukken en van bovenaf opgelegde initiatieven nodig. Wel is de medewerking van verzekeraars noodzakelijk, maar we geven zorgverleners het heft in handen en spelen in op de intrinsieke motivatie die we bij veel zorgverleners aantreffen. Zoals een huisarts het kernachtig verwoordde: “Wij krijgen ons vak terug”.

De aanpak van kwaliteitsinitiatieven en verdeling van de financiële opbrengsten tussen de participanten kan worden gekozen voor een enkele zorginstelling en de verzekeraar, maar krijgt een breder bereik als er sprake is van integrale netwerken waarin huisartsen, ziekenhuizen, medisch specialisten, verzekeraars en patiënten de kwaliteitsinitiatieven gezamenlijk aanpakken. Dan wordt bijvoorbeeld ook de substitutie van de tweede naar de eerste lijn en van de eerste lijn naar zelfzorg en mantelzorg meegenomen. Winstdeling over de gehele zorgketen is nodig om zorgverleners voldoende (en structureel) te belonen voor het actief meedoen aan de kwaliteitsinitiatieven.

Opbrengsten van betere zorg doorrekenen

De initiatieven worden in samenwerking met de zorgverzekeraar zorgvuldig doorgerekend op opbrengsten en kosten over de hele zorgketen. Dat kan in sommige gevallen nauwkeurig op basis van goede inschattingen van professionals, eerdere nationale ervaringen en internationale literatuur. In een aantal gevallen zullen de opbrengsten minder nauwkeurig zijn vast te stellen (bijvoorbeeld als het gaat om keuzehulp bij patiënten). In dat geval is het extra belangrijk om de resultaten te blijven volgen en de winstdelingen aan te passen op de werkelijke voordelen die worden gerealiseerd.

Gefaseerde aanpak

Onze aanpak kan in een aantal pragmatische en iteratieve stappen worden uitgevoerd (zie figuur 7). De eerste stap is de voorbereidingsfase. Hierin wordt op regionaal niveau afgesproken welke zorgaanbieders en verzekeraars meedoen, wat de eerste focus gebieden moeten zijn, welke initiële financiële afspraken er worden gemaakt en op welke wijze wordt samengewerkt. In de tweede stap gaan de zorgverleners op de gekozen domeinen aan de slag. Zij identificeren mogelijke kwaliteitsinitiatieven. In overleg met patiënten wordt een inschatting gemaakt van de gezondheidswinst die te behalen is. De meest veelbelovende initiatieven in termen van gezondheidswinst voor de patiënt en verlaging van zorgkosten worden geselecteerd. In de derde fase worden de kwaliteitsinitiatieven daadwerkelijk geïmplementeerd. Fase 2 en fase 3 kunnen worden herhaald voor dezelfde aandachtsgebieden met

Figuur 7
Gefaseerde aanpak



Bron: Strategy&

nieuwe kwaliteitsinitiatieven en voor nieuwe aandachtsgebieden. Op deze manier wordt een infrastructuur gecreëerd waarin continu aan zorgverbetering en kostenbesparing wordt gewerkt.

Vooroplopende zorgverleners zullen marktaandeel winnen

Gerealiseerde afname van behandelingen zal uiteindelijk gepaard gaan met het terugbrengen van (geplande) capaciteit, met name in de tweede lijn. De verzekeraar zal dit in het afsluiten van contracten moeten bevorderen of afdwingen. Het is zelfs een uitgelezen kans voor verzekeraars en huisartsen om patiënten erop te wijzen dat de beste zorg juist in dat ziekenhuis wordt geleverd dat zich in hoogste mate inzet voor kwalitatief betere zorg en waar de patiënt het meest serieus genomen wordt.

Ziekenhuizen die door zorgverbetering in volume teruggaan worden in eerste instantie gecompenseerd via winstdeling en door een andere wijze van betalen die juist ook artsen ruimte en comfort biedt. De voorlopers zullen ook nog worden beloond met extra marktaandeel. Juist de kwaliteitsinstellingen verdienen het dat huisartsen naar hen doorverwijzen en dat verzekeraars aan hen de voorkeur geven bij de zorginkoop. De instellingen die voor volume blijven kiezen, zullen dan terrein verliezen. Juist zij zullen capaciteit moeten inleveren en niet de kwaliteitsziekenhuizen. In ruil daarvoor mag de verzekeraar verwachten dat de kwaliteitstrajecten ook voor de zorgaanbieders bindend zijn en dat zij onderbouwd en structureel bijdragen aan het verminderen van onnodige en vermijdbare zorg.

Belonen van kwaliteit betekent ook dat de opbrengsten niet enige tijd later alsnog zo maar afgeroomd kunnen worden. Dat is belangrijk om te voorkomen dat artsen via extra inspanningen voor kwaliteitswinst zorgen, maar vervolgens direct of na enige tijd fors worden gerantsoeneerd. Dat is niet alleen ontmoedigend, het blokkeert vernieuwing op voorhand.

Een blik op de toekomst: Op weg naar een stelsel gericht op zorgverbetering

Op zoek naar een agenda voor kostenbeheersing

Volumegroei en budgettaire druk leiden momenteel tot beleidsmaatregelen en experimenten gericht op kostenbeheersing. Daar lijkt maar moeizaam een inspirerende lange termijn agenda uit naar voren te komen.

Het recente convenant tussen verzekeraars, overheid en ziekenhuizen, waarin een maximale volumegroei van 2.5% is afgesproken, zal op de korte termijn de kostengroei beperken. Wel ontstaat er een risico op wachtlijsten (als er te weinig gebeurt om zorgvraag echt af te buigen). Het is cruciaal de aanknopingspunten in het convenant rond kwaliteit op te pakken, om te voorkomen dat het convenant feitelijk leidt tot het bestendigen van de status quo van de marktposities van ziekenhuizen.

In de publieke discussie lijken alternatieve bekostigingsstructuren terrein te winnen, bijvoorbeeld populatiebekostiging door middel van regio-budgetten. Vaste regio-budgetten hebben het grote voordeel dat volumeprikkels uit het systeem worden gehaald. Maar regio-budgetten hebben al snel ook grote nadelen, waarop initiatiefnemers bedacht moeten zijn. Het wegvallen van de productiedruk kan leiden tot wachtlijsten en het verdwijnen van prikkels voor innovatie en kwaliteit. De verdelingsvraag tussen zorgverleners kan bovendien steeds indringender worden, zeker als het budget na enige tijd weer onvermijdelijk gaat knellen. Verzekeraars en zorgaanbieders moeten tenslotte zien te vermijden dat zij het overzicht gaan verliezen, omdat de relatie tussen zorg en bekostiging in het geval van een vast budget niet transparant is. Regio-budgetten en populatie bekostiging initiatieven kunnen gezondheidswinst tot doel stellen. Gezondheidswinst is echter nauwelijks te meten op individueel niveau. Op regionaal niveau kunnen wel redelijke indicaties worden gegeven, maar dit heeft als nadeel dat de resultaten ver af komen te staan van de bijdrage van de individuele zorgverlener. Als het initiële enthousiasme is weggeëbd, kunnen prikkels tot onderhandeling en de demotivatie van individuele productiviteit ook in gezondheidsregio's weer terugkeren.

De laatste jaren is er grote aandacht voor concentratie van ziekenhuiszorg als middel om kosten te verlagen en kwaliteit te verhogen. Het regionaal inzetten op herverkaveling en de concentratie van zorg in grotere ziekenhuizen creëert op haar beurt ook weer een aantal belangrijke problemen. Behandelingen kunnen gebaat zijn bij specialisatie, maar voor diagnostiek en indicatiestelling is de weg naar kwaliteit juist gelegen in een integrale en multidisciplinaire benadering. Een verdere verkokering van de zorg als gevolg van specialisatie leidt vooral bij ouderen en chronisch zieken om die reden tot een grotere kans op overbehandeling. Dit risico kan nog eens worden vergroot omdat efficiëntiewinst van specialisatie ook betekent dat er meer behandelcapaciteit ontstaat. Aanbod dreigt dan weer extra zorg te creëren. Concentratie bemoeilijkt ook de afstemming tussen regionale zorgverleners (ziekenhuizen, huisartsen, apothekers, verpleeghuisartsen e.d.). Bovendien zal de energie die bestuurders en professionals steken in de meerjarige trajecten van bestuurlijke herverkaveling ten koste kunnen gaan van trajecten van kwalitatieve zorgverbetering. Ten slotte, is er nog het risico van monopolie vorming op aanbieders niveau doordat het aantal aanbieders sterk wordt teruggebracht. Dit is een bedreiging voor de lagere prijzen die sinds de introductie van het nieuwe stelsel zijn gerealiseerd. Bij een concentratie-agenda moet met deze nadelen rekening gehouden te worden. Zorg dichtbij, tenzij het ten koste gaat van de kwaliteit, zou het uitgangspunt moeten zijn.

Kwalitatief betere zorg is ook voor het beleid de weg vooruit

De Strategy& aanpak van winstdeling en daarmee anders belonen in een integraal kwaliteitsnetwerk biedt een alternatief waarmee zorgaanbieders en verzekeraars direct aan de slag kunnen.

Voor de lange termijn is bestendinging van kwaliteitszorg die volume reduceert, in een daarop aangepaste beloningsstructuur belangrijk. De zorg verbeteren en onnodige en vermijdbare zorg voorkomen betekent dat we per diagnose of verrichting soms meer zullen moeten betalen. De prijs wordt soms hoger om meer kwaliteit te leveren. De kosten dalen langs de lijn van volume. Dat betekent bijvoorbeeld dat de specialisten die meer tijd besteden aan hun patiënten en de huisartsen die bepaalde behandelingen van het ziekenhuis overnemen daar adequaat voor worden betaald. De verzekeraars spelen daarbij een cruciale rol en moeten de voorwaarden scheppen middels 'geclausuleerde zorginkoop', waarbij heldere en afdwingbare voorwaarden, rechten en plichten van zowel zorgverleners als verzekeraars goed worden vastgelegd.

De ervaringen met winstdeling en zorgverbetering maken het uiteindelijk mogelijk om goede tarieven voor de kwaliteitsinitiatieven te bepalen. Er zal kwantitatief inzicht ontstaan in de waarde van deze initiatieven. De bekostiging zal zich in de komende jaren zich ook moeten richten op de drie pijlers van zorgverbetering:

- Vermindering van praktijkvariatie en van overbehandeling moet worden beloofd. Dit kan bijvoorbeeld door goede tarieven te bieden voor conservatief behandelen, communicatie-consulten en het vergelijken met collega's.
- Het betrekken van patiënten bij de zorg moet worden gestimuleerd. Dit kan bijvoorbeeld door tarieven te bieden voor het gebruik van keuzehulpen en communicatie-consulten.
- Organisatorische vernieuwing moet worden gestimuleerd door het probleem van fragmentatie op te lossen. Dat betekent dat capaciteit in de tweede lijn wordt afgebouwd zodra overheveling naar de eerste lijn heeft plaatsgevonden. In het geval van concentratie van behandelingen moet volumegroei worden beperkt (bijvoorbeeld door diagnostiek en behandeling te scheiden). Voor de integrale begeleiding van chronisch zieken is het van belang dat de nieuwe tariefvormen voor apotheken en ketenzorg ook maximaal worden benut.

Ook andere beleidsaanpassingen zijn sterk aan te bevelen om zorgverbetering te stimuleren. Het risicovereveningsmodel tussen zorgverzekeraars is nu neutraal ingericht, maar zou bijvoorbeeld best een lichte overcompensatie kunnen bieden voor chronisch zieken. Dit stimuleert de concurrentie tussen verzekeraars om juist die patiënten die het meeste geholpen zijn bij zorgverbetering als verzekerde te krijgen. Dat stimuleert weer tot zorgverbetering (ook om hen als verzekerden te werven via aantrekkelijke zorg).

Ook zal de vraag moeten worden beantwoord op welke wijze verzekeraars zich van elkaar kunnen onderscheiden op het gebied van kwaliteit. Verzekeraars onderhandelen met zorgverleners die ook altijd contracten hebben met andere verzekeraars. Investeren in kwaliteit en minder zorg zal daarom in de regel ook voordeel opleveren voor andere verzekeraars. De praktische implicatie is dat vergaande initiatieven van de verzekeraars soms afspraken tussen meerdere verzekeraars vereisen. In medische processen differentiëren tussen zorgverzekeraars gebeurt nog weinig, maar zou — indien op ethisch verantwoorde wijze ingezet — een grote verrijking kunnen zijn van de sturende rol van de zorgverzekeraar.

Ondersteunende rol voor werkgevers

Wij zien voor werkgevers een rol in het stimuleren van zorgverbetering. Werkgevers zijn direct financieel gebaat bij het gezond blijven van werknemers. Gezondere werknemers zijn ook productievere werknemers. Recent onderzoek van Strategy& in samenwerking met de Bertelsmann Stiftung in Duitsland schat bijvoorbeeld dat in Nederland € 2 miljard tot € 4 miljard arbeidsproductiviteitswinst te behalen is met het stimuleren van therapietrouw voor depressie, chronische rugpijn, astma/COPD, hypertensie en reuma. Werkgevers kunnen kwalitatieve eisen stellen aan collectieve zorgpolissen en op onderdelen ook direct zorg kunnen contracteren.

De zorg verdient het medicijn kwaliteit

Het zorgstelsel is in Nederland succesvol geweest in het verhogen van de productiviteit van ziekenhuizen en het wegwerken van de wachtlijsten. Een prestatie van formaat, die samen met de herinnering aan de wachtlijsten op de achtergrond is geraakt. De lakmoesproef van het Nederlandse zorgstelsel is nu of wij samen ook de volumegroei onder controle kunnen krijgen.

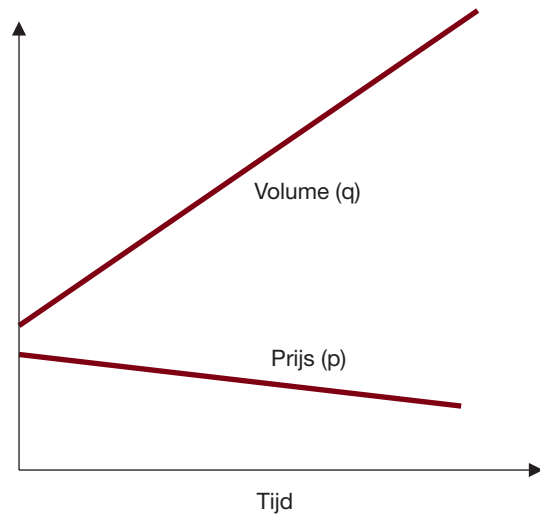
Het basisidee van de stelselherziening uit 2005/2006 was dat concurrentie zou leiden tot lagere prijzen waardoor de almaar stijgende zorgvraag kon worden opgevangen. Nu is de tijd aangebroken om juist hogere prijzen te betalen voor betere zorg en voor minder zorg (*zie figuur 8*). Concurrentie op zorgverbetering naast concurrentie op prijs. Zorgverzekeraars zijn aan zet om de zorginkoop zo in te richten op dat zorgverbetering centraal staat: door dokters het initiatief te geven.

Ons nieuwe medicijn is geen gemakkelijke kuur, maar we zijn ervan overtuigd dat de zorg er beter en goedkoper van zal worden.

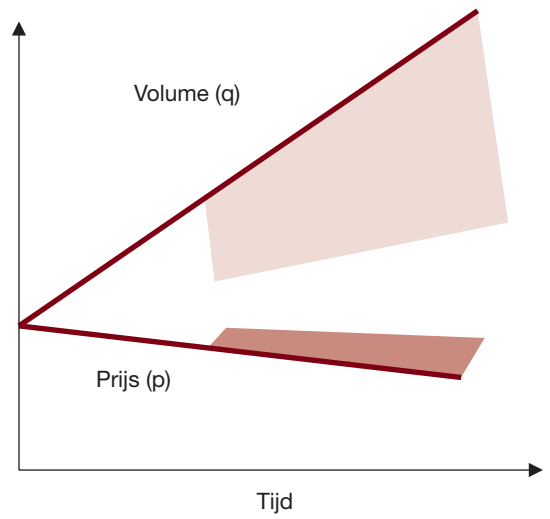
Figuur 8

Van minder betalen voor meer zorg, naar meer betalen voor minder

**De grondgedachte van het stelsel:
Lagere prijzen door concurrentie om stijgende
zorgvraag betaalbaar te houden**



**Tijd voor een nieuw recept:
Betalen voor beter en minder**



Bron: Strategy&

Noten

1) Determining the Need for Hip and Knee Arthroplasty: The Role of Clinical Severity and Patients' Preferences. Hawker et al 2001, Medical Care Volume 39, Number 3, pp. 206–216

2) Connor SR, Pyenson B, Fitch K, Spence C, Iwasaki K. Comparing hospice and nonhospice patient survival among patients who die within a three-year window. J Pain Symptom Manage. 2007 Mar; 33(3):238–46. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, Dahlin CM, Blinderman CD, Jacobsen J, Pirl WF, Billings JA, Lynch TJ. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 2010 Aug 19; 363(8):733–42.

3) Zhang B, Wright AA, Huskamp HA, Nilsson ME, Maciejewski ML, Earle CC, Block SD, Maciejewski PK, Prigerson HG. Arch Intern Med. 2009 Mar 9; 169 (5):480–8. Health care costs in the last week of life: associations with end-of-life conversations.

Strategy& is a global team of practical strategists committed to helping you seize essential advantage.

We do that by working alongside you to solve your toughest problems and helping you capture your greatest opportunities.

These are complex and high-stakes undertakings — often game-changing transformations. We bring 100 years of strategy consulting experience and the unrivaled industry and functional capabilities of the PwC network to the task. Whether you're

charting your corporate strategy, transforming a function or business unit, or building critical capabilities, we'll help you create the value you're looking for with speed, confidence, and impact.

We are part of the PwC network of firms in 157 countries with more than 223,000 people committed to delivering quality in assurance, tax, and advisory services. Tell us what matters to you and find out more by visiting us at strategyand.pwc.com.

This report was originally published by Booz & Company in 2012.

www.strategyand.pwc.com

© 2012 PwC. All rights reserved. PwC refers to the PwC network and/or one or more of its member firms, each of which is a separate legal entity. Please see www.pwc.com/structure for further details. Mentions of Strategy& refer to the global team of practical strategists that is integrated within the PwC network of firms. For more about Strategy&, see www.strategyand.pwc.com. No reproduction is permitted in whole or part without written permission of PwC. Disclaimer: This content is for general purposes only, and should not be used as a substitute for consultation with professional advisors.