



VISIEDOCUMENT

De Medisch Specialist 2015

in opdracht van de
wetenschappelijke verenigingen
en de Orde van
Medisch Specialisten



VISIEDOCUMENT

De Medisch Specialist 2015

in opdracht van de
wetenschappelijke verenigingen
en de Orde van
Medisch Specialisten



Colofon

De Medisch Specialist 2015

Utrecht oktober 2012

Vignet- en omslagontwerp:

Bureau Het Bouwwerk, Dordrecht

Vormgeving rapport:

IJzersterk, Rotterdam

© 2012. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de OMS. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord	7
1. De uitdaging	9
2. Waar staan we?	13
3. Wat komt er op ons af?	19
4. Anderen over de toekomst van de medisch-specialistische zorg	23
5. Pijler I: Transparante zorg	27
6. Pijler II: Zorg in samenhang	33
7. Pijler III: Zorg in levensfasen	39
8. Pijler IV: Doelmatige zorg	43
9. Competenties voor de toekomst	49
10. Naar nieuwe organisatievormen voor de medisch specialist	53
11. Van visie naar werkelijkheid	57
Bijlage 1: Geconsulteerde experts en organisaties	62
Bijlage 2: Geraadpleegde rapporten	64
Bijlage 3: Zweedse kwaliteitsregistraties	65
Bijlage 4: Praktijkvariatie	68

Voorwoord

Aan de basis van de gezondheidszorg ligt een droom. De droom om de patiënt beter te maken door uitstekende behandeling en zorg, door menselijke interactie, respectvolle bejegening en zingeving. In de werkelijkheid waarin we nu leven lijkt die droom soms verloren te gaan in een wereld van opgelegde systemen en kostenbeheersing.

Er wordt met de volste overtuiging gezocht naar oplossingen om de gezondheidszorg toekomstbestendig te maken, wetende dat doorgaan op de huidige weg een onhoudbare situatie zal opleveren.

Als uitgangspunt moeten we ons blijven realiseren dat het huidige gezondheidszorgsysteem in Nederland een hoge mate van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid laat zien. Ontwikkelingen echter zoals consumentisme, demografische ontwikkelingen, nieuwe technologieën en behandelingen en een ongezonde leefstijl, forceren de gezondheidszorg tot een fundamentele transitie.

Het wordt de uitdaging om dit veranderproces in te gaan met een gedeelde verantwoordelijkheid, het maken van keuzen in gemeenschappelijkheid en een goede samenwerking van de verschillende partijen in de zorg rondom de patiënt. Belangrijk is om veranderingen aan te brengen die gebaseerd zijn op feiten, reflectie op de bestaande situatie, en heldere analyse van de consequenties van de voorgestelde veranderingen voor de patiënt.

De medisch specialist zal hierin een centrale rol moeten vervullen. Want als geen ander is de medisch specialist, die gedreven is om de patiënt de best mogelijk zorg te bieden, in staat om reflectie te geven op maatregelen en systemen vanuit de praktijk.

In de toekomst zal de zorg steeds meer rondom de zorgvraag van de patiënt georganiseerd moeten worden, met als uitdaging de preventieve en proactieve chronische

zorg. Door het optimaliseren van de interactie tussen de patiënt, de zorgprofessional en het zorglandschap, zal dit moeten leiden tot een duurzaam flexibel systeem gericht op waardecreatie in de zorg. Hierbij zullen kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid steeds centraal moeten staan.

De medisch specialist zal, naast zijn professionele rol als zorgverlener, vele andere taken krijgen op het gebied van procesbewaking, kwaliteitsregistratie, samenwerking en strategieontwikkeling. Verschillende talenten en nieuwe competenties zullen hierbij ingezet moeten worden, er vanuit gaand dat de medisch specialist niet uniform is. Echter, aan de basis van iedere medisch specialist ligt een gedrevenheid om de gezondheidszorg voortdurend te verbeteren. De regierol bij de zorgprofessional houden zal essentieel zijn voor het behoud van deskundigheid en bezieling in de zorg.

Tijdens de totstandkoming van het rapport heb ik veel bezieling gezien. Allereerst bij de projectgroep bestaande uit negen medisch specialisten en gezondheidseconoom Marc Pomp, die dit rapport mede hebben geschreven. Maar ook bij alle andere mensen die we hebben gesproken, waaronder de leden van de klankbordgroep. Ik wil iedereen heel hartelijk danken voor de inspirerende gesprekken en samenwerking.

Ik zie dit document als een aanzet om de medisch specialisten in de regierol te zetten. Een rol waarvan ik overtuigd ben dat ze hem met verve zullen uitvoeren. Een prachtige rol. Een rol van waaruit ze samen met patiënten, andere zorgprofessionals, zorginstellingen en andere partijen in de zorg ons aller droom werkelijkheid kunnen maken. Want uiteindelijk is die dezelfde.

Carina Hilders

Gynaecoloog en Voorzitter projectgroep De Medisch Specialist 2015

01

De uitdaging

De medische zorg in Nederland combineert uitstekende toegankelijkheid voor de patiënt met goede kwaliteit en, vergeleken met andere landen, lage kosten. We zullen deze beweringen met feiten staven in het volgende hoofdstuk. Toch is er ruimte voor verbetering, vooral bij de taakverdeling met de 1^e lijn, het aanpakken van ongewenste praktijkvariatie, zorg aan het levenseinde en het terugdringen van vermijdbare complicaties. Ook het leveren van een serieuze bijdrage aan verantwoorde uitgavenbeheersing behoort tot de maatschappelijke verantwoordelijkheid van de medisch specialist. Duurzame goede zorg is immers ook betaalbare zorg.

Goede zorg verandert voortdurend, onder invloed van veranderingen in de maatschappij en vooruitgang in medische kennis en kunde. Deze trends stellen nieuwe eisen aan de inrichting van ons zorgstelsel en aan de competenties van de medisch specialist. Sleutelbegrippen zijn herinrichting van het zorglandschap, taakherschikking tussen 1^e en 2^e lijn, transparantie van kwaliteit, *shared decision making*, terugdringen van ongewenste praktijkvariatie en competentiegericht opleiden. Op al deze thema's komen we nog uitgebreid terug.

In dit visiedocument presenteren we maatregelen die nodig zijn om de medisch-specialistische zorg verder te verbeteren en betaalbaar te houden. Hierbij hebben we de volgende algemene uitgangspunten gehanteerd:

1. De patiënt staat centraal. De arts - zowel de huisarts als de medisch specialist - is de natuurlijke bondgenoot van de patiënt. De hele artsenopleiding, tot en met de afsluiting met het afleggen van de belofte of de eed, is gericht op het belang van de patiënt. De medisch specialist wil vanuit deze rol nieuwe initiatieven ontplooiën om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg ook in de toekomst veilig te stellen.
2. De aanbevelingen zijn gericht op de medisch specialist zelf: we richten ons niet primair op de overheid of op zorgverzekeraars. Dat laat onverlet dat voor het

welslagen van de verschillende initiatieven samenwerking met patiënten, zorgverzekeraars en de overheid essentieel is. Alleen samen kunnen we de zorg beter maken.

3. Onze visie is 'stelselneutraal'. Daarmee bedoelen we dat we geen uitspraak doen over het gewenste zorgstelsel: we pleiten niet voor handhaving van het huidige stelsel gebaseerd op gereguleerde concurrentie ('marktwerking'), maar we pleiten evenmin voor een nieuw stelsel. Door onze visie stelselneutraal te houden, hopen we het draagvlak voor de voorgestelde veranderingen te vergroten. Dat laat onverlet dat elk stelsel aan bepaalde eisen dient te voldoen: het moet de verbeteringen zoals wij die bepleiten niet in de weg staan, maar juist stimuleren.
4. Onze visie is 'economie-resistent'. De middelen die beschikbaar zijn voor de zorg zullen ruimer zijn in tijden van economische voorspoed. Wat dat betreft zijn de vooruitzichten niet gunstig. De initiatieven die we bepleiten hangen echter niet af van de beschikbare middelen. In dat opzicht zijn onze voorstellen te kenschetsen als *no regret* opties.
5. We gaan niet in op de inkomens van medisch specialisten. Ons uitgangspunt dat het belang van de patiënt centraal staat, betekent dat we ons richten op de inhoud en organisatie van de zorg en niet op het financiële belang van de medisch specialist. Uiteraard is een adequate honorering een noodzakelijke randvoorwaarde voor een goed en toereikend aanbod van medisch specialistische zorg.

Dit visiedocument is opgesteld in opdracht van de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en de wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten. Het document is een advies aan de opdrachtgevers, opgesteld door een projectgroep van medisch specialisten:

- Carina Hilders (voorzitter) Gynaecoloog
- Esther Verstraete Aios, Neurologie
- Robert Jan Stolker Anesthesioloog
- Leon Winkel Kinderarts
- Hans Ablij Internist
- Huib Cense Chirurg
- Klaas van der Heijden Orthopedisch Chirurg
- Micon Bijl Cardioloog
- Annemarie van 't Veen Arts-microbioloog
- Mijnke Janssen Psychiater
- Marc Pomp (secretaris) Gezondheidseconoom

Een breed samengestelde klankbordgroep heeft de projectgroep voorzien van nuttige adviezen:

- Martin van Rijn, voorzitter Raad van Bestuur PGGM
- Arie Nieuwenhuijzen Kruseman, voorzitter KNMG
- Leon van Halder, directeur-generaal Curatieve Zorg Ministerie van VWS
- Kim Putters, Eerste Kamerlid PvdA
- Marjanne Sint, voorzitter Raad van Bestuur IsalaKlinieken
- Hans Biesheuvel, voorzitter MKB VNO/NCW
- Bart Combée, directeur Consumentenbond
- Pieter Hasekamp, algemeen directeur Zorgverzekeraars Nederland
- Raymond Gradus, Wetenschappelijk Instituut voor het CDA

Daarnaast zijn gesprekken gevoerd met uiteenlopende stakeholders. Ten slotte is dankbaar gebruik gemaakt van de kennis en expertise die aanwezig is bij het bestuur en bureau van de OMS (zie bijlage 1 voor een overzicht van geconsulteerde personen).

De hoofdlijnen van dit visiedocument zijn besproken tijdens een 'heidag' met vertegenwoordigers van de OMS en de wetenschappelijke verenigingen. De discussie tijdens deze heidag heeft onder meer geresulteerd in een aantal stellingen. Deze stellingen zijn in een internetenquête voorgelegd aan leden van de OMS en van de wetenschappelijke verenigingen. In het slothoofdstuk rapporteren we de uitkomsten van deze enquête.

Dit visiedocument is als volgt opgebouwd. De volgende twee hoofdstukken presenteren een overzicht van de huidige prestaties van de Nederlandse medisch-specialistische zorg en van de trends die de medisch-specialistische zorg in de toekomst gaan beïnvloeden. Hoofdstuk 4 gaat vervolgens in op wat verschillende adviesbureaus en adviesraden in recente rapporten zien als gewenste veranderingen. Op dit fundament bouwen we in hoofdstukken 5 - 10 onze visie op de toekomst van de medisch-specialistische zorg. Hoofdstuk 11 sluit af met een samenvatting en conclusies. ♦

02

Naar staan
we?

In dit hoofdstuk gaan we in op de vraag hoe de Nederlandse medisch-specialistische zorg er voor staat. Daarbij maken we een onderscheid tussen het beeld van de medisch-specialistische zorg enerzijds en de feiten anderzijds. Zoals zal blijken komen beeld en feiten niet altijd overeen. Het is belangrijk dit recht te zetten, om te voorkomen dat beleid wordt gevoerd op basis van verkeerde beelden.

2.1 Het beeld

‘Het’ beeld van de medisch-specialistische zorg in Nederland bestaat natuurlijk niet: iedereen heeft een eigen beeld, gebaseerd op eigen ervaringen met de zorg, ervaringen van vrienden en familie en de berichtgeving in de media. Er bestaat soms een flinke discrepantie tussen de verschillende beelden. Patiënten zijn over het algemeen tevreden tot zeer tevreden, zo merken wij in ons dagelijkse werk. Een indruk die wordt bevestigd door de rapportcijfers op de website www.zorgkaartnederland.nl: gemiddeld krijgt de Nederlandse medisch specialist een rapportcijfer van ongeveer 8,3.¹ Bij deze bron past het voorbehoud dat geen sprake is van een representatieve streekproef, dat de cijfers niet worden geverifieerd en dat het aantal waarnemingen per individuele medisch specialist vaak erg klein is. Maar niettemin: de gemiddelde score is opvallend hoog.

Hier staat een beeld in de media tegenover waarin de indruk wordt gewekt dat sprake is van veel onnodige zorg: praktijkvariatie, onzinnig politiek, overbodige diagnostiek en onnodige operaties. Hierdoor zou de ziekenhuiszorg onnodig duur zijn.

In de volgende paragraaf zullen we laten zien dat dit beeld niet strookt met de feiten. Dat doen we aan de hand van een internationale vergelijking. We gaan achtereenvolgens in op de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de Nederlandse medisch-specialistische zorg.

2.2 De feiten

2.2.1 Toegankelijkheid

Iedereen in Nederland is verzekerd voor een breed pakket van zorg. Hierdoor is de toegankelijkheid van de Nederlandse gezondheidszorg voor iedereen goed geregeld. Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) vatte het onlangs bondig samen: “De Nederlandse gezondheidszorg behoort tot de meest toegankelijke ter wereld, het basispakket is breed en de eigen betalingen zijn laag.”² Uit onderzoek blijkt dan ook dat in ons land vrijwel geen enkele chronisch zieke om financiële redenen afziet van het bezoek aan een arts of van de aanschaf van geneesmiddelen, tegen meer dan tien procent van de chronisch zieken in landen als Duitsland en Frankrijk en zelfs één op de drie in de VS.³

2.2.2. Kwaliteit

Het meten van kwaliteit van zorg staat nog in de kinderschoenen. Goede internationale vergelijkingen van kwaliteit van zorg zijn dan ook niet beschikbaar. De beschikbare internationale gegevens wijzen allemaal in één richting: de Nederlandse zorg is van hoge kwaliteit. Zo heeft Nederland volgens de Euro Health Consumer Index (EHCI) 2012 voor het derde jaar op rij het beste gezondheidszorgsysteem van Europa.

Ook in een rapport uit 2010 van het Amerikaanse *Commonwealth Fund* komt de Nederlandse zorg als beste uit de bus.⁴ In dit rapport werden slechts zeven landen meegenomen: naast Nederland Australië, Canada, Duitsland, Nieuw-Zeeland, het VK en de VS. Het rapport onderscheidt vijf domeinen. Nederland scoort als nummer 2 op het domein kwaliteit. Bij toegankelijkheid en rechtvaardigheid (wij zouden zeggen solidariteit) staat Nederland op nummer 1. De minder goede score op het domein doelmatigheid heeft vooral te maken met de hoge uitgaven aan de langdurige zorg. Bij de curatieve zorg zijn de Nederlandse uitgaven juist relatief laag. We komen hier later in dit hoofdstuk op terug (zie paragraaf 2.2.4).

ZORGSTELSELS VERGELEKEN: RANGORDE IN 2009*

	Australië	Canada	Duitsland	Nederland	Nw-Zeeland	VK	VS
Totaal	3	6	4	1	5	2	7
Kwaliteit	4	7	5	2	1	3	6
Toegankelijkheid	6.5	5	3	1	4	2	6.5
Doelmatigheid	2	6	5	3	4	1	7
Solidariteit	4	5	3	1	6	2	7
Lang, gezond, productief leven	1	2	3	4	5	6	7

* Cijfers geven rangorde aan, 1=hoogste score

Bron: Commonwealth Fund, *Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally, 2010 Update*.

Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) is in de tweejaarlijkse Sociale Staat van Nederland (waarvan de meest recente editie is gepubliceerd van 2011) iets zuiniger in haar oordeel over de Nederlandse zorg. Na geconstateerd te hebben dat “de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg zich [kan] meten met die in andere westerse landen”, vervolgt het rapport:

“Toch zijn er ook aanwijzingen dat de kwaliteit van de zorg onder de maat is. Zo is de sterfte binnen 30 dagen na een ziekenhuisopname voor een acute aandoening als een hartinfarct en een beroerte in Nederland ongeveer tweemaal zo hoog als in de Europese landen met de laagste sterfte aan deze aandoeningen. Ook doen zich tussen ziekenhuizen en regio's grote behandelverschillen voor die niet verklaard kunnen worden door verschillen in zorgbehoefte. Op sommige onderdelen schiet ook de coördinatie van de zorg tekort. Veel patiënten moeten bij iedere nieuwe zorgverlener hun hele

ziektesgeschiedenis opnieuw vertellen en ervaren dat als een probleem.”⁵

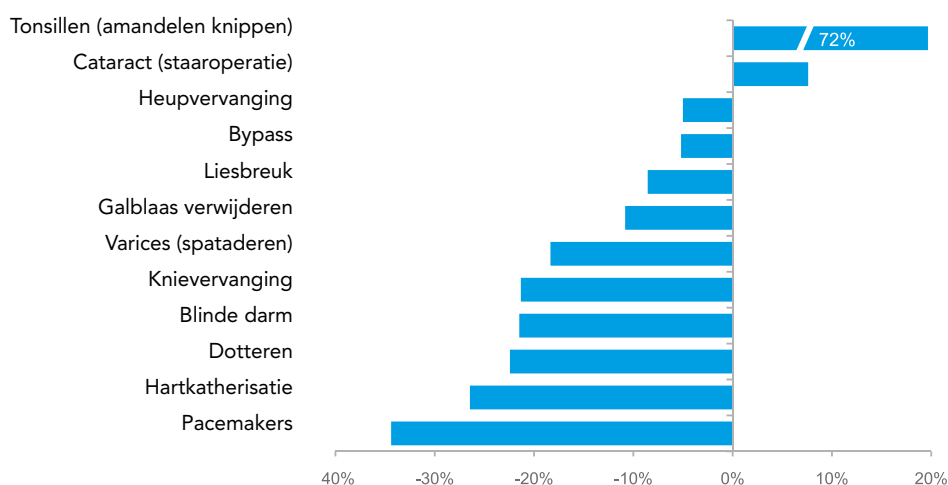
Het SCP komt tot de volgende conclusie:

“Het geheel overziende concludeert de Zorgbalans 2010 dat kwaliteit en zorgkosten nog niet goed in evenwicht zijn. Er zijn positieve ontwikkelingen maar de kwaliteit verbetert slechts langzaam terwijl de zorguitgaven in het achterliggende decennium zoveel sneller zijn gestegen dat de doelmatigheid van de zorg serieuze aandacht verdient.”⁶

Deze conclusie is opmerkelijk, omdat een recente analyse van de stijging van de levensverwachting in de afgelopen 10 jaar juist laat zien dat deze stijging op het conto komt van de extra zorguitgaven:

“Twee derde van de toename in levensverwachting sinds 2002 was het gevolg van daling in de sterfte

AANTAL CHIRURGISCHE VERRICHTINGEN PER 100.000 INWONERS IN NEDERLAND IN 2009 (IN VERHOUDING MET HET EUROPEES GEMIDDELDE)*



* Internationale registratieverschillen beperken de vergelijkbaarheid tussen landen.

Bron: SIRM, Achtergronddocument NVZ brancherapport ziekenhuizen, 2012

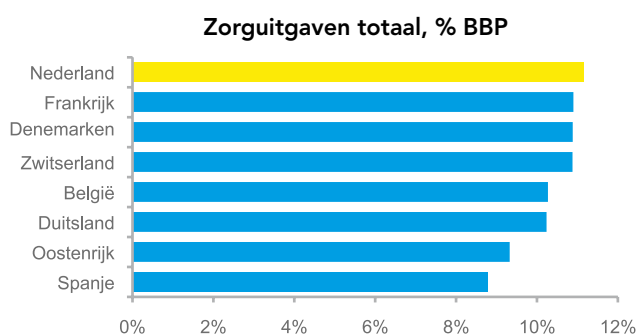
onder 65-plussers. Voor vele doodsoorzaken werd een daling in sterfte gezien. Gunstige veranderingen in sterftedeterminanten die samenvielen met de versnelling van de sterftedaling, deden zich vooral binnen de gezondheidszorg voor. De uitgaven voor de gezondheidszorg namen na 2001 snel toe, wat gepaard ging met een sterke toename van bezoeken aan de specialist, gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen, ziekenhuisopnamen en chirurgische ingrepen onder ouderen. De afname van het aantal niet-behandelbeslissingen suggereert een attitudeverandering ten gunste van een actieve inzet voor behandeling van oudere patiënten. Onze bevindingen suggereren dat de snelle toename van de levensverwachting in Nederland sinds 2002 ten minste gedeeltelijk het gevolg was van een toename van gezondheidszorg voor ouderen en werd gefaciliteerd door het loslaten van budgettaire beperkingen in de gezondheidszorg.”⁷

2.2.3 Onnodige zorg?

In vergelijking met het buitenland staat de Nederlandse ziekenhuiszorg te boek als sober en terughoudend. Dit laat zich op verschillende manieren illustreren. Voor een recent overzicht verwijzen we naar het rapport dat bureau Sirm onlangs heeft opgesteld voor de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen.⁸ Uit dat overzicht blijkt bijvoorbeeld dat het aantal ingrepen per hoofd van de bevolking relatief laag is: bij vrijwel alle operaties waarvoor internationaal vergelijkbare cijfers beschikbaar zijn, scoort Nederland (meestal ver) onder het Europese gemiddelde (zie onderstaande grafiek). De enige opvallende uitzondering is “amandelen knippen”.⁹ Ook staaroperaties lijken in Nederland iets vaker plaats te vinden dan in andere landen.

Deze internationale verschillen zijn deels verklaarbaar uit het feit dat Nederlanders tot de gezondste wereldburgers behoren, maar ook de sobere Nederlandse zorgcultuur en de goed ontwikkelde 1^e lijn spelen een rol. Een belangrijke

ZORGUITGAVEN ALS PERCENTAGE VAN HET BBP, 2009, GECORRIGEERD VOOR VERSCHILLEN IN BEVOLKINGS-SAMENSTELLING (LEEFTIJD EN GESLACHT)



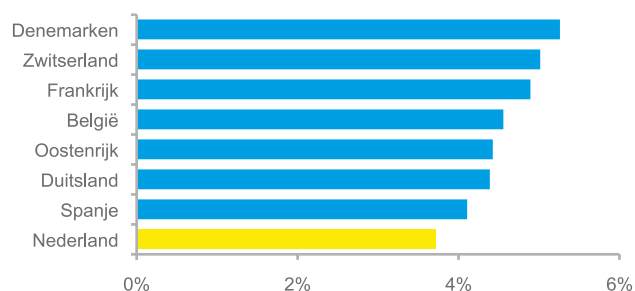
Bron: SIRM, Achtergronddocument NVZ brancherapport ziekenhuizen, 2012

implicatie is, dat uitgavenbeheersing is gebaat bij het koesteren van deze specifiek Nederlandse zorgcultuur.

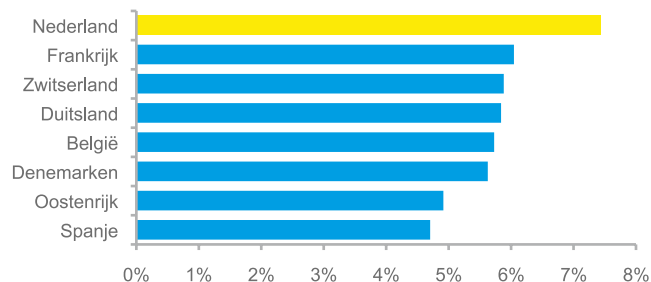
2.2.4. Uitgaven aan curatieve zorg in internationaal perspectief

De sobere Nederlandse zorgcultuur komt ook tot uitdrukking in internationale vergelijkingen van de uitgaven aan de curatieve zorg. De laatste OESO-cijfers laten zien dat Nederland in vergelijking met andere Europese landen weliswaar een vrij hoog percentage van het bruto binnenlands product (BBP) uitgeeft aan de zorg, maar dat dit veroorzaakt wordt door de niet-curatieve zorg (WMO en AWBZ). De uitgaven aan de curatieve zorg (1^e en 2^e lijn) behoren juist tot de laagste in Europa.

Uitgaven aan curatieve zorg, % BBP



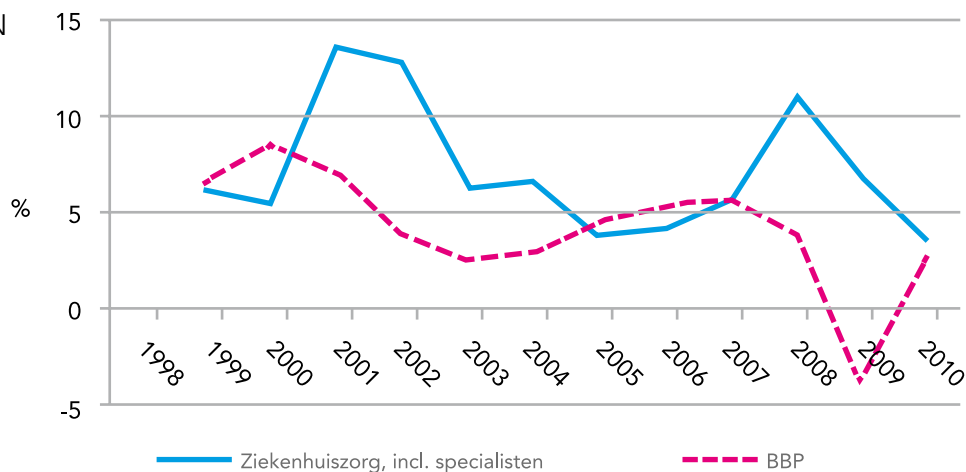
Uitgaven aan niet-curatieve zorg, % BBP



2.2.5. Snelle groei van de ziekenhuisuitgaven

De bezorgdheid over de uitgaven aan de ziekenhuiszorg is vooral gebaseerd op de snelle groei van deze uitgaven. De grafiek op pagina 13 brengt deze groei in beeld. Opvallend is het grillige verloop, met pieken in 2001-2002 (de jaren van het boter-bij-de-vis-beleid van minister Borst van Volksgezondheid) en 2008. Maar ook in 'gewone' jaren ligt de groei meestal ruim boven de 4%. In de periode 2000-2010 zijn de uitgaven aan de ziekenhuiszorg verdubbeld, een gemiddelde jaarlijkse groei van 7,3%. In dezelfde periode steeg het BBP nominaal (dus inclusief inflatie) gemiddeld met 5,0% per jaar. Als we de gemiddelde groei van de ziekenhuiszorg in de afgelopen 10 jaar doortrekken naar de toekomst, dan zijn over twintig jaar de uitgaven aan de ziekenhuiszorg verviervoudigd. Dat klinkt dramatisch, maar als we ook rekening houden met de verwachte groei van het BBP dan blijft de toename als

UITGAVEN ZIEKENHUISZORG EN BBP JAARLIJKSE GROEI, 1998-2010



percentage van het BBP beperkt. Als in een pessimistisch scenario het nominale BBP slechts met vier procent groeit (1,5% reële groei en 2,5% inflatie), loopt het aandeel van de ziekenhuisuitgaven in het BBP op tot 7,0% in 2030. Maar welk scenario we ook hanteren: stijgende zorguitgaven bij een stagnerende economie betekenen dat uitgavenbeheersing hoog op de politieke agenda zal blijven staan.

2.3. Conclusies

Uit internationale vergelijkingen blijkt dat de Nederlandse medisch-specialistische zorg goed scoort op zowel kwaliteit, toegankelijkheid als betaalbaarheid. De snelle uitgavengroei van de ziekenhuiszorg is een terecht punt van maatschappelijke zorg. ♦

Noten

1. Website geraadpleegd 1-5-2012.
2. SCP, *De sociale staat van Nederland 2011*, p. 159.
3. RIVM, *Zorgbalans 2010*.
4. Commonwealth Fund, *Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally, 2010 Update*.
5. SCP, *De sociale staat van Nederland 2011*, p. 180. Wat betreft de score van Nederland bij de sterfte binnen 30 dagen na

*opname: hierbij past de kanttekening dat de cijfers waar het SCP zich op baseert alleen de sterfte meten in het ziekenhuis waarin de patiënt in eerste instantie is opgenomen. Als ook rekening wordt gehouden met de overdracht van patiënten na opname naar een ander ziekenhuis (bijvoorbeeld een academisch centrum) klopt de opmerking van het SCP niet meer. Zie OECD, *Health at a Glance 2011*.*

6. SCP, *De sociale staat van Nederland 2011*, p. 180.
7. Johan Mackenbach et al., *Snelle toename van de levensverwachting in Nederland*, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2012;156:A4535.
8. Sirm, *Achtergronddocument NVZ brancherapport ziekenhuizen: Vergelijking van prestaties van ziekenhuizen in Nederland, Frankrijk, Duitsland, Denemarken, Spanje, Zwitserland, Groot-Brittannië, Oostenrijk en België op basis van gegevens van de OECD en andere bronnen*, juli 2012.
9. De verschillen in amandelen knippen treden met name op met de Zuid Europese landen waar het veelvuldig voorschrijven van antibiotica leidt tot ontwikkeling van multiresistente bacteriën. In de ons omringende landen is de incidentie van het knippen van amandelen vergelijkbaar met de incidentie in Nederland. Daarnaast zijn naar aanleiding van wetenschappelijk onderzoek de richtlijnen inmiddels aangescherpt.

03

Wat komt er
op ons af?

De goede uitgangspositie van de Nederlandse medisch-specialistische zorg betekent niet dat alles bij het oude kan blijven. In dit hoofdstuk gaan we kort in op belangrijke trends en hun implicaties voor de medisch-specialistische zorg van de toekomst.

3.1. De patiënt van de toekomst

Een aantal trends zal leiden tot kwalitatieve en kwantitatieve veranderingen in de zorgvraag. Allereerst zal de zorgvraag toenemen door vergrijzing. 80-plussers genereren in totaal ongeveer 10% van alle ziekenhuiskosten. De helft van de uitgaven komt voor rekening van de leeftijdsgroep 50-80 jaar.¹⁰ Gebruikers van ziekenhuiszorg zijn dus vaak ouderen.

Ook de complexiteit van de zorgvraag zal toenemen. Volgens de beschikbare cijfers hebben ongeveer 4,5 miljoen Nederlanders één of meer chronische aandoeningen. 1,3 miljoen Nederlanders hebben meer dan één chronische aandoening; dit laatste wordt ook wel aangeduid als multimorbiditeit. Multimorbiditeit komt vooral veel voor bij ouderen.

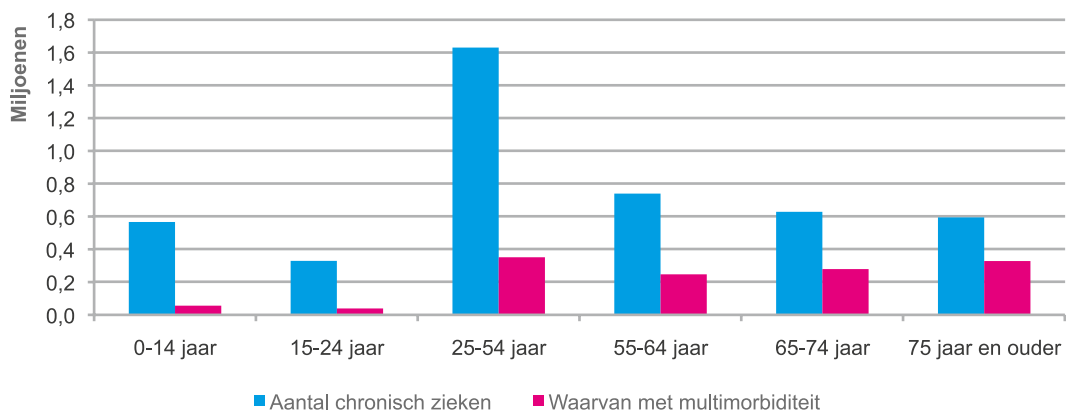
Een derde verandering betreft de communicatie met de patiënt. Patiënten zijn (mede dankzij internet) steeds beter geïnformeerd en steeds meer gewend te communiceren via sociale media.

Volgens sommigen zal een goed geïnformeerde patiënt vaak afzien van behandeling.¹¹ Maar dit is niet altijd het geval. Patiënten dringen ook regelmatig aan op doorverwijzing, diagnostiek en behandeling waar de arts een terughoudend beleid voorstelt.

3.2. Transparantie van kwaliteit

Sinds de invoering van het nieuwe zorgstelsel is de behoefte aan openbare kwaliteitsgegevens over zorgaanbieders, vooral over ziekenhuizen, sterk toegenomen. Verzekeraars en patiëntenorganisaties dringen hierop aan; patiënten maken nog slechts beperkt gebruik van de beschikbare kwaliteitsgegevens.¹²

CHRONISCH ZIEKEN EN MULTIMORBIDITEIT



Bron: RIVM, VTV 2010 (website)

LEVENSV ERWACHTING EN GEZONDE LEVENSV ERWACHTING, 1981 EN 2009

	1981		2009		verandering 1981-2009	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	vrouwen	mannen	Vrouwen
levensverwachting bij geboorte	72,7	79,3	78,5	82,6	5,8	3,3
levensverwachting zonder chronische ziekte	54,5	53,9	47,6	41,8	-6,9	-12,1

3.3. Preventie

Terwijl de levensverwachting in ons land nog steeds blijft stijgen, is de levensverwachting zonder chronische ziekte de afgelopen decennia juist gedaald. We moeten de oorzaak hiervan waarschijnlijk zoeken bij een ongezonde leefstijl, hoewel eerdere diagnose van chronische aandoeningen ook een rol kan spelen.¹³ Bovenstaande tabel zet een aantal cijfers hierover op een rij (cijfers over de gezonde levensverwachting worden pas sinds 1982 gerapporteerd).¹⁴ Bij mannen is de levensverwachting zonder chronische ziekten in de periode 1982-2009 gedaald met bijna 7 jaar, bij vrouwen met maar liefst 12 jaar. Het contrast tussen mannen en vrouwen is vermoedelijk voor een deel te wijten aan het feit dat vrouwen meer zijn gaan roken. Opmerkelijk genoeg laten subjectieve indicatoren, zoals het aantal jaren in goede gezondheid, wel een verbetering zien sinds 1981. Een oorzaak kan zijn dat de zorg voor mensen met een chronische aandoening is verbeterd.

De conclusie moet luiden dat we weliswaar steeds ouder worden, maar dat we een toenemend deel van ons leven doorbrengen met gezondheidsproblemen. Deze cijfers onderstrepen nog eens het enorme belang van preventie van chronische aandoeningen.

3.4. Nieuwe medische technologie en zinnige zorg

Nieuwe geneesmiddelen en nieuwe operatietechnieken hebben sinds het midden van de vorige eeuw bijgedragen

aan verlenging van de levensverwachting en verbetering van de kwaliteit van leven. Tegelijkertijd roept nieuwe medische technologie de vraag op of alles wat kan ook moet. Zijn er grenzen aan zinnig medisch handelen, en zo ja, waar trekken we de grens? En wie trekt die grens? Deze vragen worden de komende jaren om twee redenen belangrijker. Allereerst door de vergrijzing: steeds vaker zal de dokter in de spreekkamer te maken krijgen met de vraag of verder medisch handelen nog zinvol is. In de tweede plaats zal het beschikbaar komen van bijvoorbeeld nieuwe dure geneesmiddelen de vraag oproepen hoeveel we bereid zijn te betalen voor een soms geringe gezondheidswinst.

3.5. E-health en sociale media

Nieuwe communicatietechnologie biedt nieuwe manieren om zorg te verlenen, buiten de spreekkamer van de dokter. Sociale media, tele-sprekuren en *M-health* (waarbij *m* staat voor *mobile*) kunnen de zorg toegankelijker en doelmatiger maken. Ook ontstaan hierdoor kansen voor 'o-de lijnszorg', waarbij met name chronische patiënten een actievere rol krijgen bij het monitoren van hun gezondheid en het tijdig inschakelen van professionele hulp. Dit kan de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg ten goede komen. Om dit potentieel van e-health optimaal te benutten zal de medisch specialist hier actief werk van moeten maken. Her en der zien we al initiatieven ontstaan op dit terrein. We komen hier later op terug (zie paragraaf 6.6).

3.6. Toenemende druk om uitgavenbeheersing

De collectief gefinancierde zorguitgaven maken op dit moment ongeveer 10 procent uit van het bruto binnenlands product (BBP).¹⁵ Economen verwachten dat dit aandeel de komende decennia verder zal stijgen, tot minstens 15 procent van het BBP in 2040. Sommige ramingen komen nog veel hoger uit, tot wel 30 procent van het BBP in 2040. Als de zorguitgaven, zoals nu geval is, grotendeels collectief gefinancierd blijven, dan betekent dit een veel hogere belasting- en premiedruk en verdringing van andere productieve overheidsuitgaven zoals onderwijs en infrastructuur. De roep om beheersing van de zorguitgaven zal dan ook luider worden.

3.7. Implicaties voor de medisch-specialistische zorg

De in dit hoofdstuk gesignaleerde trends impliceren de volgende uitdagingen voor de medisch specialist:

1. De patiënt van de toekomst is steeds vaker ouder en heeft één of meer chronische aandoeningen. Dit vraagt om veranderingen in de organisatie en soms om besluitvorming met de patiënt over de doelstellingen van de zorg.
2. Er worden nieuwe eisen gesteld aan de communicatieve vaardigheden van de medisch specialist. Hierbij gaat het om het betrekken van de patiënt bij behandelkeuzes inclusief het afremmen van weinig zinvolle zorgvraag.
3. De medisch specialist heeft een actieve rol bij het verder transparant maken van de kwaliteit van de zorg.
4. Een ongezonde leefstijl leidt ertoe dat veel mensen een aantal jaren van hun leven doorbrengen met één of meer chronische ziekten. Hier ligt een opgave voor de publieke gezondheidszorg, de huisarts, en de medisch specialist, zowel binnen de spreekkamer met de individuele patiënt als buiten de spreekkamer als 'ambassadeur' van gezond gedrag.
5. Inspelen op de mogelijkheden van sociale media en e-health vraagt om nieuwe initiatieven van de medisch specialist.
6. De medisch specialist kan bijdragen aan de beheersing van de zorguitgaven door bij te dragen aan grotere doelmatigheid van de medisch-specialistische zorg. ♦

Noten

10. RIVM, 2011. Slobbe LCJ, Smit JM, Groen J, Poos MJJC, Kommer GJ. *Trends in Kosten van Ziekten in Nederland 1999-2010 (nog niet verschenen)* (www.kostenvanziekten.nl)
11. Zie Booz en Co, *Kwaliteit als medicijn* (2012).
12. Zie Stéphanie van der Geest en Marco Varkevisser, *Zorgconsumenten en Kwaliteitsinformatie*, Economisch Statistische Berichten, 16 maart 2012.
13. Zie Johan Mackenbach, *Ziekte in Nederland*, Mouria 2010.
14. *Subjectieve indicatoren, zoals het aantal jaren in als goed ervaren gezondheid, laten wel een verbetering zien sinds 1981. Dit zal te maken hebben met verbeteringen in de zorg voor mensen met een chronische aandoening.*
15. *Het cijfer van 10 procent van het BBP is volgens de definitie van het Budgettair Kader Zorg (BKZ). Ook het CPB komt voor 2011 op 10 procent van het BBP (zie bijvoorbeeld de Macro Economische Verkenning 2012). Volgens het CBS belopen de zorguitgaven bijna 15 procent van het BBP. De oorzaak van dit verschil is dat het CBS een veel ruimere definitie van de zorg hanteert. Zo rekent het CBS ook kinderopvang, sociaal cultureel werk, ARBO-diensten en de opvang van asielzoekers tot de zorg. De BKZ-definitie sluit beter aan bij internationaal gangbare definities van de zorg.*

04

Anderen over
de toekomst
van de medisch
specialistische
zorg

4.1. Inleiding

De meeste gerenommeerde adviesbureaus hebben recent rapporten uitgebracht over de toekomst van de medisch-specialistische zorg in Nederland (zie bijlage 2 voor een overzicht). In dit hoofdstuk vatten we de belangrijkste thema's en aanbevelingen van deze rapporten samen. De oogst van deze exercitie vormt belangrijke input voor onze eigen visie in de hoofdstukken die volgen.

De volgende thema's staan centraal in de verschillende rapporten:

1. De herinrichting van het zorglandschap
2. Spiegelinformatie als katalysator voor kwaliteit en kostenbeheersing
3. Praktijkvariatie tussen regio's en tussen ziekenhuizen

De meeste rapporten gaan uitgebreid in op de gevolgen van de verschillende beleidsaanbevelingen voor de zorguitgaven.

4.2. Opvallende overeenkomsten

In twee opzichten stemmen de verschillende analyses overeen:

- Alle rapporten zien een belangrijke rol voor de medisch specialist bij het in gang zetten van de gewenste veranderingen.
- Geen van de rapporten pleit voor een nieuw zorgstelsel; het huidige ordeningsmodel gebaseerd op gereguleerde marktwerking wordt niet ter discussie gesteld.

Een opvallende rode draad is de aanbeveling om te komen tot primaire zorgcentra in de buurt waarin ook medisch specialisten werkzaam zijn. Grote delen van de huidige ziekenhuiszorg worden dan geleverd door deze buurtgezondheidscentra.

4.3. De herinrichting van het zorglandschap

De 'herinrichting van het zorglandschap' - een verzamelterm voor taakherschikking, concentratie en spreiding - is een belangrijk thema. Een aantal rapporten bepleit verdere concentratie van zorg, niet alleen bij complexe laagvolume-zorg maar ook bij een aantal veel voorkomende aandoeningen. Van deze herverkaveling van zorg worden door de voorstanders grote besparingen verwacht, oplopend tot ruim 20% van de uitgaven aan ziekenhuiszorg in 2025.

4.4. Spiegelinformatie als katalysator voor kwaliteit en kostenbeheersing

In het rapport van de Boston Consulting Group Zorg voor Waarde (2011) staat de voortrekkersrol van de medisch specialist bij kwaliteitsindicatoren centraal. Het rapport is gebaseerd op een analyse van de Zweedse ervaringen rond kwaliteitsmeting. Zweden kent ruim 80 nationale kwaliteitsregistraties, opgericht en geleid door medisch specialisten. De ziektebeelden die door deze registraties worden afgedekt beslaan zo'n 60% van de totale ziekenhuiskosten. Gemiddeld hebben deze registraties een dekking van 70% van alle Zweedse patiënten die met de betreffende aandoening gediagnosticeerd worden.

De Zweedse kwaliteitsregistraties zijn over het algemeen relatief kleine, onafhankelijke organisaties, opgezet en gedragen door de relevante wetenschappelijke vereniging van medisch specialisten. BCG stelt verder:

“Het feit dat de wetenschappelijke verenigingen een leidende rol spelen bij het vaststellen van de kwaliteitsindicatoren en het valideren van de data, maakt dat het draagvlak voor de registraties onder specialisten groot is.”

Op basis van een vergelijking tussen Nederland en Zweden komt BCG tot een aantal verregaande conclusies:

“ Voor de aandoeningen waarvoor in Zweden een kwaliteitsregistratie bestaat, laat Zweden duidelijk betere uitkomsten zien (de mortaliteit ligt in Zweden tussen de 9% en 49% lager dan in Nederland). Voor de aandoeningen waarvoor Zweedse kwaliteitsregistraties een deel van de behandelingen afdekken, zijn de uitkomsten in Zweden iets beter dan in Nederland (de mortaliteit ligt in Zweden tussen de 5% en 17% lager dan in Nederland). Er is geen duidelijk verschil waarneembaar tussen Nederland en Zweden voor de aandoeningen waarvoor in Zweden (nog) geen kwaliteitsregistratie bestond op het moment van de observatie. ”

Voor meer informatie over de Zweedse kwaliteitsregistraties verwijzen we naar bijlage 3.

4.5. Praktijkvariatie en overbehandeling

Van een aantal veel voorkomende verrichtingen is al langer bekend dat er binnen Nederland een grote mate van praktijkvariatie bestaat.¹⁶ Onderzoeksbureau KPMG Plexus heeft deze praktijkvariatie de laatste jaren voor een aantal aandoeningen gedetailleerd in kaart gebracht (zie bijlage 4 voor een samenvatting van de analyse van Plexus). Plexus definieert praktijkvariatie als “grote regionale verschillen in aantallen uitgevoerde medisch behandelingen per hoofd van de bevolking.”

Volgens de onderzoekers wijst de gemeten praktijkvariatie vooral op overbehandeling en niet of nauwelijks op onderbehandeling. Het volledig uitbannen van praktijkvariatie zou dan volgens de onderzoekers leiden tot een afname van het behandelvolume met een kwart of meer, afhankelijk van de onderzochte aandoening. De

onderzoekers concluderen dat op de totale ziekenhuiszorg tussen de 5% en 7% kan worden bespaard als het lukt praktijkvariatie terug te dringen.

Het rapport van Booz & Co (2012) stelt eveneens dat er sprake is van aanzienlijke overbehandeling in de Nederlandse ziekenhuiszorg. Naast praktijkvariatie ziet Booz & Co de neiging van artsen om te vaak te kiezen voor een operatie of voor diagnostiek, ook als de patiënt zelf daar liever van zou hebben afgezien. Booz en Co verwacht dat *shared decision making* zal leiden tot het terugdringen van onnodige zorg: “Goed geïnformeerde patiënten blijken echter de juiste keuzes voor zichzelf te nemen, en dat zijn vaak niet de duurste keuzes.”

Booz & Co ziet een ander beloningsmodel voor dokters als de sleutel tot het terugdringen van onnodige 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.” Het rapport pleit er daarom voor de betaling meer te baseren op kwaliteit. Booz & Co verwacht dat een besparing van 4 tot 8 miljard euro mogelijk is op de totale uitgaven aan curatieve zorg van 30 miljard euro.

4.6. Conclusies

Recente rapporten en adviezen leveren de volgende bouwstenen op voor onze visie:

1. Herinrichting van het zorglandschap, waaronder concentratie en spreiding, herverdeling van zorg tussen 1^e en 2^e lijn, zijn belangrijke thema's voor de komende jaren.
2. Inzetten op klinische registraties naar het voorbeeld van Zweden, met een regierol voor de medisch specialist, lijkt een interessante manier voor de medisch specialist om bij te dragen aan kwaliteitsverbetering, kostenverlaging en transparantie.
3. Dat sprake is van aanzienlijke praktijkvariatie tussen regio's in Nederland is overtuigend aangetoond. In hoeverre dit wijst op over- en/of onderbehandeling is nog een open vraag, die dringend beantwoording behoeft. 

Noten

16. Ook in de VS constateren onderzoekers dat sprake is van een grote mate van praktijkvariatie. Zie Atul Gawande, *The Cost Conundrum: What a Texas town can teach us about health care*, *The New Yorker*, 1 juni 2009.

05

Pijler I:
Transparante
zorg

5.1. Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken hebben we trends beschreven die bepalend zijn voor de toekomst van de medisch-specialistische zorg. Ook hebben we in kaart gebracht welke veranderingen door anderen zijn voorgesteld in reactie op deze trends. Op dit fundament bouwen we in dit hoofdstuk en de hoofdstukken die volgen onze visie op de toekomst van de medisch-specialistische zorg. Onze visie bestaat uit vier pijlers:

- Transparante zorg: hoe willen we bijdragen aan het transparant maken van kwaliteit?
- Zorg in samenhang: wat zijn wenselijke veranderingen in het zorglandschap?
- Zorg in levensfasen: hoe moeten we anticiperen op de patiënt van de toekomst?
- Doelmatige zorg: welke bijdrage leveren we aan het betaalbaar houden van de zorg?

Bij elk van deze vier pijlers gaan we, in dit en de hoofdstukken 6, 7 en 8, in op de inhoudelijke veranderingen in de medisch-specialistische zorg die nodig zijn om in te spelen op trends. Deze inhoudelijke veranderingen hebben gevolgen voor de competenties van de medisch specialist en voor de werkvorm. Daarom gaan we in hoofdstuk 9 in op de nieuwe competenties voor de medisch specialist. In hoofdstuk 10 staat de werkvorm van de medisch specialist centraal. Het gaat hierbij om nieuwe werkvormen naast de twee bestaande werkvormen, dienstverband en vrije vestiging.

5.2. Zet in op klinische registraties voor spiegelinformatie¹⁷

Uit binnen- en buitenlandse ervaringen blijkt dat het gebruik van klinische registraties (ook wel aangeduid als kwaliteitsregistraties) voor het maken van spiegelinformatie leidt tot betere kwaliteit en lagere kosten. Zie bijvoorbeeld de Zweedse ervaringen zoals beschreven in een studie van de Boston Consulting Group en samengevat in hoofdstuk 4.

In Nederland kennen we op dit moment al een aantal klinische registraties, die onderling sterk verschillen in type indicatoren, opzet en gebruik. Wat alle registraties gemeen hebben is dat zij zijn opgericht en worden geleid door medisch specialisten. Elke registratie richt zich op een specifiek type zorg (bijvoorbeeld de behandeling van borstkanker of hartinfarcten) Specialisten en ziekenhuizen voeren voor elke behandelde patiënt kwaliteitsindicatoren in en ontvangen een periodieke terugkoppeling van hun relatieve prestaties. Resultaten worden gecorrigeerd voor de verschillen in het risico-profiel van patiënten (de casemix).¹⁸ In afwijking van complicatieregistraties bevatten klinische registraties alle behandelde patiënten en niet slechts een deelpopulatie van de behandelde patiënten.

Het is van belang om in de klinische registraties ook uitkomsten op te nemen die relevant zijn voor de patiënt, zoals pijn, zintuiglijk verlies, motorische beperkingen en gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. De ontwikkeling van deze zogeheten *Patient Reported Outcome Measures* (PROMS) heeft recent een forse impuls gekregen, mede dankzij initiatieven van zorgverzekeraars. De combinatie van PROMS en klinische gegevens opent allerlei perspectieven, zoals een goede casemixcorrectie van PROMS (noodzakelijk voor kwaliteitsvergelijkingen tussen ziekenhuizen¹⁹) en het terugdringen van onnodige zorg.

Eén van de meeste bekende klinische registraties is de *Dutch Surgical Colorectal Audit* (DSCA). DSCA registreert sinds 2009 de resultaten van darmkankeroperaties, en gebruikt de verzamelde gegevens om de deelnemende chirurgen inzicht te geven in de kwaliteit van de door hen geleverde zorg én die van collega's. DSCA is onderdeel van het *Dutch Institute for Clinical Auditing* (DICA) waar inmiddels ook een aantal andere registraties bij is aangesloten.



Een ander voorbeeld van een landelijke registratie is die van de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie (NVT). De NVT registreert al een aantal jaren tot in detail alle (100% dekking) hartchirurgische verrichtingen die bij volwassenen in Nederland plaatsvinden. Met ingang van 2007 is daar de risicogewogen (18 risicofactoren om de patiëntenmix te bepalen) mortaliteitsregistratie aan gekoppeld en sinds 1 januari 2012 ook de complicatieregistratie. Vanuit die registraties publiceert het bestuur van de NVT sinds enkele jaren de gemiddelde mortaliteit in Nederland per zorggroep (www.nvt.net.nl). Ieder kwartaal komt de Commissie Dataregistratie, bestaande uit de vertegenwoordigers van de 16 centra, bijeen en worden onderlinge variaties in risicovariabelen en mortaliteit besproken.

Andere kwaliteitsregistraties hebben bijvoorbeeld betrekking op de intensive care geneeskunde, de verloskundige zorg, hart- en vaatziekten en staar. Een aantal registraties is in ontwikkeling, bijvoorbeeld voor vaatchirurgie. De ervaringen met DSCA zijn geheel in lijn met de Zweedse ervaringen: de ziekenhuissterfte voor deze groep patiënten is gedaald (van 3,9 naar 3,0% hetgeen overeenkomt met 80 mensenlevens per jaar), de ligduur is teruggelopen met 1 à 2 dagen, de aantallen complicaties, de IC-opnameduur en het aantal heroperaties zijn alle gedaald. Een illustratieve berekening laat zien dat de besparingen al snel voldoende zijn om de investerin-

gen in klinische registraties te rechtvaardigen: Met ruim 9000 geopereerde patiënten met darmkanker in 2011 en gemiddelde kosten van 1864 euro²¹ per verpleegdag in het ziekenhuis zou dit een structurele besparing van tussen de ruim 16 miljoen en 32 miljoen euro op jaarbasis betekenen – uitsluitend op basis van één registratie.²²

Op grond van deze Zweedse en Nederlandse ervaringen verwachten we dat breed inzetten op klinische registraties zal werken als katalysator van een aantal gewenste veranderingen in de ziekenhuiszorg:

- terugdringen van praktijkvariatie
- het verminderen van het aantal complicaties
- concentratie van zorg wanneer dat de kwaliteit en doelmatigheid ten goede komt
- betere openbare kwaliteitsinformatie

We benadrukken dat het hierbij gaat om veel meer dan alleen het meten van kwaliteit. Essentieel is dat de kwaliteitsmetingen resulteren in concrete verbeterprogramma's. Allereerst om verklaringen te vinden voor uitschieters, zowel naar boven als naar onder: waarin onderscheiden de *best practices* zich van de *worst practices*? Vervolgens is het belangrijk deze lessen breed te verspreiden onder beroepsgroepen, en erop toe te zien dat de lessen in de praktijk worden gebracht.

Kwaliteit als katalysator voor gewenste veranderingen

Zorg voor goede meting kwaliteitsverschillen →
 onderzoek oorzaak kwaliteitsverschillen →
 zorg voor brede verspreiding onderzoeksuitkomsten binnen beroepsgroep;
 zie erop toe dat de lessen in de praktijk worden gebracht

De kosten van registraties variëren sterk tussen hoog complexe behandelingen en meer gestandaardiseerde behandelingen. Opgeteld over de hele Nederlandse ziekenhuiszorg gaat het jaarlijks om enige tientallen miljoenen euro's.²³ Als, zoals mag worden verwacht, registraties daadwerkelijk leiden tot kostenverlagende kwaliteitsverbetering en vermindering van praktijkvariatie, dan wordt deze investering vele malen terugverdiend. Het ligt voor de hand de kosten van deze investering op te nemen in de ziekenhuistarieven. Immers, opname van de gegevens over de behandeling van de patiënt in de registraties wordt een deel van de standaardzorg.

We stellen het volgende plan van actie voor:

- Over 5 jaar zijn er 80 klinische registraties opgezet die gebruikt worden voor spiegelinformatie.²⁴ Minimaal 95 procent van de medisch specialisten neemt deel aan de voor hen relevante klinische registraties. De wetenschappelijke verenigingen nemen hierbij het voortouw. De registraties dienen in eerste instantie voor het maken van spiegelinformatie die actief wordt ingezet in verbeterprogramma's.
- De gegevens voor de registratie worden zoveel mogelijk geautomatiseerd ontleend aan het EPD. Om de noodzakelijke investeringen in ICT te coördineren en om duplicatie te voorkomen, is hierbij onderlinge coördinatie essentieel. De Kwaliteitskoepel Medisch Specialisten kan deze coördinerende rol vervullen.
- De Kwaliteitskoepel Medisch Specialisten kan ook,

samen met de wetenschappelijke verenigingen, een rol spelen bij de bewaking van de voortgang.

Zoals eerder opgemerkt kent Nederland nu al een aantal klinische registraties. We beginnen dus niet vanaf nul. Wat betreft de ICT wordt veelal gewerkt met aparte systemen. Dit resulteert in duplicatie en hoge kosten. Vandaar ons pleidooi voor coördinatie op ICT-gebied van nieuwe en bestaande registraties.

Of dit plan van actie haalbaar is hangt mede af van de ontwikkelingen rond de invoering van het EPD. Goede EPD-systemen zijn noodzakelijk om de kosten in tijd en geld van nieuwe klinische kwaliteitsregistraties acceptabel te houden.

5.3. Maak openbare kwaliteitsindicatoren op basis van klinische registraties

Het is van groot belang voor de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg dat kwaliteitstransparantie is gebaseerd op zinvolle kwaliteitsindicatoren. In brede kring, zowel bij verzekeraars, de overheid alsook bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), bestaat enthousiasme over de rol die klinische registraties hierbij kunnen spelen. Dit breed gedeelde enthousiasme creëert een *window of opportunity*. Door hierop in te spelen kan de medisch specialist de regie nemen rond het meten van kwaliteit. Uit onze gesprekken met zorgverzekeraars en het ministerie van VWS blijkt dat deze stakeholders het zeer wenselijk vinden dat de medisch specialist dit initiatief neemt.

We stellen het volgende actieplan voor:

- In 2013 geven de wetenschappelijke verenigingen van de medisch specialisten aan welke indicatoren uit de registraties op ziekenhuisniveau openbaar worden gemaakt, als keuzeondersteuning voor zorgverzekeraars en patiënten.
- In 2014 volgt de eerste publicatie van kwaliteitsgegevens op ziekenhuisniveau.
- De wetenschappelijke vereniging bepaalt welke

gegevens wanneer openbaar worden gemaakt. Het is essentieel om hierover van tevoren - bij de start van de dataverzameling - binnen de wetenschappelijke verenigingen, maar ook met externe stakeholders zoals ziekenhuisdirecties, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars, duidelijke afspraken te maken. Voorkomen moet worden dat onzinnige indicatoren openbaar worden gemaakt die een verkeerd beeld geven van de werkelijke kwaliteitsverschillen, bijvoorbeeld omdat niet goed gecorrigeerd is voor verschillen in patiëntkenmerken.

- Op langere termijn is koppeling van registraties aan declaratiegegevens van zorgverzekeraars (DIS-data) een aantrekkelijke optie. Hiermee komen ook verschillen tussen zorgaanbieders in beeld die niet naar voren komen uit klinische registraties, zoals verschillen in gebruik van diagnostiek en verschillen in operatief versus conservatief behandelen. Het meten van dergelijke verschillen is bijvoorbeeld van belang voor het terugdringen van praktijkvariatie. Een dergelijke koppeling zou in overleg met de zorgverzekeraars moeten plaatsvinden, op basis van een gedeeld belang in goede kwaliteitsdata en doelmatige zorg.
- Voor draagvlak en kwaliteit is actief samenwerken met patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars gewenst, maar zonder de regie uit handen te geven; dit is de les die we hebben geleerd van het project Zichtbare Zorg (zie kader). ♦

Zichtbare Zorg: lessen

In een interview met het magazine Zorgmarkt (april 2012) vat Jan Willem Kuenen, partner Boston Consulting Group, de ervaringen met het project Zichtbare Zorg als volgt samen:

“Nederland heeft via Zichtbare Zorg wel geprobeerd om tot goede uitkomstmetingen te komen, maar dat is niet gelukt. Het bleek een uiterst moeizaam proces, en volgens Kuenen komt dit vooral omdat Zichtbare Zorg centraal aangestuurd was. ‘Top down’, zegt hij, dat werkt niet, want het nodigde te weinig uit tot andere initiatieven. De rol van de medisch specialisten bleef te beperkt. Iedereen kon zich er vrij eenvoudig aan onttrekken en dat gebeurde dan ook. In Zweden zijn de medisch specialisten in the lead. Een sprekend voorbeeld is hoe orthopeden omgaan met heupimplantaten. Daar wordt gekeken naar uitkomstindicatoren als de levensduur van het implantaat en de vraag in hoeverre de patiënt na een maand weer goed kan lopen. De enige uitkomstindicator die in Nederland is ontwikkeld, is die over het aantal postoperatieve wondinfecties. Weliswaar belangrijk, maar wel beperkt. Een Nederlands voorbeeld van hoe het beter kan, is de Dutch Surgical Colorectal Audit: de chirurgen betrekken er iedereen bij, maar blijven wel zelf de eigenaars van het verhaal. Dat lijkt meer op de Zweedse aanpak, waar is begonnen met losse registraties, en waar de landelijke structuur op basis daarvan is ontstaan. Je moet het eigenaarschap van de specialisten en de landelijke structuur bij elkaar brengen.”

Noten

17. Zie ook de website van de kwaliteitskoepel medisch specialisten, http://www.kwaliteitskoepel.nl/kwaliteitsbibliotheek/kwaliteitsregistraties_1.html. De KNMG heeft onlangs eveneens gepleit voor investeren in registraties: "De verenigingen onderschrijven het belang van het systematisch registreren van complicaties, incidenten en calamiteiten. De vereniging draagt bij aan het ontwikkelen van registratiesystemen om complicaties, incidenten en calamiteiten systematisch vast te leggen ten behoeve van het vakgebied." KNMG, *Staan voor kwaliteit: Kwaliteitskader medische zorg*, april 2012.
18. Bron: Boston Consulting Group, *Zorg voor waarde*, 2011.
19. Verschillen in PROMS kunnen het gevolg zijn van verschillen in de ernst van de aandoening in plaats van verschillen in kwaliteit van zorg.
20. Bron: DICA website.
21. Bron: Ernst & Young http://www.ey.com/NL/nl/Newsroom/News-releases/PR_Gemiddelde-kosten-per-ziekenhuisopname-zijn-toegenomen_050711.
22. Een ander, minder bekend, voorbeeld is de online registratie van heup- en knieprothesen in Nederland (LROI). Deze registratie heeft tot doel "...informatie te verschaffen aan patiënten, orthopedisch chirurgen, ziekenhuizen, zorgverzekeraars en industrie over de op de Nederlandse markt verkrijgbare knie- en heupprothesen. Door continue monitoring van de implantaten wordt bijgedragen aan nascholing (zelfreflectie en verbetering van handelen) in de gebruikte medische technieken. Afname van het aantal revisie-operaties levert op de lange termijn een aanzienlijke kostenreductie op voor de gezondheidszorg." (Website LROI).
23. Boston Consulting Groep, *Zorg voor waarde, Meer kwaliteit voor minder geld: wat de Nederlandse gezondheidszorg kan leren van Zweden* (september 2011).
24. Het getal van 80 is gebaseerd op de Zweedse ervaringen. Zoals eerder opgemerkt kent Zweden ruim 80 van dergelijke registraties.

06

Pijler II:
Zorg in
samenhang

6.1. Geen blauwdruk van het toekomstige zorglandschap

Onder zorg in samenhang verstaan we concentratie en spreiding van zorg, samenwerking met en taakverdeling tussen 1^e, 2^e en 3^e lijn, taakherschikking en afstemming tussen zorg en welzijn. Een andere veelgebruikte verzamelterm voor al deze veranderingen is 'herinrichting van het zorglandschap'. Het doel van dit soort veranderingen moet zijn het verbeteren van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg tegen de achtergrond van de veranderingen in de zorgvraag die op ons afkomen. Uitgangspunt dient te zijn de juiste zorg op de juiste plaats. Als substitutie van de 2^e lijn naar de 1^e lijn leidt tot meer doelmatigheid zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit (of deze zelfs verbetert), dan is dit zonder meer wenselijk. Dat geldt ook voor taakherschikking binnen het ziekenhuis en voor substitutie van de 3^e lijn naar de 2^e lijn. Wat dit laatste betreft: universitaire medische centra (UMCs) kunnen zich meer specialiseren in topklinische zorg, mits de continuïteit en de kwaliteit van de verschillende taken van de UMCs (topklinische zorg, onderwijs en onderzoek) goed zijn geborgd.

Er bestaat geen blauwdruk van de gewenste veranderingen in het zorglandschap. Trends leveren hiervoor ook geen eenduidige signalen op. We zien enerzijds dat de patiënt vaker kiest voor gespecialiseerde klinieken (orthopedie, ogen) waar doelmatig en patiëntgericht wordt gewerkt aan specifieke aandoeningen. Anderzijds zien we een trend van toenemende multimorbiditeit waardoor de behoefte aan geïntegreerde, multidisciplinaire ziekenhuizen juist toeneemt. Om recht te doen aan deze trends is diversiteit binnen het toekomstige zorglandschap het sleutelwoord.

Omdat we niet beschikken over een blauwdruk hebben onze aanbevelingen vooral betrekking op randvoorwaarden die nodig zijn om te zorgen dat het zorglandschap in de maatschappelijk gewenste richting verandert: betere kwaliteit, hogere doelmatigheid en inspelen op

trends, zonder dat dit resulteert in minder goede toegankelijkheid.

We benadrukken dat ziekenhuizen en medisch specialisten de laatste jaren al allerlei initiatieven hebben ontplooid gericht op het verbeteren van de samenhang in de zorg. Dat het tempo niet nog hoger ligt, heeft deels te maken met belemmeringen in de bekostiging, die dan ook snel moeten worden weggenomen.

6.2. Kies voor *bottom up* in plaats van *top down* bij de herinrichting van het zorglandschap

Wij pleiten ervoor om veranderingen in het zorglandschap waar mogelijk over te laten aan lokale initiatieven van ziekenhuizen en medisch specialisten. Alleen zo valt recht te doen aan lokale verschillen en alleen zo stimuleren we nieuwe initiatieven.

Een *top down* benadering kan bovendien resulteren in verkeerde keuzes. Neem bijvoorbeeld het verminderen van het aantal Spoedeisende Hulpen (SEH's). Een *top down* aanpak is hierbij ongewenst, omdat de optimale spreiding van SEH-voorzieningen niet achter een tekentafel valt te bepalen. Als in een regio sprake is van overcapaciteit bij de SEH dan is het beter dit op te lossen in regionaal overleg tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars in plaats van door sturing van bovenaf. Als uitgangspunt bij dit regionaal overleg kunnen normtijden dienen. Daaruit kan blijken dat in bepaalde regio's één of meer SEH's kunnen verdwijnen.

Een ander voorbeeld van ongewenste centrale sturing betreft de concentratie van IC-voorzieningen. Kwaliteitseisen zoals 24/7 aanwezigheid van een intensivist, volumennormen, en doelmatigheidsoverwegingen kunnen er toe leiden dat veel ziekenhuizen hun IC moeten sluiten. Dit heeft zeer verstrekken gevolgen voor de patiënt, omdat dan ook de verloskunde en delen van de SEH uit het ziekenhuis verdwijnen. Ziekenhuizen

kunnen dit mogelijk voorkomen door te investeren in tele-IC, zoals de ervaringen in het Flevo-ziekenhuis aantonen. Wat deze twee ontwikkelingen – kwaliteits-criteria en telemedicine – uiteindelijk impliceren voor de optimale spreiding van IC-capaciteit valt niet van achter de tekentafel te bepalen. Daarom ook hier: kies voor *bottom up* (dus stel normen) in plaats van *top down*.

Voor die *bottom up* benadering zijn heldere kwaliteits-normen en goede kwaliteitsinformatie (langs de lijnen van het actieplan zoals beschreven in het vorige hoofdstuk) onontbeerlijk. Normen maken duidelijk aan welke kwaliteitseisen voldaan moet zijn, spiegelinformatie maakt duidelijk hoe aan de kwaliteitseisen voldaan kan worden, door het identificeren van *best practices*.

6.3. De rol van het mededingingstoezicht

Een vraag die veel zorgbestuurders en medisch specialisten bezighoudt is de opstelling van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) bij plannen tot taakverdeling en samenwerking.²⁵ In een recente enquête onder ziekenhuisbestuurders door KPMG gaf ruim 20% van de respondenten (ziekenhuisbestuurders) aan dat de NMa een belemmerende factor is bij samenwerking. De NMa reageert hier bij monde van de voorzitter Henk Don als volgt op:

*“ Als er minimumkwaliteitseisen moeten worden gehaald die beroepsverenigingen hebben opgesteld, en die de IGZ draagt c.q. handhaaft, dan kom je de NMa niet tegen. Ook niet als daarvoor noodzakelijk is dat je vormen van samenwerking moet aangaan. Samenwerken ten behoeve van de kwaliteit is dus mogelijk. Tenzij dit onnodig de mededinging beperkt, dan kan de NMa daar een stokje voor steken.”*²⁶

Als het voor kwaliteitsverbetering onvermijdelijk is om samenwerkingsverbanden aan te gaan die de concurrentie belemmeren, dan volgt uit de reactie van Don dat de NMa deze niet zal verbieden. De NMa zal dan wel vragen om een goede onderbouwing van de noodzaak van dergelijke samenwerkingsverbanden.

6.4. Werk aan betere samenwerking met de 1^e lijn

Inzetten op betere samenwerking met de 1^e lijn kan een belangrijke bijdrage leveren aan de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg. Hiervoor is het nodig met de 1^e lijn afspraken te maken over diagnostiek, behandeling en doorverwijzing van (chronische) aandoeningen en over de vraag waar en door wie de behandeling moet plaatsvinden en onder wiens supervisie.²⁷ Op veel plaatsen in Nederland worden dit soort afspraken al gemaakt.

Veel experts menen dat betere samenwerking tussen 1^e en 2^e lijn betekent dat verspreid over Nederland ‘anderhalve lijns-centra’ of buurtgezondheidscentra moeten komen (zie hoofdstuk 4). In hun visie komen er honderden van deze centra waarin bepaalde specialismen zoals cardiologie en interne geneeskunde ook fysiek spreekuur houden. De voorstanders verwachten hiervan grote besparingen, doordat patiënten minder vaak in het ziekenhuis terechtkomen.

Er zijn echter ook twee risico’s verbonden aan een dergelijke strategie. Allereerst kan de poortwachtersfunctie van de huisarts onder druk komen te staan, waardoor de kosten kunnen gaan stijgen in plaats van dalen. Een tweede risico is dat de medisch specialist niet kan beschikken over de noodzakelijke voorzieningen zoals aanwezig in het ziekenhuis, hetgeen ten koste kan gaan van kwaliteit en doelmatigheid (omdat de patiënt dan alsnog naar het ziekenhuis moet).

Wij pleiten ervoor in te zetten op een aantal kansrijke experimenten met 1½-lijnscentra. Op basis van een evaluatie van de resultaten van deze experimenten kan worden besloten of grootschalige invoering van 1½-lijnscentra bijdraagt aan de doelmatigheid van de zorg. Overigens is nu al duidelijk dat de wenselijkheid van spreekuren in 1½-lijnscentra sterk uiteenloopt tussen specialismen.

Om de samenwerking met de 1^e lijn goed van de grond te krijgen is het nodig de financiering structureel goed te regelen. Op dit moment wordt de samenwerking belemmerd door schotten in de financiering tussen de 1^e en de 2^e lijn. Slechts door een beroep te doen op een tijdelijk experimenteerartikel binnen de Wet marktordening gezondheidszorg is het in een aantal regio's gelukt om veelbelovende experimenten te starten. Voorbeelden zijn de samenwerking tussen SEH en huisartsenpost in Haarlem en populatiebekostiging in Eindhoven. Maar voor het continueren en uitbreiden van succesvolle experimenten is structurele aanpassing van de bekostiging nodig. Wij zijn geen voorstander van integrale bekostiging van de 1^e en de 2^e lijn, waarbij de ene partij optreedt als 'hoofdaannemer' en de andere als 'onderaannemer'. Hierdoor ontstaan immers financiële drempels die tijdige en adequate doorverwijzing in de weg staan.

6.5. Taakherschikking

Veel voorspelbare, laagcomplexe en routinematige handelingen die nu door artsen worden uitgevoerd kunnen goed door speciaal hiervoor opgeleide beroepsbeoefenaren worden uitgevoerd. Om te garanderen dat deze taakherschikking de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg ten goede komt, moet aan een aantal randvoorwaarden zijn voldaan:

- Er gelden eenduidige kwaliteitsnormen zoals gedefinieerd door wetenschappelijke verenigingen samen met patiëntenorganisaties. Deze normen zijn van

toepassing ongeacht welk type zorgverlener de zorg levert.

- Er moeten goede afspraken gemaakt worden over kwaliteit, verantwoordelijkheidsverdeling en randvoorwaarden voor de te leveren zorg tussen de *physician assistants*, verpleegkundig specialisten en de medisch specialist.
- Het is in het belang van goede zorg dat verwijzers en patiënten geïnformeerd zijn over de rol, taken en verantwoordelijkheden van nieuwe beroepsbeoefenaren in de zorg.

6.6. Zet in op internetcommunities en virtuele netwerken

Om patiënten te helpen bij het regisseren van hun eigen zorg zijn besloten *internetcommunities* rond specifieke aandoeningen een veelbelovend hulpmiddel. Een fraai voorbeeld is Mijnzorgnet.nl. Dergelijke *communities* dragen bij aan snelle kennisdeling en zelfmanagement.

Een ander veelbelovend initiatief is het Parkinsonnetwerk (www.parkinsonnet.nl) gericht op zorggebruikers en zorgverleners. Alleen speciaal opgeleide zorgverleners kunnen zich aansluiten bij dit netwerk. Patiënten kunnen op een website zien waar in hun omgeving aangesloten zorgverleners beschikbaar zijn. Onderzoek toont aan dat door dit initiatief de kwaliteit is verbeterd en dat de kosten per patiënt zijn gedaald.²⁸

6.7. Trends vragen om regionale samenwerking in netwerken

Een gevolg van concentratie en spreiding van zorg is dat de medisch specialist veel vaker op meerdere locaties zal werken. Dat kunnen meerdere (vestigingen van) ziekenhuizen zijn, maar ook buurtgezondheidscentra in samenwerking met de 1^e lijn. De opkomst van regio-maatschappen is een manifestatie van deze trend. Voor de continuïteit van de zorg is het van belang dat dit

soort netwerken goed georganiseerd is, met een goede overdracht, goede afspraken over taakverdeling en een goede ICT-infrastructuur. Ook stelt deze trend eisen aan het vermogen tot samenwerken. ♦

Noten

25. *KPMG Plexus, Wie doet het met wie in de zorg? Bestuurlijke samenwerking tussen Nederlandse ziekenhuizen, maart 2012.*
26. *KPMG Plexus, Wie doet het met wie in de zorg? Bestuurlijke samenwerking tussen Nederlandse ziekenhuizen, maart 2012.*
27. *Directe vergelijking van kosten tussen 1^e en 2^e lijn leidt tot een verkeerd beeld van de werkelijke kostenverschillen. De patiënt in de 2^e lijn heeft doorgaans een complexere zorgvraag en is daardoor duurder.*
28. *Nicoline Beersen et al., Onderzoek naar de meerwaarde van ParkinsonNet, Plexus/Vektis, oktober 2011.*

07

Pijler III:
Zorg in
levensfasen

7.1. Preventie en maatwerk

De medisch specialist komt vaak pas in beeld als er al sprake is van gezondheidsproblemen. Veel gezondheidsproblemen zijn te voorkomen door tijdig in te zetten op gedragsveranderingen, zoals stoppen met roken, meer bewegen en gezonder eten. Dergelijke gedragsveranderingen vormen een belangrijke voorwaarde voor gezond ouder worden. Op dit moment speelt de medisch specialist hierbij een te kleine rol. Dat is het eerste thema van dit hoofdstuk. Als gezondheidsproblemen zich eenmaal voordoen, is in toenemende mate behoefte aan maatwerk. Dit is het tweede thema van dit hoofdstuk.

7.2. Preventie: in en buiten de spreekkamer

Nederland scoort internationaal niet goed als het gaat om *lifestyle*. Dit is het meest opvallend bij roken: Nederlanders roken vaker dan inwoners van de meeste andere landen met een vergelijkbaar inkomen per hoofd. Maar ook bij alcoholgebruik, vooral onder jongeren, en overgewicht is sprake van zorgwekkende trends.

De medisch specialist kan op tal van manieren bijdragen aan preventie, zowel in als buiten de spreekkamer. *Lifestyle* adviezen, zoals stoppen met roken bij hartpatiënten en zwangeren, zijn weliswaar al standaard, maar ook nogal vrijblijvend. Intensievere follow up en mogelijk zelfs financiële prikkels voor zowel patiënt als zorgaanbieder zijn opties die nadere verkenning verdienen.²⁹

Buiten de spreekkamer kan de medisch specialist een grotere rol spelen bij preventie, bijvoorbeeld door programma's op te zetten met de 1e lijn of door op te treden in de media. Zie onderstaand kader voor een voorbeeld van preventie-initiatieven van twee Nederlandse longartsen.

Preventie en de medisch specialist

Clean Air Nederland, een stichting die zich richt op het tegengaan van roken, benoemde in 2009 twee longartsen, Pauline Dekker en Wanda de Kanter, tot 'niet-rokers van het jaar'. De aanleiding voor het toekennen van deze prijs waren de vele initiatieven die beide artsen hadden ontplooid:

- Een boek dat rokers helpt om met roken te stoppen,
- Een website met veel informatie,
- Oprichting van de Stichting Rookpreventie Jeugd gericht op mediacampagnes.

Bron: <http://www.cleanairnederland.nl>

7.3. De oudere patiënt met multimorbiditeit vraagt om regie

De groei van het aantal ouderen met een complexe zorgvraag heeft gevolgen voor de opleiding van de medisch specialist en voor de organisatie van de zorg. De zorg zou veel meer een integraal karakter moeten krijgen, terwijl de toegenomen medische kennis en toegenomen behandel mogelijkheden de afgelopen decennia juist hebben geleid tot een toename van het aantal specialismen en een versnippering van de integrale kennis. De integrale problematiek van de oudere patiënt is buiten beeld geraakt.

De oplossing is niet (of in ieder geval: niet alleen) het opleiden van meer geriateren en internisten-ouderengeneeskunde. De wachtkamer van vrijwel elke medisch specialist zal immers steeds meer gevuld zijn met oudere patiënten met meerdere aandoeningen. Daar komt bij

dat er vraag zal blijven naar behandeling door hooggespecialiseerde artsen.

Wat wel moet veranderen is het denken over de 'optimale' behandeling. Er zal steeds een afweging moeten worden gemaakt tussen wel of niet behandelen, en over een orgaanspecifiek of een integraal behandelplan. Dit vergt een aanvullende deskundigheid van alle specialisten, alsmede de bereidheid om over het eigen vakgebied heen de regie bij bepaalde groepen patiënten uit handen te geven.

Om dit voor elkaar te krijgen is het allereerst nodig dat dit thema een prominente plaats krijgt binnen de opleiding en nascholing van de medisch specialist. Daarnaast is het nodig dat iemand de regie neemt over de zorg voor de oudere patiënt met multimorbiditeit. Die regisseur zorgt ervoor dat de verschillende specialisten samen tot een behandelplan komen, inclusief de nazorg en revalidatie. Dit voorkomt dat de patiënt als een losse bal door het systeem wordt gezonden. Deze regie wordt idealiter vormgegeven door de patiënt (zelfregie), maar hij/zij is daar vaak door lichamelijke en of psychische ziekte niet meer toe in staat. Daarom is een zorgregisseur nodig. Dat kan de omgeving van de patiënt zijn (mantelregie), de internist-ouderengeneeskunde in het ziekenhuis of de huisarts. Dit laatste stelt wel uitdagingen aan de samenwerking tussen de 1^e en de 2^e lijn.

7.4. Zinnig medisch handelen is maatwerk

Wat zinnige zorg is voor een 50-jarige, is niet altijd zinnige zorg voor iemand van 80+. En wat zinnige zorg is voor de ene 80-plusser is dat niet altijd voor de andere 80-plusser. Hiervoor zijn twee redenen:

- Ouderen reageren soms anders op een therapie dan jongeren. Ook de afweging tussen handelen en niet-handelen is anders dan bij jonge mensen.³⁰
- De gezondheidsdoelen verschillen tussen individuen, vanwege hun actuele gezondheidstoestand en hun resterende levensverwachting. Het is daarom van

belang het gezondheidsdoel van de patiënt samen te formuleren. Dat voorkomt dat mensen in een ongewenste maalstroom van behandelingen bij verschillende specialisten terechtkomen. De kosten hiervan kunnen enorm zijn, maar de patiënt wordt er niet gezonder of gelukkiger van.³¹

Om te kunnen voorzien in de behoefte bij de patiënt aan maatwerk, zijn de volgende acties nodig:

- Vergroten van kennis over leeftijdsverschillen in therapiekeuze. Hiervoor is het nodig te investeren in onderzoek op dit terrein.
- In richtlijnen moet meer aandacht komen voor leeftijd en kwaliteit van leven en de rol en de invloed hiervan op de behandelkeuze.
- Meer tijd in de spreekkamer om samen met de patiënt de behandeldoelen vast te stellen. Hierbij is vaak overleg nodig met andere betrokken medisch specialisten en andere zorgverleners waaronder de huisarts.

7.5. Zinnig medisch handelen aan het eind van het leven

Een thema dat onder invloed van de vergrijzing steeds nadrukkelijker op de agenda komt te staan is de zorg aan het einde van het leven. Onder medisch specialist bestaat een breed gedeelde bezorgdheid dat het "therapeutisch imperatief" (altijd behandelen, hoe invasief dit ook is en ongeacht de mogelijke bijwerkingen) vaak leidt tot behandelkeuzes die niet in het belang van de patiënt zijn, en die bovendien de zorguitgaven nodeloos doen toenemen. Maar ook patiënten kiezen vaak voor doorbehandelen, zelfs wanneer dit gepaard gaat met ernstig verlies van kwaliteit van leven waar slechts een zeer beperkte (kans op) verlenging van de levensverwachting tegenover staat.³²

Job Kievit, hoogleraar klinische besliskunde, heeft dit onlangs als volgt verwoord:³³

“ Waar het mij om gaat is dat ik te veel voorbeelden heb gezien waarbij – tegen beter weten in, bijna als in een Griekse tragedie – werd gekozen voor agressieve, belastende en kostbare medische interventies waarvan de patiënt alleen maar nadeel ondervond. Waarom bieden dokters hun patiënten interventies aan waarvoor ze zelf niet zouden kiezen bij hun eigen levenseinde? Waarom durven ze niet net zo realistisch en eerlijk te zijn tegen hun patiënten? En waarom kiezen dokters gemiddeld agressiever dan patiënten in hun levenstestament? We weten het niet echt.”

Om te komen tot betere afwegingen over de zorg rond het levenseinde zijn de volgende initiatieven nodig:

- Onderzoek naar de determinanten van keuzegedrag van artsen en patiënten. Welke belemmeringen staan een betere afweging in de weg?
- Aandacht voor dit thema in opleiding en nascholing. Elke student zal in voldoende mate kennis moeten nemen van de medische en kwalitatieve aspecten van het verouderingsproces. Hierbij hoort ook kennis over levensverwachting en functionele toestand op hogere leeftijd, rekening houdend met multi-morbiditeit.
- Vaker inzetten van andere (ook niet-medische) expertise in een multidisciplinair zorgteam. Dit kan bijvoorbeeld gaan om pastoraal werk of een andere vorm van ‘zielzorg’.
- Ontwikkelen van richtlijnen waarin bruikbare afwegingskaders zijn opgenomen.
- Aanpassingen in de bekostiging: Om het “therapeutisch imperatief” tegen te gaan is het wenselijk dat financiële prikkels neutraal zijn wat betreft de keuze tussen al dan niet verder behandelen. Een optie is om binnen de huidige productstructuur nieuwe zorgvormen te definiëren die recht doen aan het tijdsintensieve karakter van een zorgvuldige communicatie

met de patiënt – ‘kijk- en luistergeld’ in de woorden van voormalig minister van VWS Els Borst. ♦

Noten

29. Een succesvol voorbeeld van een dergelijke financiële prikkel is beschreven in onderzoek van Rosenthal et al., 2009. In dit project ontvingen zowel vroedvrouwen als zwangeren een financiële beloning voor het leveren en ontvangen van prenatale zorg. De resultaten lieten een statistisch significante daling van het aantal opnames op de neonatale IC zien. Ook de zorguitgaven gedurende het eerste jaar daalden ten opzichte van een controlegroep. Rosenthal MB, Li Z, Robertson AD, Milstein A, Impact of financial incentives for prenatal care on birth outcomes and spending, Health Serv Res. 2009 Oct;44(5 Pt 1):1465-79.
30. Rudi Westendorp en Hans Meij, Weg met de ouderenspecialist, Gedeelde verantwoordelijkheid en vertrouwen: Basis voor een paradigmashift in de opleidingen en de zorg voor ouderen, CBOG, 2010.
31. Ger Westert, Zorgmarkt, 5 april 2012.
32. Zie Brunner-La Rocca et al., “Patients with CHF are willing to address their end-of-life preferences, often value longevity even at older age, but individual preferences are impossible to predict and may change over time, reinforcing the value of listening to patients to provide relevant insight and individualize care. Openness and communication about prognosis, trajectories, and realistic treatment possibilities engender hope and allow patients to plan for their future. Brunner-La Rocca et al., End-of-life preferences of elderly patients with chronic heart failure, European Heart Journal Advance Access published November 8, 2011.
33. Job Kievit, Medisch Contact, 2 maart 2012.

08

Pijler IV:
Doelmatige
zorg

8.1. De medisch specialist is medeverantwoordelijk voor het beheersen van de zorguitgaven

Goede zorg is ook doelmatige zorg. In elk plausibel scenario voor de economische groei zullen de zorguitgaven de neiging hebben sneller te groeien dan het bruto binnenlands product (BBP). De roep om uitgavenbeheersing zal dan ook luider worden. Van zorgaanbieders zal steeds vaker gevraagd worden de doelmatigheid van de geleverde zorg te verbeteren. In dit hoofdstuk geven we onze visie op de rol van de medisch specialist bij uitgavenbeheersing in de zorg.

In de voorgaande hoofdstukken zijn verschillende initiatieven genoemd die kunnen bijdragen aan de beheersing van de zorguitgaven:

- Inzetten op spiegelinformatie: spiegelinformatie over kwaliteit zal ook resulteren in uitgavenbeheersing. Dat loopt via het terugdringen van complicaties, het verminderen van overbehandeling en het verkorten van de opnameduur.
- Versterken van de samenwerking met de 1^e lijn: substitutie waar dat doelmatiger is of leidt tot kwaliteitsverbetering, en meer gebruikmaken van 'e-consults' zonder dat een formele verwijzing plaatsvindt. Een integrale benadering van de chronische patiënt: minder complicaties, vaker afzien van intensieve behandelingen en/of geavanceerde diagnostiek, medicatieveiligheid.
- Bezinning op zorg rond het levenseinde: betere, meer patiëntgerichte *end of life care* zal vaak resulteren in de keuze om af te zien van dure behandelingen die de levensverwachting marginaal kunnen verlengen bij een forse daling van de kwaliteit van leven. Kostenbesparingen zijn hierbij niet het doel, maar mogelijk wel een gunstig neveneffect.

Deze onderwerpen laten we hier verder buiten beschouwing. In hetgeen volgt bespreken we een aantal aanvullende opties die kunnen bijdragen aan de beheersing van de zorguitgaven.

8.2. Koester de sobere Nederlandse medische cultuur

Ons land kent een medische cultuur waarin vaak wordt gekozen voor afwachten en conservatief behandelen – zie bijvoorbeeld de internationale cijfers over het aantal operaties in hoofdstuk 2. Deze medische cultuur staat soms onder druk door de steeds mondiger patiënt. Dat de patiënt steeds mondiger wordt is in veel opzichten een positieve ontwikkeling, maar kan ook tot gevolg hebben dat de arts onder druk komt te staan om onnodige zorg te leveren. Arie Nieuwenhuijzen Kruseman, voorzitter van de KNMG, verwoordt het als volgt:

“Patiënten raken er steeds meer aan gewend dat alles mogelijk is en ook moet zijn. Zeker onder de gegeven financieel-economische omstandigheden kan dat niet. Dat vraagt van ons artsen dat wij leren verantwoord nee te zeggen wanneer patiënten een test of behandeling vragen die weinig tot niets toevoegt aan wat wij al weten of aan de levensverwachting of kwaliteit van leven.”

(Arie Nieuwenhuijzen Kruseman, Zuinig zijn met zorg en verantwoord nee zeggen, column Medisch Contact, 31 oktober 2011)

Voor dit 'verantwoord nee zeggen' is een aantal zaken nodig. Allereerst stelt dit eisen aan het vermogen om effectief te communiceren. Daarnaast is het wenselijk dat de bekostiging neutraal is tussen wel of niet behandelen (zie hierna, paragraaf 8.5).

Een andere maatregel is het verder expliciteren van criteria voor diagnostiek in richtlijnen. Een voorbeeld zijn de *Ottawa ankle rules*, die aangeven of een bij patiënt met een verstuikte enkel een röntgenfoto nodig is (om eventuele fracturen op te sporen). De *Ottawa ankle rules* hebben geresulteerd in een sterke daling van het aantal onnodige röntgenfoto's.

En ten slotte is het van belang dat de zorgverzekeraar zich opstelt als bondgenoot van de arts bij het bewaken van een sobere behandelcultuur. Dat betekent ook: geen onzinnige zorg in het buitenland vergoeden. Bijvoorbeeld: als Nederlandse artsen adviseren om niet te opereren bij een lage rughernia, kan het niet zo zijn dat de zorgverzekeraar een dergelijke operatie wel vergoedt als de patiënt naar een Belgische zorgverlener uitwijkt. Dit laat onverlet dat keuzevrijheid voor de patiënt in het algemeen voorop moet staan.

8.3. Maak werk van het terugdringen van ongewenste praktijkvariatie

De medisch specialist dient het voortouw te nemen bij het terugdringen van ongewenste praktijkvariatie. We stellen het volgende plan van actie voor:

1. Inventariseer samen met patiënten en zorgverzekeraars voor welke veel voorkomende aandoeningen en verrichtingen meer informatie nodig is over de variatie in praktijkvoering.
2. Bepaal wat een acceptabele bandbreedte is voor de praktijkvariatie bij deze aandoeningen.
3. Verzamel en analyseer de gegevens voor de geselecteerde aandoeningen, zoveel mogelijk op basis van bestaande bronnen.
4. Bespreek de onderzoeksuitkomsten met alle belanghebbenden, waaronder patiënten en zorgverzekeraars en stel vast in welke mate de geconstateerde praktijkvariatie ongewenst is.
5. Stel indien nodig een verbeterplan op.³⁴

De Kwaliteitskoepel Medisch Specialisten waarin alle wetenschappelijke verenigingen samenwerken is het aangewezen forum om dit actieplan uit te voeren.

8.4. Maak de medisch specialist kostenbewust

De medisch specialist beschikt doorgaans niet over informatie over de kosten van diagnostiek, behande-

ling, hulpmiddelen en materialen. Dit belemmert het kosteneffectief handelen van de medisch specialist. Een eenvoudige maatregel die hierin verandering kan brengen, is het duidelijk zichtbaar vermelden van kostprijzen van veelgebruikte diagnostiek, ingrepen, hulpmiddelen en materialen. Gepubliceerde studies over het effect van dit soort maatregelen ontbreken, maar praktijkervaringen wijzen uit dat dit zal leiden tot kostenreductie.

Een voorbeeld van een initiatief om het kostenbewustzijn van de medisch specialist te vergroten is de recent ontwikkelde app die de medisch specialist in staat stelt het goedkoopste geneesmiddel uit een reeks onderling substitueerbare middelen te kiezen.

Bij een groter kostenbewustzijn hoort ook het inzicht dat grote inkoopvoordelen zijn te realiseren als ziekenhuizen samen optrekken. Dit vereist een actieve inbreng van de medisch specialist, mogelijk per wetenschappelijke verenigingen, bij het vaststellen van de inkoopcriteria voor materialen en hulpmiddelen. Voor de wetenschappelijke verenigingen is ook een taak weggelegd bij het meewegen van kosten bij het opstellen van zorgpaden.

8.5. Voorkom sterke volumeprikkels in de bekostiging

Zoals eerder opgemerkt (paragraaf 7.5 en paragraaf 8.2) is het wenselijk dat de bekostiging neutraal is tussen conservatief en operatief behandelen, en dat er geen financiële drempels zijn die *shared decision making* en zorgvuldige keuzes rond zorg aan het einde van het leven belemmeren. Door het in 2010 gesloten beheersakkoord tussen de Orde van Medisch Specialisten, VWS en de NVZ vereniging van ziekenhuizen is deze prikkel al sterk afgezwakt. Volgens dit akkoord, dat loopt tot 2015, ligt het honorariumplafond per instelling vast; extra productie boven het budget wordt niet vergoed. Het in 2011 gesloten akkoord voor de periode 2012-2015 tussen NVZ, VWS en Zorgverzekeraars Nederland heeft de volumeprikkel verder gereduceerd. Dit akkoord bevat de

afsprak dat de ziekenhuisomzet jaarlijks niet meer dan 2,5% mag groeien (exclusief loon- en prijsbijstelling).

Na afloop van het beheersakkoord (dus per 2015) is waarschijnlijk sprake van integrale tarieven: één tarief per DOT-zorgproduct waar ook het honorarium van de medisch specialist onderdeel van uitmaakt.³⁵ Ziekenhuizen kunnen dan bijvoorbeeld afspraken maken met zorgverzekeraars over volume en prijzen. 'Achter de voordeur' kunnen medisch specialisten en ziekenhuisbestuur vervolgens afspraken maken over de wijze en hoogte van honorering. Een vast tarief per DOT-zorgproduct is een mogelijkheid, maar andere contracten zijn ook mogelijk, inclusief contracten met een productierem. Een voorbeeld van een contract met een ingebouwde productierem is populatiebeposting. Populatiebeposting houdt in dat een ziekenhuis een vast budget afsprekt met een zorgverzekeraar voor een heel jaar of zelfs meerdere jaren, waaruit alle ziekenhuiszorg voor de patiënten van de betreffende verzekeraar wordt betaald. We zien dit nu al her en der gebeuren, deels in reactie op onvolkomenheden in het nieuwe DOT-bepostingssysteem. Een stelselwijziging is hiervoor niet nodig. Feitelijk wordt het ziekenhuis een soort medeverzekeraar voor de eigen patiëntenpopulatie.³⁶

Populatiebeposting bevat een zeer sterke prikkel tot kostenverlaging. Immers, verlaging van kosten bij een gegeven ziekenhuisbudget betekent een beter financieel resultaat voor het ziekenhuis.

In de VS is ruime ervaring opgedaan met populatiebeposting (*capitation*). Lee en Mongan, beiden arts/bestuurder in de zorg, vatten deze ervaringen als volgt samen:

“Capitation can provide resources and incentives that allow physicians to help their patients in creative ways. Doing something unorthodox that helps a patient avoid hospitalization is at least as gratifying to physicians as a share of the financial savings that result. In fact, knowing how doctors are creatures of

*their egos, we think many doctors are motivated more strongly by the chance to use their ingenuity on behalf of patients than by financial rewards. Capitation, at its best, can provide both.”*³⁷

Kortom, populatiebeposting heeft vanuit het perspectief van de medisch specialist het voordeel dat er meer vrijheid ontstaat om op zoek te gaan naar innovatieve oplossingen voor de patiënt.

Tegenover de voordelen van populatiebeposting staan ook mogelijke nadelen, vandaar ons pleidooi om initiatieven met populatiebeposting vooralsnog als experimenten te zien. Die nadelen zijn:

- Populatiebeposting bevat een prikkel om de zorgproductie te beperken, waardoor het risico ontstaat van onderbehandeling. Dit risico moet niet worden overdreven, want een ziekenhuis kan zich niet permitteren om de patiëntenzorg te verwaarlozen. Immers, om volgend jaar weer een contract te krijgen dient het ziekenhuis patiënten en zorgverzekeraar tevreden te houden.
- Populatiebeposting is minder geschikt voor kleinere zorgaanbieders.
- Populatiebeposting op ziekenhuisniveau geeft ziekenhuizen een prikkel om zorg te verschuiven naar de 1^e lijn, zelfs in gevallen waarin dat niet doelmatiger is. Ook hier is er wel weer een tegenkracht: omdat de huisarts vaak bepaalt naar welk ziekenhuis patiënten worden doorverwezen, hebben ziekenhuizen en medisch specialisten er veel belang bij te investeren in een goede relatie met de huisarts.

8.6. Zet in op onderzoek naar comparatieve effectiviteit

Van veel interventies is de klinische effectiviteit ten opzichte van alternatieven onvoldoende aangetoond. Daarom pleiten wij ervoor om in te zetten op meer onderzoek op dit terrein. Dat onderzoek zou zich moeten richten op de vergelijking

van de effectiviteit in de klinische praktijk van verschillende behandelopties. Multicenter studies zijn hiervoor het geëigende instrument, omdat alleen zo in korte tijd voldoende observaties kunnen worden verzameld.

Een goed voorbeeld van deze aanpak is het landelijk studienetwerk voor evaluatie- en doelmatigheidsonderzoek van de Nederlandse Vereniging voor Verloskunde en Obstetrie (NVOG). Dit consortium faciliteert klinieken door onderzoekers in de kliniek te stationeren. De consortiumstudies worden op projectbasis gefinancierd (ZonMw). De NVOG is in gesprek met ZN, NVZ, NFU, STZ en ZonMw en CVZ om te komen tot structurele financiering. Op deze manier kunnen studies beter worden gepland en sneller worden uitgevoerd. De implementatie van resultaten is bewezen effectiever in participerende klinieken.

Ons pleidooi sluit aan bij pleidooien elders, met name in de VS. Experts in dat land verwachten dat investeren in *comparative effectiveness research* (CER) in belangrijke mate kan bijdragen aan de beheersing van de zorguitgaven. In de woorden van het Amerikaanse *Institute of Medicine* (IOM):

*“CER is the generation and synthesis of evidence that compares the benefits and harms of alternative methods to prevent, diagnose, treat and monitor a clinical condition, or to improve the delivery of care. The purpose of CER is to assist consumers, clinicians, purchasers, and policy makers to make informed decisions that will improve health care at both the individual and population levels.”*³⁸

De Amerikaanse overheid heeft in 2009 een bedrag van ruim een miljard dollar beschikbaar gesteld voor een nationaal programma rond comparatieve effectiviteit.³⁹ Wij pleiten ervoor om ook binnen de Nederlandse onderzoeksfinanciering veel ruimte te bieden aan dit type onderzoek.

8.7. Onderzoek de bruikbaarheid van kosteneffectiviteit als besliscriterium

Een criterium dat regelmatig wordt genoemd als middel om ondoelmatige zorg tegen te gaan is dat van de kosteneffectiviteit. Zorg die meer kost dan een nader te bepalen drempelwaarde zou dan niet langer voor vergoeding uit de basisverzekering in aanmerking komen. Dit roept direct de vraag op wat die drempelwaarde dan zou moeten zijn, en of die voor iedereen gelijk is. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft in een spraakmakend rapport een aantal jaren geleden hierover een suggestie gedaan: de drempelwaarde zou maximaal 80 000 euro per QALY (*Quality adjusted life year*) mogen zijn voor aandoeningen met een hoge ziektelast. Bij aandoeningen met een lagere ziektelast zou de drempelwaarde veel lager dienen te liggen: de RVZ noemt een bedrag van 20 000 euro. Dit zijn echter slechts suggesties van de RVZ, geen door de minister van VWS goedgekeurde drempelwaarden. Zolang die laatste er niet zijn, is het onmogelijk het kosteneffectiviteitscriterium in de praktijk toe te passen. Overigens verwachten wij dat als de minister van VWS dergelijke drempelwaarden wél zou vaststellen, de bovengrens aanmerkelijk hoger zal liggen dan 80 000 euro per QALY. Zo niet, dan zouden bepaalde vormen van therapie die nu als essentieel worden gezien, uit het pakket verdwijnen, bijvoorbeeld de behandeling van kinderen met de ziekte van Pompe. De recente discussie hierover naar aanleiding van twee conceptadviezen van het CVZ maakt duidelijk dat hiervoor geen maatschappelijk draagvlak bestaat.⁴⁰ Maar voor zorg die nog niet is toegelaten tot het verzekerde pakket kan de maatschappelijke weerstand tegen het hanteren van kosteneffectiviteit als besliscriterium minder zijn.

We constateren dat de discussie over kosteneffectiviteit de komende jaren op de agenda zal staan. Daarom stellen wij voor een gezamenlijke werkgroep met onder meer de OMS/ wetenschappelijke verenigingen te formeren over dit onderwerp.

8.8. Verken mogelijkheden voor bekostiging op basis van kwaliteit

Sommige experts, waaronder de bekende Harvard-hoogleraar Michael Porter en in ons land de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, hebben ervoor gepleit de ziekenhuiszorg veel meer dan nu het geval is te betalen op basis van gezondheidsuitkomsten. Dit zou volgens hen een krachtige stimulans opleveren om de kwaliteit en de doelmatigheid te verbeteren.

Een voorwaarde is dat er goede, vergelijkbare uitkomst-indicatoren beschikbaar zijn. De uitkomstindicatoren dienen bovendien rekening te houden met de initiële gezondheidstoestand van de patiënt. Dit soort uitkomst-indicatoren is nu nog nauwelijks beschikbaar.

Een alternatief voor het gebruik van uitkomstindicatoren is het gebruik van procesindicatoren. Belangrijke indicatoren rond het zorgproces zijn wel goed meetbaar. Voorbeelden zijn volumennormen, deelname aan kwaliteitsregistraties en werken conform richtlijnen. Een veelgehoord bezwaar tegen het gebruik van procesindicatoren is dat een goede score geen garantie biedt voor goede gezondheidsuitkomsten. Dat mag waar zijn, goed gekozen procesindicatoren kunnen wel de kans op een goede uitkomst verhogen.

We verwachten (en zien in praktijk al gebeuren) dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars steeds vaker afspraken maken over uitkomsten en processen zoals vermijdbare complicaties, de inrichting van het proces en deelname aan kwaliteitsprogramma's. De expertise van de medisch specialist is essentieel bij de selectie van betekenisvolle indicatoren en bij het vaststellen van normen. Wetenschappelijke verenigingen kunnen hierbij een belangrijke rol spelen. Een voorbeeld vormen de normen van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, die onder meer aangeven wat het minimum aantal operaties per team per jaar is. Instellingen krijgen één jaar de tijd om deze normen te implementeren. Instellingen die één jaar na publicatie niet aan de normen kunnen voldoen, moeten

of patiënten gaan doorverwijzen naar ziekenhuizen die wel volgens de normen werken of samenwerkingsafspraken met andere ziekenhuizen gaan maken. De door de beroepsgroep gestelde normen zijn de minimale inkoopcriteria voor de zorgverzekeraars.⁴¹ ♦

Noten

34. Zie het standpunt praktijkvariatie, WV-en en OMS, 2012.
35. DOT-zorgproduct is de nieuwe naam voor een Diagnose Behandel Combinatie (DBC).
36. Het beheersakkoord van 2010 tussen de Orde van Medisch Specialisten, het ministerie van VWS en de NVZ is een soort populatiebekostiging: het honorarium is voor alle medisch specialisten in het ziekenhuis immers gemaximeerd; productie die boven het honorariumbudget uitkomt wordt niet vergoed.
37. Thomas Lee en James Mongan, *Chaos and organization in health care* (2009), p. 166. De reden waarom volgens Lee en Mongan uiteindelijk veel zorgaanbieders in de VS toch weer zijn afgestapt van populatiebekostiging is dat zorgverzekeraars niet of nauwelijks bereid waren het eenmaal afgesproken budget in de volgende jaren voldoende te verhogen om de stijgende zorgvraag te accommoderen. Deze valkuil zullen we in Nederland dienen te vermijden.
38. Harold C. Sox, en Sheldon Greenfield, *Comparative Effectiveness Research: A Report From the Institute of Medicine*, augustus 2009, *Annals of Internal Medicine*, Vol 151/3.
39. Zie de beschrijving in *Harvard Public Health Review*, winter 2010: "More than half of the medical treatments delivered today lack clear evidence that they work, according to the Institute of Medicine (IOM). To remedy the situation, the U.S. Congress, in the American Recovery and Reinvestment Act of 2009, set aside \$1.1 billion to jump-start research on which interventions are and are not worthwhile." <http://www.hsph.harvard.edu/news/hphr/winter-2010/winterassessment.html#QUALY>
40. CVZ, concept-advies *alglucosidase alfa* (Myozyme) bij de indicatie 'ziekte van Pompe' en concept-advies *agalsidase alfa* (Replagal) *agalsidase bèta* (Fabrazyme) bij de indicatie 'ziekte van Fabry'.
41. Zie www.heelkunde.nl/kwaliteit/normering

09

Competenties
voor de
toekomst

9.1. Algemeen

De medisch specialist dient over verschillende competenties te beschikken, die meer omvatten dan medische kennis en vaardigheden alleen. De rol van de *medical expert* staat natuurlijk centraal, en daarmee onderscheidt de medisch specialist zich van andere professionals. Daarnaast zijn andere competenties noodzakelijk, gericht op communicatie, samenwerking, maatschappelijk handelen, professioneel gedrag en kennis van management en organisatie.

De patiëntenzorg is doorgaans tijdrovend en intensief, waarbij de medisch specialist wordt geacht het allemaal sneller, efficiënter en transparanter te doen. Naast deze klinische taken, hebben de meeste specialisten er andere taken bijgekregen, zoals het opzetten of ondersteunen van een elektronisch patiëntendossier, het deelnemen aan meer registraties, meer opleidings- en onderwijs-taken of het actief bijdragen aan managementtaken in het ziekenhuis. Dit heeft geleid tot meer eisen, meer verwachtingen en meer bureaucratie. Om te voorkomen dat hierbij een spanningsveld ontstaat tussen patiëntenzorg en overige taken en verantwoordelijkheden, is het raadzaam om te blijven reflecteren, ieders talenten te benutten, gebruik te maken van andere disciplines, te werken in multidisciplinaire netwerken, de opleiding en het onderwijs hierop te laten aansluiten en vooral goed *timemanagement* na te streven.

Door de toenemende druk op de gezondheidszorg, zal de uitdaging worden om deze in gezamenlijkheid aan te gaan, en dit inderdaad als uitdaging en niet als een bedreiging te zien. Het actief bijdragen aan en het verantwoordelijk voelen voor verbeteringen en ontwikkelingen in het ziekenhuis, zal leiden tot het essentiële gevoel van een goede balans, het gevoel zelf de regie te hebben en te houden. Weergegeven door de term klinisch leiderschap zal dit zowel medisch-inhoudelijke als ook organisatorische en bedrijfsmatige aspecten betreffen.

9.2. Kennis en vaardigheden

De veranderingen die we in de voorgaande hoofdstukken hebben bepleit, vragen om aanpassingen in de opleiding en om het aanleren van nieuwe competenties door aankomende en gevestigde medisch specialisten. De KNMG hanteert als kader voor de competenties de zogenaamde CanMeds (*Canadian Medical Education Directives for Specialists*), die zijn ontwikkeld door het *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*. Zonder uitgebreid in te gaan op de aparte competenties is het van belang om deze aan te passen aan nieuwe ontwikkelingen en inzichten:

- **medisch handelen:** Het hoogwaardige niveau van de Nederlandse gezondheidszorg zal door *lifelong learning* van de medisch specialist gewaarborgd moeten worden. Hierbij zal ieder zijn verantwoordelijkheid moeten nemen voor gedegen en objectief meetbare nascholing, moeten er eindtermen bestaan rondom kwaliteit en een optimaal registratiesysteem.
- **kennis en wetenschap:** door nieuwe technologie en innovatie zullen de verschillende vakgebieden voor de uitdaging staan om deze ontwikkelingen vorm te geven in de praktijk met als uitgangspunt verbetering van kwaliteit van zorg. De voorwaarde zal zijn om hierbij de gewenste praktijkervaring te ontwikkelen. Hierbij bestaat de kans dat er een spanningsveld ontstaat tussen de specialist versus de generalist. Daarnaast zullen specifieke patiëntengroepen zoals chronische patiënten met multimorbiditeit binnen de opleiding een meer prominente plaats moeten krijgen. Ook kennis over het verouderingsproces verdient bijzondere aandacht. Wat betreft wetenschap is van belang dat de medisch specialist met een kritische attitude kennisneemt van de enorme hoeveelheid nieuwe medische kennis. Dit kan een bijdrage leveren aan goede kwaliteit en wellicht ook aan doelmatig werken.

- **samenwerking:** door een toename van de zorgvraag enerzijds en een hogere complexiteit anderzijds zullen er meer eisen gesteld worden aan de zorg van de toekomst. Het samenwerken met andere maatschappen of vakgroepen, het samenwerken met andere professionals binnen of buiten het ziekenhuis, of het samenwerken met andere disciplines vragen om nieuwe werkvormen en het delen van kennis.
- **communicatie:** er worden nieuwe eisen gesteld aan de communicatieve vaardigheden van de medisch specialist. Hierbij gaat het zowel om het betrekken van de patiënt bij behandelkeuzes (*shared decision making*) als om het afremmen van onzinnige zorgvraag. Daarbij zal er steeds meer gebruik gaan worden gemaakt van e- of m-health, waarbij het contact met zowel de patiënt als ook met collega's een ander karakter krijgt.
- **maatschappelijk handelen:** De medisch specialist speelt een sleutelrol als het gaat om het bevorderen van de juiste keuzes binnen een beperkt budget. De medisch specialist kan vanuit zijn kennis en praktijkervaring als geen ander helpen de juiste keuzes binnen een beperkt budget te maken. Het is daarom van belang dat de medisch specialist meedenkt en meebeslist over de strategische koers van het ziekenhuis. Dit vereist uiteraard kennis ten aanzien van het gezondheidsstelsel, en begrip hebben van doelmatigheid, kosten en bedrijfsvoering.
- **organisatie:** ontwikkelingen rond taakverdeling tussen de 1^e en 2^e lijn, taakverdeling binnen het ziekenhuis met andere zorgprofessionals, en taakherschikking in vele zorgtaken, vragen om organisatorische vaardigheden voor het leveren van zorg in netwerken. Ook bij de vele initiatieven rond fusies en samenwerking van ziekenhuizen zal de organisatie van deze processen gestuurd moeten worden.

9.3. Opleiding

Naast de doorvoering van competentiegericht onderwijs, zoals beschreven in de CanMeds, zullen de bovengenoemde nieuwe competenties hun plaats moeten krijgen in de opleiding. Belangrijke speerpunten hierbij zijn het nemen van verantwoordelijkheid ten aanzien van kwaliteitstransparantie, *shared decision making*, en begrip en kennis van management en organisatie. Het is van belang in te zien dat deze competenties een plaats moeten krijgen in de opleiding, om als medisch specialist een actieve rol te vervullen in de toekomst van de gezondheidszorg. Multidisciplinair zorg leveren rondom de patiënt zal in de opleiding plaats moeten krijgen door multidisciplinair opleiden en multidisciplinair onderwijs, waardoor de verzuiling in de opleiding verdwijnt en er overlap en samenwerking ontstaan tussen de verschillende opleidingen/wetenschappelijke verenigingen.

In het verlengde hiervan zal, in verband met de toename in de zorgkosten, steeds meer gekeken gaan worden naar de doelmatigheid van de opleiding. Naast het multidisciplinair opleiden, zal het variabel stellen van de opleidingsduur hier mogelijk aan kunnen bijdragen. Dit kan op een zorgvuldige manier ingevuld worden als er in de opleiding meer aandacht en richting gegeven wordt aan individuele talenten, keuzes en interesses (*assessment, coaching*) en er zorgvuldige eindtermen rondom kwaliteit geformuleerd worden. Deze ontwikkeling wordt ondersteund door de mogelijkheid om als arts in opleiding steeds meer zelf richting te geven aan de opleiding en hiervoor zelf de verantwoordelijkheid te dragen. Het valt te overwegen om het leren van basisvaardigheden anders vorm te geven dan het volgtraject van specialiseren in een bepaalde richting. Initiatieven op dit gebied zijn onder meer al in gang gezet door de Nederlandse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie (BOEG; bezinning op eindtermen gynaecologen) en de Nederlands Vereniging voor Heelkunde (SCHERP; structuur curriculum heelkunde voor reflectieve professionals). Verkorting van opleiding wordt

vooral nog niet reëel geacht, gezien de toename van vereisten en competenties bij een huidige hoogwaardige kwaliteit. De beperking van de aanwezigheid in het kader van de werktijdenregulatie vormt hierbij een extra uitdaging. Bij een herschikking van taken hoort een goed plan met duidelijke weerslag van verantwoordelijkheden. ♦

10

Naar nieuwe
organisatievormen
voor de medisch
specialist

10.1. De medisch specialist als medebestuurder

Voor de medisch specialist is een sleutelrol weggelegd bij het realiseren van gewenste veranderingen in de medisch-specialistische zorg. Dat geldt zowel voor de herinrichting van het zorglandschap, substitutie met de 1^e lijn, taakherschikking, het maken van betekenisvolle kwaliteitsindicatoren als voor het terugdringen van ongewenste praktijkvariatie.

Om deze sleutelrol met succes te kunnen vervullen is het nodig dat de medisch specialist meer dan nu participeert op het strategische niveau van de organisatie en zich opstelt als medebestuurder van het ziekenhuis. Ziekenhuizen en medisch specialisten staan voor strategische keuzes over hun focus, over samenwerkingspartners, over de afspraken met zorgverzekeraars en over de interne organisatie en de governance structuur. Voor het vormgeven van die strategie is de inbreng van de medisch specialist essentieel. Bovendien is draagvlak onder de medisch specialisten onontbeerlijk voor het uitvoeren van de ziekenhuisstrategie, zo onderkennen ook alle ziekenhuisbestuurders. En *last but not least*: de medisch specialist is de natuurlijke bewaker van het patiëntbelang. De medisch specialist kan ervoor waken dat uit kostenoverwegingen wordt gesneden in zinnige zorg of dat zinnige innovaties achterwege blijven.

Meebesturen door de medisch specialist kan vorm krijgen in verschillende organisatiemodellen. In dit hoofdstuk schetsen we een aantal opties, maar we doen geen uitspraak over het ideale model. Dat zal van ziekenhuis tot ziekenhuis verschillen.

10.2. Mogelijke organisatiemodellen

Een blauwdruk voor de optimale organisatievorm van de medisch specialist binnen of buiten de instelling bestaat niet. Bij voorkeur maken instellingen en medisch

specialisten hierin lokaal eigen keuzes. In deze paragraaf schetsen we kort vier mogelijke scenario's, zonder een voorkeur uit te spreken.

I. Collectieven van medisch specialisten wijzen uit hun midden bestuurders aan

In een eerste scenario vormen de recent opgerichte collectieven van medisch specialisten het startpunt. Deze collectieven worden uitgebreid met de medische specialisten in dienstverband. Een aantal leden uit het collectief vormt samen met een aantal niet-medische bestuurders het ziekenhuismanagement. Het collectief kan een aparte rechtspersoon vormen waarin alle medisch specialisten participeren. Een vervolgstap kan zijn dat de medisch specialisten via hun collectief financieel gaan participeren in het ziekenhuis. Het collectief is dan mede-eigenaar van het ziekenhuis en individuele medisch specialisten zijn aandeelhouders in het collectief.

Een belangrijk voordeel van dit model ten opzichte van de huidige situatie is dat de medisch specialist direct is vertegenwoordigd in het ziekenhuismanagement. De rol van deze artsen/bestuurders is anders dan die van de huidige medisch directeur in het ziekenhuis: arts/bestuurders blijven naast hun bestuursactiviteiten actief in de kliniek. Zij weten hierdoor wat er speelt op de 'werkvloer'. Ook bestaat er in dit model geen risico van wij/zij denken: het onderscheid tussen medische staf en ziekenhuisbestuur bestaat niet langer.

II. De medisch specialist als managing partner van het ziekenhuis

In dit model – losjes gebaseerd op de huidige praktijk bij andere vrije beroepen zoals de advocatuur en de advieswereld – kiest een beperkt aantal medisch specialisten binnen het ziekenhuis voor een actieve rol als co-bestuurder, samen met de niet-medische ziekenhuisbestuurder. Anderen kiezen voor een staus als (niet-managing)

partner, of opteren voor een dienstverband bij het ziekenhuis of bij een maatschap. Het is ook denkbaar dat een beginnend medisch specialist start als junior partner, en kan doorgroeien naar senior partner.

Bij de verschillende hoedanigheden – junior partner, gewoon partner, managing partner – horen verschillende verantwoordelijkheden, beslissingsbevoegdheden, en ook verschillen in honorering. Anders dan in de huidige maatschappen heeft niet elke medisch specialist stemrecht: managing partners zijn beslissingsbevoegd. Dit komt de besluitvaardigheid ten goede. Uiteraard blijft het creëren van draagvlak voor beslissingen essentieel.

Ook dit model heeft als belangrijk voordeel ten opzichte van de huidige situatie dat de medisch specialist is vertegenwoordigd in het ziekenhuismanagement. Een extra voordeel is dat dit model beter recht doet aan verschillen in voorkeuren en capaciteiten tussen medisch specialisten.

III. Het ziekenhuis als facilitair bedrijf

In dit scenario vormen groepen medisch specialisten een aparte rechtspersoon die diensten inhuurt van het ziekenhuis, zoals werkruimtes, OK-tijd en labbepalingen. Het facilitair bedrijf heeft een eigen directie. Veel strategische beslissingen worden genomen door de specialistengroepen, die ook de onderhandelingen voeren met de zorgverzekeraars. Een deel van het ziekenhuispersoneel, zoals afdelingsverpleegkundigen, treedt wellicht in dienst bij een of meer specialistengroepen; een ander deel (bijvoorbeeld OK-personeel) blijft in dienst van het facilitaire bedrijf.

Om hun nieuwe taken goed te kunnen vervullen is een voorwaarde dat specialistengroepen een zekere omvang hebben, groter dan een individueel specialisme maar ook weer niet al te groot. Elke specialistengroep wijst uit zijn midden een aantal leden aan die de dagelijkse leiding op zich nemen, de onderhandelingen met de zorgverzekeraars voeren en meer in het algemeen de koers uitzetten. Specialistengroepen kunnen verschillend zijn samenge-

steld. Dat hoeft niet langs traditionele monodisciplinaire lijnen te zijn. Andere opties zijn specialistenteams georganiseerd rond bepaalde patiëntengroepen/aandoeningen, bijvoorbeeld: verloskunde of oncologie. Een individuele medisch specialist kan lid zijn van meerdere specialistengroepen.

Het aantrekkelijke van dit model is de grote mate van autonomie voor de verschillende specialistengroepen, die daardoor de zorg voor hun patiëntenpopulatie kunnen optimaliseren. Een groot risico van dit model is echter dat niemand zich verantwoordelijk voelt voor de gezamenlijke infrastructuur – zie ook de ervaringen rond de splitsing van de NS in NS Reizigers en ProRail. Noodzakelijke investeringen dreigen dan achterwege te blijven. Een ander risico is dat het ziekenhuis een 'bedrijfsverzamelgebouw' wordt, zonder borging van samenhang, continuïteit en kwaliteit.

IV. Zelfstandige specialistenteams

In een vierde scenario organiseren medisch specialisten zich in zelfstandige teams die zich laten inhuren door één of meer ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra (ZBC's), 1^e-lijnscentra en wellicht verpleeghuizen. Dit scenario is in sommige opzichten het spiegelbeeld van scenario III, waarin de medisch specialist het ziekenhuis inhuurt voor specifieke diensten. Een voordeel van dit model is dat het volop de ruimte biedt aan trends zoals regiomaatschappen, 1^e-lijnscentra, concentratie en spreiding. Maar hier staat net als in scenario III het risico tegenover dat de continuïteit en afstemming niet goed zijn geborgd. De uitdaging zal daarom zijn de zojuist genoemde voordelen van dit model te realiseren in een scenario waarin deze borging wel geregeld is.

10.3. Governance

Governance is in de bedrijfskunde de gangbare term voor het bestuur van een onderneming (*corporate governance*). De governance van een ziekenhuis betreft de wijze

waarop binnen het ziekenhuis bestuur en toezicht op het management zijn geregeld. Voor het welslagen van de soms ingrijpende veranderingen waar ziekenhuizen de komende jaren voor staan, maar ook voor het tegengaan van 'medische missers' en het tijdig en adequaat kunnen reageren op conflicten op de 'werkvloer', is een goede governance structuur essentieel.

Een belangrijk thema rond de governance van het ziekenhuis is de informatiestroom naar Raad van Bestuur en Raad van Toezicht. Moeten Raad van Bestuur en Raad van Toezicht inzage krijgen in de uitkomsten van visitaties of de spiegelinformatie uit klinische registraties? Op dit moment is dit niet gebruikelijk. Daar kunnen goede redenen voor zijn zoals het creëren van een veilige omgeving waarin ook ongunstige resultaten zonder terughoudendheid worden gemeld. Tegelijkertijd is de informatiebehoefte van bestuurders ook legitiem. Bij het verder ontwikkelen van nieuwe organisatie- en werkvormen dienen het thema governance en de daarmee samenhangende vraag over interne informatiestromen belangrijke aandachtspunten te zijn.

10.4. Vervolgstappen

We benadrukken dat het hier slechts gaat om eerste denkmodellen die de komende maanden verder ontwikkeld zullen worden. Leidende vragen bij organisatie-innovatie dienen steeds te zijn: hoe valt het beste te bereiken dat de belangen van medisch specialisten en (andere) ziekenhuisbestuurders parallel lopen? Welke organisatievorm bevordert de ontwikkeling van zorg rondom patiëntengroepen en aandoeningen? Welke organisatievorm leent zich het beste voor regionale netwerkvorming, waarbij de medisch specialist niet uitsluitend in het eigen ziekenhuis werkt maar indien nodig ook in gespecialiseerde klinieken of in buurtgezondheidscentra? Welke organisatievorm biedt de meeste ruimte om recht te doen aan verschillen in ambities en voorkeuren tussen medisch specialisten?

Centrale sturing bij de keuze van organisatiemodel is niet gewenst. Ziekenhuizen en medisch specialisten kunnen prima lokaal afspraken maken over het optimale organisatie- en honoreringsmodel. Wij raden dan ook af om een verplicht dienstverband op te leggen aan alle medisch specialisten. ♦

11

Van visie naar
werkelijkheid

11.1. De aanbevelingen op een rij

We zijn dit visiedocument begonnen met de constatering dat de medisch-specialistische zorg op dit moment goed scoort in internationaal perspectief. Het beschikbare cijfermateriaal wijst duidelijk in deze richting, zowel wat betreft kwaliteit, toegankelijkheid als betaalbaarheid van zorg. We hebben ook vastgesteld dat er ruimte is voor verbetering. Bovendien stellen de volgende trends de medisch specialist voor nieuwe uitdagingen:

1. De patiënt van de toekomst is steeds vaker een oudere patiënt met één of meer chronische aandoeningen. Dit vraagt om veranderingen in de organisatie en soms ook van de doelstellingen van de zorg.
2. Er worden nieuwe eisen gesteld aan de communicatieve vaardigheden van de medisch specialist. Hierbij gaat het om het betrekken van de patiënt bij behandelkeuzes (*shared decision making*), keuzes rond de zorg aan het einde van het leven, en het tegengaan van onnodige zorg.
3. De kwaliteit van de zorg dient zoveel mogelijk transparant te zijn. De medisch specialist wil hierbij een actieve rol spelen.
4. Door een ongezonde leefstijl brengen veel mensen een aantal jaren van hun leven door met één of meer chronische aandoeningen. Hier ligt niet alleen een opgave voor de publieke gezondheidszorg en de huisarts, maar ook voor de medisch specialist, zowel binnen als buiten de spreekkamer.
5. De mogelijkheden van sociale media en *e-health* vragen om nieuwe initiatieven van de medisch specialist.
6. Het betaalbaar houden van de zorg is een vereiste voor het handhaven van goede, toegankelijke zorg. Het is van belang dat de medisch specialist hier een actieve bijdrage aan gaat leveren.

De voorgaande hoofdstukken (5–10) bevatten onze visie op de veranderingen die nodig zijn om in te spelen op deze trends. De voorstellen richten zich op de medisch specialisten zelf en hun wetenschappelijke verenigingen, maar voor het welslagen van de verschillende initiatieven

is samenwerking met patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en de overheid essentieel. Alleen samen kunnen we de zorg beter maken. We zetten de voorstellen hieronder kort op een rij.

Pijler 1: Transparante zorg

- Zet in op klinische registraties voor het maken van spiegelinformatie
- Maak openbare kwaliteitsindicatoren op basis van klinische registraties

Pijler 2: Zorg in samenhang

- Kies voor bottom up in plaats van top down bij de herinrichting van het zorglandschap
- Zet in op samenwerking in netwerken en met de 1^e lijn
- Werk aan taakherschikking waar dit ten goede komt aan kwaliteit en doelmatigheid
- Bouw voort op ervaringen met internetcommunities en virtuele netwerken
- Experimenteer met buurtgezondheidscentra

Pijler 3: Zorg in levensfasen

- Zet in op preventie, zowel in als buiten de spreekkamer
- Werk aan betere regie voor de chronische patiënt met multimorbiditeit
- Draag uit dat de patiënt meebepaalt wat voor hem of haar zinnig medisch handelen is
- Zet concrete stappen ter verbetering van de keuzes rond medisch handelen aan het eind van het leven

Pijler 4: Doelmatige zorg

- Koester de sobere Nederlandse medische cultuur
- Maak werk van het terugdringen van ongewenste praktijkvariatie
- Bevorder het kostenbewustzijn van de medisch specialist

- Investeer in kennis over comparatieve effectiviteit
- Onderzoek de bruikbaarheid van kosteneffectiviteit als besliscriterium
- Zet in op bekostigingsmodellen die doelmatigheid stimuleren

11.2. De rode draad: kwaliteitsinformatie als katalysator

Er loopt een duidelijke rode draad door onze voorstellen: goede kwaliteitsinformatie is een krachtige katalysator van wenselijke veranderingen zoals terugdringen van praktijkvariatie, verminderen van het aantal complicaties, concentratie van zorg wanneer dat de kwaliteit en doelmatigheid ten goede komt, en betekenisvolle openbare kwaliteitsinformatie. Ons eerste voorstel behelst dan ook voortvarend verder te gaan met de ontwikkeling en toepassing van klinische registraties.

In Nederland kennen we op dit moment al een aantal klinische registraties, die onderling sterk verschillen in type indicatoren, opzet en gebruik. Wat alle registraties gemeen hebben is dat zij zijn opgericht en worden geleid door medisch specialisten. Elke registratie richt zich op een specifiek type zorg (bijvoorbeeld de behandeling van borstkanker of hartinfarcten). Specialist en ziekenhuizen voeren voor elke behandelde patiënt kwaliteitsindicatoren in en ontvangen een periodieke terugkoppeling van hun relatieve prestaties (spiegelinformatie). Resultaten worden gecorrigeerd voor verschillen in risicoprofiel van patiënten (de casemix). Het is van belang om in de klinische registraties ook patiëntervaringen op te nemen, zoals pijn, zintuiglijk verlies, motorische beperkingen en gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. De combinatie van hiervan met klinische gegevens opent allerlei perspectieven, zoals goede kwaliteitsvergelijkingen tussen ziekenhuizen en het terugdringen van onnodige zorg.

Het is zaak om bij de ontwikkeling van klinische registratie steeds samen op te trekken met andere stakeholders, waaronder patiënten en zorgverzekeraars. Zij beschikken over belangrijke expertise en hebben specifieke wensen ten aanzien van het meten en transparant maken van kwaliteit.

De ambities rond klinische registraties zijn alleen haalbaar als de meeste gegevens geautomatiseerd zijn te onttelen aan het elektronisch patiëntendossier (EPD). Dit vereist dat de ICT-voorzieningen binnen het ziekenhuis op orde zijn, en dat de verschillende systemen probleemloos data kunnen aanleveren aan de landelijke databases van de verschillende registraties. Om de noodzakelijke investeringen in ICT te coördineren, en om duplicatie te voorkomen, is hierbij onderlinge coördinatie essentieel. De Kwaliteitskoepel Medisch Specialist kan deze coördinerende rol vervullen.

11.3. Nieuwe organisatievormen

De noodzaak van een actieve rol van de medisch specialist geldt ook voor de andere aanbevelingen in dit rapport. Dat is niet alleen onze mening, maar ook het unanieme standpunt van alle adviesbureaus en adviesraden die de afgelopen jaren rapporten hebben uitgebracht over de toekomst van de medisch-specialistische zorg. Zonder de dokter komt de zorg niet in beweging.

Om die actieve rol te kunnen vervullen zal de medisch specialist zich steeds meer als medebestuurder van het ziekenhuis moeten opstellen. De huidige werkvormen – vrije vestiging of dienstverband – zijn dan niet altijd zaligmakend. Een grotere betrokkenheid van de medisch specialist bij het ziekenhuisbestuur kan nieuwe werk- en organisatievormen noodzakelijk maken, die meer ruimte bieden voor differentiatie in taken en verantwoordelijkheden dan nu het geval is. In hoofdstuk 10 hebben we een aanzet gegeven voor de discussie over dit soort nieuwe organisatievormen.

1. DÉ MANIER OM KWALITEIT INZICHTELIJKER MAKEN IS VIA KLINISCHE REGISTRATIES

Toelichting: Uit binnen- en buitenlandse ervaringen (DICA, Zweden) blijkt dat het gebruik van klinische registraties voor het maken van spiegelinformatie resulteert in betere kwaliteit en lagere kosten. We stellen daarom voor breed in te zetten op klinische registraties, als basis voor spiegelinformatie én als basis voor openbare kwaliteitsindicatoren.

82,9%

17,1%

2. DE POLITIEK MOET EEN ANTWOORD GEVEN OP DE VRAAG WAT ZINNIGE ZORG IS

Een manier om de zorguitgaven te beheersen is om voor de start van een behandeling een zorgvuldige 'kosten-baten-analyse' te maken. Zorg die meer kost per QALY (quality adjusted lifeyear) dan een nader te bepalen drempelwaarde komt dan niet langer voor vergoeding in aanmerking. Die drempelwaarde kan de dokter niet zelf bepalen: dat zal de politiek moeten doen.

52,2%

47,8%

3. DE MEDISCH SPECIALIST LEVERT ACTIEF ZORG IN DE ANDERHALVELIJNS-CENTRA

Toelichting: Veel experts menen dat betere samenwerking tussen de 1^e en de 2^e lijn betekent dat overal in Nederland 'anderhalve lijns-centra' of buurtgezondheidscentra moeten komen. In hun visie komen er honderden van deze centra waarin de medisch specialist ook fysiek spreekuur houdt. De voorstanders verwachten hiervan grote besparingen.

36,0%

64,0%

4. PREVENTIE IS BELANGRIJK EN DE 2^e LIJN MOET DAAR EEN PROMINENTE ROL IN SPELEN

Preventie wordt veelal gezien als iets voor de openbare gezondheidszorg of de 1^e lijn. De medisch specialist kan echter wel degelijk een belangrijke rol spelen, via lifestyle adviezen in de spreekkamer en door actief te zijn in de media.

74,5%

25,5%

5. DE MS IS MEDEVERANTWOORDELIJK VOOR DE MACROBEHEERSING VAN DE ZORGUIGAVEN

Bij veel beslissingen over het gebruik van zorg staat de medisch specialist aan het roer. De medisch specialist is dan ook bij uitstek degene die de koers kan en moet verleggen als het gaat om het terugdringen van ondoelmatige praktijkvariatie en ondoelmatig voorschrijven.

83,5%

16,5%

11.4. Nieuwe competenties

De door ons bepleite veranderingen vragen om nieuwe competenties. Het gaat hierbij onder meer om leiderschapscompetenties die nodig zijn om de rol van medebestuurder effectief vorm te kunnen geven. Maar ook om competenties op het terrein van communicatie met de patiënt, nodig om te komen tot *shared decision making* bij keuzes rond behandeling en levenseinde.


11.5. Een breed gedragen consensus

De hoofdlijnen van dit visiedocument zijn in juni 2012 in de vorm van stellingen voorgelegd aan leden van de OMS. De stellingen staan hieronder. Bijna 700 mensen namen de moeite om de enquête in te vullen. Over drie van de vijf onderwerpen die aan de hand van de stellingen werden getoetst bleek een grote mate van overeenstemming te bestaan. Zo vindt meer dan 80% van de respondenten dat klinische registratie de manier is om kwaliteit inzichtelijker te maken. Ook over het onderwerp preventie was het merendeel van de specialisten het eens. Meer dan 70% gaf aan dat de medisch specialisten hier een belangrijke rol in moeten spelen. Tenslotte vindt meer dan 80% van de respondenten dat de medisch specialist medeverantwoordelijk is voor de macrobeheersing van de zorguitgaven.

11.6. Waarover lopen de meningen uiteen?

Zoals uit het bovenstaande overzicht blijkt, bestaat over twee van de vijf stellingen geen consensus. De meningen zijn verdeeld als het gaat om de vraag wie moet bepalen wat zinnige zorg is (stelling 2). Iets meer dan de helft geeft aan dat de politiek het antwoord moet geven op deze indringende vraag. Uit de schriftelijke toelichtingen van een aantal respondenten blijkt dat de noodzaak van maatschappelijke keuzes over het verzekerde pakket wordt onderkend, maar dat tegelijkertijd in de praktijk ruimte moet bestaan voor maatwerk. In economische

 eens

 oneens

termen: wat kosteneffectief is voor de ene patiënt is dat wellicht niet voor de andere patiënt.

Ook over de wenselijkheid van het leveren van medisch-specialistische zorg in 1½-lijnscentra bestaat geen consensus. Bijna 40% vindt dat medisch specialisten een actieve bijdrage moeten leveren in 1½-lijnscentra en iets meer dan 60% vindt dit niet wenselijk. Uit de schriftelijke toelichtingen van een aantal oneens-stemmers, blijkt dat zij hierdoor een verlies aan doelmatigheid vrezen. Aanwezigheid van een specialist kan extra vraag creëren, en kan bovendien leiden tot ondoelmatige investeringen in dure (diagnostische) apparatuur. Het is dan efficiënter dat de patiënt reist in plaats van de dokter.

We concluderen dat deze twee belangrijke vragen – wie bepaalt wat zinnige zorg is? Levert de medisch specialist in de toekomst ook zorg in buurtgezondheidscentra? – niet van een eenvoudig antwoord zijn te voorzien. Dat is geen reden voor inactiviteit, integendeel. Zoals aangegeven in eerdere hoofdstukken (en samengevat in de inleiding van dit hoofdstuk) pleiten we voor verschillende initiatieven rond het bepalen van wat zinnige zorg is, waaronder onderzoek naar comparatieve effectiviteit, pakketverkleining op basis van noodzakelijkheid en onderzoek naar de bruikbaarheid van kosteneffectiviteit als besliscriterium. Ook pleiten we voor experimenten met buurtgezondheidscentra waar ook de medisch specialist een actieve bijdrage levert.

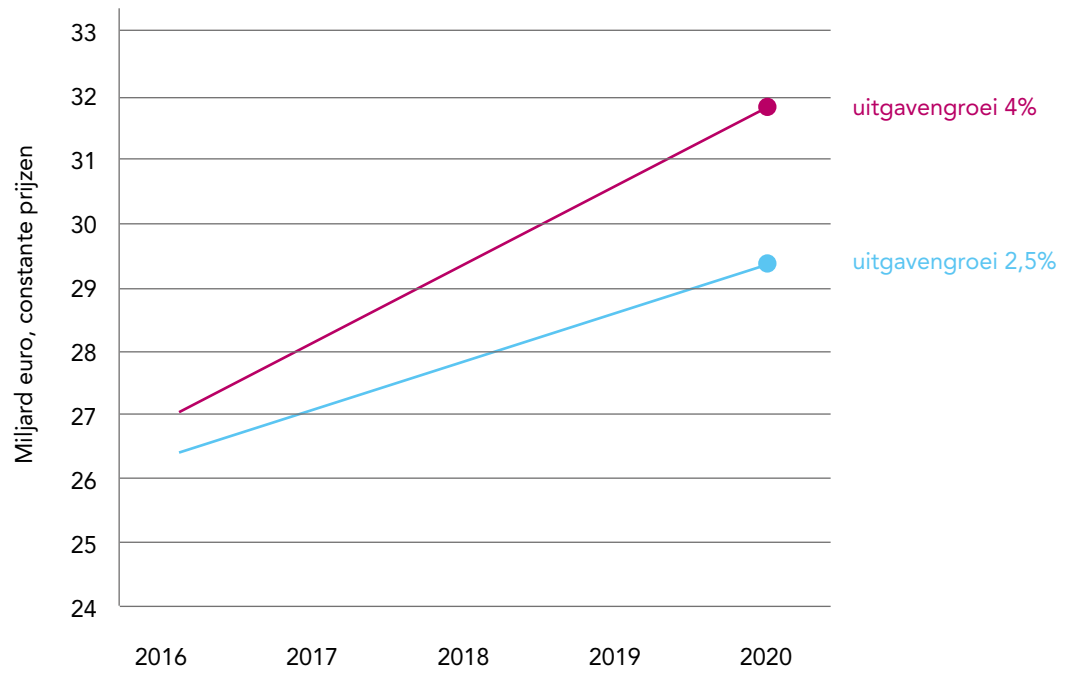
11.7. Wat levert het op?

Wij zijn ervan overtuigd dat het door ons gepresenteerde pakket maatregelen, met kwaliteitsinformatie als katalysator van een breed scala van gewenste veranderingen, de enige realistische manier is om goede, toegankelijke en betaalbare medisch-specialistische zorg veilig te stellen voor de toekomst. Als operationele definitie van betaalbaarheid van medisch-specialistische zorg stellen wij een uitgavengroei van maximaal 2,5% per jaar* voor, het percentage dat ook in het akkoord tussen overheid,

zorgverzekeraars en ziekenhuizen is afgesproken voor de periode 2012-2015. Er zijn prille signalen dat deze doelstelling dit jaar (2012) gehaald gaat worden. Maar voor latere jaren, en zeker voor de jaren na 2015, zijn nieuwe initiatieven nodig om te voorkomen dat de uitgaven weer stijgen naar het autonome groeipad van minstens 4% per jaar. Als het lukt om met ons pakket maatregelen de groei van 2,5% per jaar te handhaven, dan zou dit besparingen opleveren oplopend van ongeveer 400 miljoen euro in 2016, het startjaar van de berekeningen, tot ruim 2 miljard euro in 2020. ♦

** Het groeipercentage van 2,5% is exclusief loon- en prijsbijstelling.*

GROEI ZIEKENHUISUITGAVEN 2016-2020



Bijlage 1:

Geconsulteerde experts en organisaties

Klankbordgroep:

- Martin van Rijn, voorzitter Raad van Bestuur PGGM
- Arie Nieuwenhuijzen Kruseman, voorzitter KNMG
- Leon van Halder, directeur-generaal Curatieve Zorg Ministerie van VWS
- Kim Putters, Eerste Kamerlid PvdA
- Marjanne Sint, voorzitter Raad van Bestuur IsalaKlinieken
- Hans Biesheuvel, voorzitter MKB VNO/NCW
- Bart Combée, directeur Consumentenbond
- Pieter Hasekamp, algemeen directeur Zorgverzekeraars Nederland
- Raymond Gradus, Wetenschappelijk Instituut voor het CDA

Stuurgroep:

- John Wokke, Voorzitter Bestuurlijk Overleg Orgaan wetenschappelijke verenigingen
- Frank Bosch, Voorzitter Nederlandse Internisten Vereniging
- Peter Niesink, directeur Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (tot 01-08-2012)
- Frank de Grave, algemeen voorzitter Orde van medisch Specialisten
- Bart Heesen, directeur Orde van Medisch Specialisten

Bestuur en Bureau Orde van Medisch Specialisten

De wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten:

- Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie
- Nederlandse Vereniging voor Allergologen
- Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
- Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
- Nederlandse Internisten Vereniging
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
- Vereniging Klinische Genetica Nederland
- Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
- Nederlandse Vereniging voor KNO-Heelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied
- Vereniging Artsen Laboratoriumdiagnostiek
- Nederlandse Vereniging voor Longziekten en Tuberculose
- Nederlands Genootschap van Maag-, Darm- en Leverartsen
- Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie
- Nederlandse Vereniging van Neurochirurgen
- Nederlandse Vereniging voor Neurologie
- Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
- Nederlands Oogheelkundig Gezelschap
- Nederlandse Orthopaedische Vereniging
- Nederlandse Vereniging voor Pathologie
- Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie

- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- Nederlandse Vereniging voor Radiologie
- Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie
- Nederlandse Vereniging voor Reumatologie
- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen
- Nederlandse Vereniging voor Urologie
- Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie

Overigen:

- Jet van den Akker, lid werkgroep praktijkvariatie
- Wouter Bos, partner KPMG Plexus
- Ferry Breedveld, voorzitter raad van bestuur Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC)
- Jolien Bueno de Mesquito, vice-voorzitter De Jonge Orde
- Peter Eggen, secretaris Vereniging Vrijgevestigd Medisch Specialisten (VVMS)
- Rutger-Jan van der Gaag, aankomend voorzitter Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)
- Katrien Greefhorst, bestuurslid Landelijke Vereniging van Medisch Specialisten in Opleiding (LVAG)
- Lodi Hennink, directeur Landelijke Huisartsenvereniging (LHV)
- Jaap van den Heuvel, voorzitter Raad van Bestuur Reinier de Graaf ziekenhuis
- Philip Idenburg, partner BeBright
- Job Kievit, hoogleraar medische besliskunde en chirurg LUMC
- Jan Kremer, gynaecoloog en hoogleraar UMC St Radboud, initiatiefnemer MijnZorgnet en Adviseur Booz & Company
- Jan van Lith, hoogleraar obstetrie, opleider LUMC
- Ben Willem Mol, hoogleraar klinisch evaluatieonderzoek, Academisch Medisch Centrum Amsterdam (AMC)
- Wouter Moojen, voorzitter De Jonge Orde
- Isabel van Leeuwen, Campagneleider Zorg Consumentenbond
- Milco Linssen, voorzitter/penningmeester VVMS
- Wilco Peul, voorzitter werkgroep praktijkvariatie
- Karel Rosmalen, hoofd afdeling Beleid en Ontwikkeling LHV
- Michel van Schaik, directeur Gezondheidszorg Rabobank International
- Paul Schnabel, directeur Sociaal en Cultureel Planbureau
- Anne Siggelbout, hoogleraar medische besliskunde LUMC
- Wilna Wind, algemeen directeur Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) ♦

Bijlage 2:

Recente rapporten over de medisch-specialistische zorg

Bij de selectie van de rapporten waarop hoofdstuk 4 is gebaseerd zijn we als volgt te werk gegaan:

- Het rapport is niet ouder dan drie jaar.
- Het rapport bestrijkt de gehele medisch-specialistische zorg; deelrapporten over een specifiek vakgebied zoals de verloskunde zijn niet meegenomen.
- Het rapport bevat concrete voorstellen voor verbetering van de zorg; beschrijvende rapporten vallen dus af.

Op basis van deze selectiecriteria zijn de volgende rapporten geselecteerd:⁴²

- Boston Consulting Groep (BCG), Kiezen voor kwaliteit: Portfoliokeuzes van ziekenhuizen zorgen voor hogere kwaliteit en lagere kosten (mei 2010)
- Plexus*, Reduceren van praktijkvariatie: budgettaire effecten van scherpere indicatiestelling (juni Plexus 2010)⁴³
- Boer en Croon (B&C), Van instituten naar netwerken, Een verkenning van de “next generation” curatieve zorg (september 2010)
- Boston Consulting Groep (BCG), Zorg voor waarde, Meer kwaliteit voor minder geld: wat de Nederlandse gezondheidszorg kan leren van Zweden (september 2011)
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RvZ), Medisch-specialistische zorg in 20/20: Dichtbij en ver weg (september 2011)
- KPMG*, Ziekenhuislandschap 20/20: Niemandslaan of Droomland? (september 2011)
- Roland Berger (RB), Zorg: een groot goed (2011)
- Booz en Company, Kwaliteit als medicijn: Aanpak voor

betere zorg en lagere kosten(2012)

- Taskforce Beheersing Zorguitgaven, Naar beter betaalbare zorg, juni 2012 ♦

**Inmiddels samengegaan in KPMG Plexus*

Noten

42. PM [Regieraad (januari 2012), Concentratie, specialisatie en samenwerking van ziekenhuiszorg]
43. In 2011 heeft Vektis, het databureau van de zorgverzekeraars, in samenwerking met Plexus een vervolg op dit onderzoek gepubliceerd, maar dit recentere rapport is uitsluitend beschrijvend. In het rapport uit 2010 gaat Plexus ook uitgebreid in op de beleidsimplicaties van de analyse.

Bijlage 3:

Zweedse kwaliteitsregistraties

INDICATOREN ZWEEDSE BORSTKANKERREGISTRATIE

5-jaarsoverleving
Complicatiefrequentie als gevolg van de operatie, bijvoorbeeld <ul style="list-style-type: none"> • Bloeding (Ja/Nee) • Infectie (Ja/Nee)
Frequentie van terugkeer van maligniteit (%)
Heroperatiefrequentie(%)
Oorzaak van heroperatie
<ul style="list-style-type: none"> • Onvoldoende marges • Multifocale invasieve kanker • Gemiste tumor • Extensieve kanker in situ • Diagnostische operatie toonde kanker
Door patiënt beoordeelde uitkomsten van operatie (PROM)
<ul style="list-style-type: none"> • Lokale symptomen aan arm en schouder • Zintuiglijk verlies • Mate van oedeem • Waardering van cosmetische resultaat • Pilot-studie: Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (EQ5D)

Deze bijlage bevat nadere informatie over de Zweedse kwaliteitsregistraties. De informatie is ontleend aan het in de hoofdttekst genoemde rapport van de Boston Consulting Group, Zorg voor Waarde (BCG 2011).

Inhoud registraties

De Zweedse kwaliteitsregistraties bevatten verschillende indicatoren:

- Uitkomstindicatoren.
- Informatie over het risicoprofiel van patiënten (onder andere leeftijd, geslacht, risicofactoren en eerdere ziektes), nodig om te kunnen corrigeren voor casemix-verschillen.
- Proces- en structuurindicatoren, die beschrijven hoe de behandeling is uitgevoerd en of de behandelaar zich heeft gehouden aan de geldende richtlijnen.

Bij de uitkomstindicatoren gaat het onder meer om de door de patiënten ervaren resultaten van de behandeling, gemeten in *Patient Reported Outcome Measures* (PROMs). Onderstaande tabel geeft een voorbeeld van de indicatoren in één van de registraties.

Hogere kwaliteit en lagere kosten

BCG verwacht dat inzetten op kwaliteitsregistraties niet alleen leiden tot hogere kwaliteit maar ook tot lagere kosten. Het rapport noemt vier Zweedse voorbeelden van kostenverlagende effecten van de kwaliteitsregistraties:

- Afname van heroperaties voor heupoperaties door het elimineren van risicofactoren.
- Lagere amputatiefrequentie door systematische selectie van patiënten voor bypasschirurgie.
- Afname in het aantal heropnames na een beroerte

door secundaire preventie.

- Lagere prevalentie van chronische aandoeningen en complicaties door vroege identificatie van risicofactoren.

Bij deze voorbeelden lopen de besparingen uiteen van 1,5 tot 3% van de behandelkosten. Op basis van deze cijfers komt BCG tot de volgende inschatting:

“Deze analyses laten zien dat kwaliteitsregistraties zorgen voor jaarlijkse besparingen van tussen de 1% en 3% van de totale zorgkosten, met name als gevolg van het voorkomen van heroperaties en heropnames.”

In de inleiding van het rapport is BCG nog aanzienlijk optimistischer:

“Deze waardeestijging komt tot stand via een aanzienlijke verbetering van de medische resultaten en het structureel afremmen van de jaarlijkse kostengroei met 1,5%. Dit laatste zou leiden tot jaarlijkse kostenbesparingen die oplopen tot €4,3 miljard in 2020 (ofwel 10% van de totale ziekenhuiskosten in 2020).”

Kwaliteitstransparantie

Recent is in Zweden de stap gezet om kwaliteitsregistraties niet alleen in te zetten voor spiegelinformatie maar ook voor het maken van openbare kwaliteitsindicatoren op ziekenhuisniveau. BCG merkt hierover het volgende op:

“In Zweden is, na lange discussie, in 2007 gestart met het openbaar maken van een selectie van de resultaten van de kwaliteitsregistraties op ziekenhuisniveau. Dit was een initiatief van de overkoepelende organisatie van lokale Zweedse overheden. Deze organisatie verzocht de individuele registraties om gegevens aan te

leveren voor een jaarlijkse publicatie met daarin de kwaliteitsverschillen per aandoening tussen regio's en tussen individuele ziekenhuizen. In eerste instantie was een aantal registraties zeer terughoudend in het openbaar maken van hun resultaten. De eerste publicaties werden echter zeer succesvol ontvangen en leidden tot extra aandacht voor de werkzaamheden van de kwaliteitsregistraties. Dit overtuigde steeds meer registraties om hun kwaliteitsinformatie publiek te maken. Inmiddels maakt een groot deel van de registraties een selectie van hun resultaten op ziekenhuisniveau openbaar.”

Kanttekeningen bij het Zweedse succes

BCG wijst op een viertal problemen rond de Zweedse kwaliteitsregistraties die het functioneren van de bestaande registraties soms belemmeren en de oprichting van nieuwe registraties tegenhoudt.

- Ten eerste verschilt de kwaliteit van de registraties sterk, deels omdat de beschikbare (financiële) middelen verschillen en omdat centrale coördinatie en toezicht ontbreken.
- Ten tweede is de continuïteit van veel registraties niet gewaarborgd, omdat structurele financiering vaak ontbreekt en omdat veel registraties sterk afhankelijk zijn van de vrijwillige inspanningen van enkele individuele specialisten.
- Ten derde is er een gebrek aan synergie tussen de registraties. Ondanks de vergelijkbare activiteiten die de registraties uitvoeren heeft elke registratie een eigen infrastructuur en een eigen team dat zorgt voor zaken als data-analyse en casemix-correctie.
- Ten vierde vereist de huidige situatie veel inspanningen van de zorgverleners. Omdat elke registratie zijn eigen ICT-infrastructuur hanteert, moeten veel data dubbel worden ingevoerd: eenmaal voor de ziekenhuisadministratie en eenmaal voor de kwaliteitsregistratie.

Aanbevelingen

BCG beveelt aan om ook in Nederland tot een brede uitrol te komen van kwaliteitsregistraties, ondersteund door een centraal platform. De benodigde investeringen voor de komende tien jaar raamt BCG op € 55 miljoen per jaar, onder andere voor het financieren van de individuele registraties (geschatte kosten van gemiddeld € 400.000 per jaar per registratie) en voor IT die dubbele data-invoer moet voorkomen.

BCG noemt een aantal kritieke succesfactoren voor individuele kwaliteitsregistraties:

- Specialisten zijn verantwoordelijk voor het vaststellen, meten en gebruiken van kwaliteitsindicatoren, waarbij de wetenschappelijke verenigingen de leiding nemen bij het opzetten van de registraties.
- Uitkomstindicatoren gecorrigeerd voor casemix moeten de kern vormen van de indicatorenset.
- Daarnaast moeten ook proces- en structuurindicatoren worden opgenomen.
- Duidelijke meerwaarde en beperkte inspanningen zijn nodig om specialisten deel te laten nemen.
- Actieve bijdrage aan kwaliteitsverbetering door identificatie en implementatie van *best practices*, o.a. door frequente terugkoppeling, het vaststellen en verspreiden van *best practices*, het organiseren van workshops en congressen om *best practices* te delen en het ondersteunen van slecht presterende ziekenhuizen bij het verbeteren van hun kwaliteit via gerichte verbeterprogramma's.

Over de motivatie van medisch specialisten om actief mee te werken aan registraties merkt BCG het volgende op:

“In Zweden gebruiken kwaliteitsregistraties drie manieren om specialisten te stimuleren om kwaliteitsinformatie per behandelde patiënt in te voeren. Ten eerste zorgen registraties ervoor dat de meerwaarde van deelname duidelijk is voor de specialisten, bijvoorbeeld door te zorgen voor frequente terugkoppeling van de eigen prestaties

en door hulp te bieden bij het verbeteren van de medische resultaten. Ten tweede proberen de registraties om de registratielast te minimaliseren, door het aantal indicatoren te beperken en door dubbele invoer van data te minimaliseren. Sommige registraties hebben zelfs mogelijkheden gevonden om ervoor te zorgen dat deelname aan de registratie leidt tot tijdsbesparing voor de specialisten in het primaire proces. Zo gebruikt de Zweedse reumaregistratie Patient Reported Outcome Measures (PROMs), waarbij patiënten voorafgaand aan en na afloop van de behandeling de pijn en zwelling per gewricht invullen op een computer via een touchscreen. Tijdens het consult heeft de specialist inzage in deze informatie. Dit verhoogt de snelheid en de accuraatheid van de behandeling. Ten derde spreken registraties specialisten aan op het belang van deelname voor het verbeteren van de zorgkwaliteit. Enerzijds wordt hierbij geappelleerd aan een gevoel van trots om je als beroepsgroep gezamenlijk in te zetten voor het verbeteren van de zorgkwaliteit. Anderzijds wordt duidelijk gemaakt dat niet deelnemen aan de registratie eigenlijk niet getolereerd wordt binnen de beroepsgroep.” ♦

Bijlage 4:

Praktijkvariatie

Deze bijlage bevat nadere informatie over praktijkvariatie. De informatie is grotendeels ontleend aan het in de hoofdttekst genoemde rapport van KPMG Plexus.

In zijn rapport uit 2010 beperkt Plexus zich tot de volgende vier aandoeningen:

- Benigne prostaat hyperplasie (BPH)
- Cataract
- Hernia nucleii pulposi (HNP), en
- Ziekten van de adenoïd en tonsillen (ZAT)

In een latere studie (juli 2011) zijn hier door onderzoekers van Vektis, het databureau van de zorgverzekeraars, nog de volgende aandoeningen aan toegevoegd:⁴⁴

- Carpaal tunnel syndroom (CTS)
- Chronische belemmering van de bloedstroom naar de benen (PAOD)
- Galstenen of galblaasontsteking
- Halsslagadervernauwingen
- Heupvervangingen
- Knievervangingen
- Liesbreuk
- Varices

Praktijkvariatie is in beide rapporten op twee manieren gemeten:

1. Door per gemeente te berekenen welk percentage van de bevolking de betreffende behandeling heeft ondergaan (waarbij behandeling staat voor operatief behandelen).

2. Door per instelling de 'conversieratio' te berekenen, gedefinieerd als het aandeel patiënten met een bepaalde aandoening binnen een instelling dat wordt geopereerd. De noemer wordt gevormd door alle patiënten binnen een instelling met een initiële DBC van de betrokken aandoening.

Voor beide methoden geldt dat correctie voor patiëntkenmerken essentieel is om tot valide conclusies te komen. Voor methode 2 moet ook nog rekening worden gehouden met het specialisatiepatroon van het ziekenhuis; het is denkbaar dat een ziekenhuis gevestigd naast een ZBC zich richt op de zwaardere patiënten waarbij vaker operatief behandelen geïndiceerd is. Plexus corrigeert in het 2010-rapport bij methode 1 uitsluitend voor leeftijd en gemiddeld inkomen in de regio, en bij methode 2 uitsluitend voor leeftijd. Het lijkt onwaarschijnlijk dat hiermee alle belangrijke factoren zijn meegenomen.⁴⁵

Ondanks deze methodologische kanttekeningen komt uit de analyse van praktijkvariatie op gemeenteniveau voor een aantal aandoeningen vrij overtuigend het beeld naar voren van aanzienlijke praktijkvariatie.⁴⁶ De uitkomsten op ziekenhuisniveau zijn voor meer discussie vatbaar, vanwege bovenstaande methodologische kanttekeningen.

Op basis van de analyse uit 2010, dus voor vier aandoeningen, hebben de onderzoekers ook een poging gedaan om vast te stellen in hoeverre de gemeten praktijkvariatie wijst op overbehandeling of onderbehandeling. Allereerst betogen de onderzoekers dat er voor deze vier aandoeningen geen reden is aan te nemen dat sprake is

van onderbehandeling. Alle praktijkvariatie duidt volgens hen dus op overbehandeling. Vervolgens ontlene zij aan richtlijnen en internationale vergelijkingen normwaarden voor het aantal interventies per inwoner. Het volledig uitbannen van praktijkvariatie zou op basis van deze analyse leiden tot een afname van het behandelvolume met een kwart of meer, afhankelijk van de onderzochte aandoening. Dit zou resulteren in besparingen op de zorguitgaven van in totaal bijna een kwart miljard euro, uitsluitend bij deze 4 aandoeningen.

Het rapport bevat ook de reacties van de wetenschappelijke verenigingen op de bevindingen voor de vier aandoeningen. Vooral de aanname dat de gemeten praktijkvariatie wijst op overbehandeling wordt niet onderschreven door de wetenschappelijke verenigingen. Uit deze reacties, en de reacties van de Plexus-onderzoekers daar weer op, concluderen wij dat inderdaad onvoldoende is aangetoond dat de gemeten praktijkvariatie wijst op overbehandeling. Andere kanttekeningen bij de analyse zijn:

- De focus op de effecten op de zorguitgaven is te beperkt: voor een volledige kosten/baten analyse zouden ook de effecten op de verzuimduur (vaak korter bij operatieve behandeling) moeten worden meegenomen.
- Verschillen in patiëntenvoorkeuren kunnen een oorzaak zijn van praktijkvariatie. Het is niet evident hoe de arts om moet gaan met verschillen in patiëntenvoorkeuren. Enerzijds is er de roep om *shared decision making*, anderzijds wordt de arts gevraagd om op de kosten te letten.

Plexus stelt dat “...sturing op praktijkvariatie een prominente plek [verdient] in de lijst van mogelijkheden om de kostengroei van zorg de komende jaren te beperken. Inrichting van de zorg volgens *evidence-based* referentiewaarden vermindert variatie, en maximaliseert de toegevoegde waarde van de geleverde zorg, met kosten-dalingen als gevolg.”

Plexus stelt de volgende maatregelen voor:

- Richtlijnen en indicatoren over indicatiestelling ontwikkelen: volgens Plexus zijn bestaande richtlijnen onvoldoende duidelijk over de indicatiestelling.
- Aanscherpen van aanspraken op verzekerde zorg: een interventie zou alleen vergoed moeten worden via de basisverzekering als er een *evidence-based* indicatie voor de betreffende interventie is. Dit zou volgens Plexus ook kunnen gelden voor het openen van ‘aspecifieke’ DBC’s (zoals “thoracale klachten zonder diagnose”), waarbij alleen bij klachten die conform de NHG standaard of andere richtlijnen medisch-specialistische zorg vereisen de DBC als verzekerde zorg aangemerkt zou kunnen worden.
- Stimuleren *shared decision making*: volgens Plexus toont onderzoek aan dat een goed geïnformeerde patiënt veel vaker dan door de behandelaars wordt verwacht afziet van een operatie op het moment dat alle alternatieven en risico’s duidelijk zijn voorgelegd.
- Meten uitkomsten van zorg: “Voor het type aandoeningen dat in dit onderzoek centraal staat, zou het meten van het patiëntenresultaat na de interventie standaard dienen te zijn. Er zijn reeds veel instrumenten beschikbaar voor dit type metingen – meting van de visuele functie, van rugpijn, enzovoort – die objec-

tief vaststellen of en hoe de klacht verminderd is door de interventie.”

- Monitoren van praktijkvariatie/selectieve inkoop: Plexus stelt voor om een (niet nader gespecificeerde) organisatie opdracht te geven om regelmatig de variaties in zorg te publiceren. Vervolgens is het volgens Plexus de taak van de zorgverzekeraars “om hier via selectieve inkoop van zorg invulling aan te geven.” ♦

Noten

44. *Indicatoren praktijkvariatie, Vektis/ZN 2011.*
45. *In het 2011-rapport wordt voor een groter aantal factoren gecorrigeerd: geslacht, leeftijd, SES (op 4-cijferig postcode-niveau), en (afhankelijk van de aandoening) “..aanvullende zorgzwaartevariabelen bekend uit wetenschappelijke literatuur zijn in de praktijkvariatie analyses meegenomen indien deze in de Vektis database of via een proxy-variabele beschikbaar zijn. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om chronische condities als diabetes of cardiovasculaire problematiek. Hierbij worden op basis van medicatie-gebruik mensen als ‘diabetes’ of ‘cardiovasculair’ patiënt gekarakteriseerd (via de door Vektis gehanteerde FKG categorieën).” Verschillen in specialisatiepatroon en taakverdeling met andere zorgaanbieders zijn ook in de 2011 analyse niet meegenomen.*
46. *De onderzoekers geven dit weer in de vorm van kaartjes van Nederland waarbij kleurverschillen de behandelintensiteit weergeven; dit is niet goed samen te vatten in een paar kengetallen. De constatering dat sprake is van aanzienlijke praktijkvariatie wordt ook gedeeld door de commissie van de OMS die zich over dit thema heeft gebogen (mondelinge mededeling van Wilco Peul, neurochirurg, en Jet van den Akker, KNO-arts, leden van deze commissie).*



Orde van Medisch Specialisten



nederlandsche
internisten
vereniging



NEDERLANDSE
VERENIGING VOOR
ALLERGOLOGIE



Nederlandse Vereniging
voor Anesthesiologie



VERENIGING
KLINISCHE GENETICA
NEDERLAND



vereniging
artsen
laboratoriumdiagnostiek



Nederlandse Vereniging voor Cardiologie



Nederlandse Vereniging voor
Maag-Darm- en Leverziekten



Nederlandse Vereniging
voor Reumatologie



NVK
Nederlandse Vereniging
voor Kinder- en Jeugdgeriatrie



Nederlandse Vereniging voor Radiologie
Radiological Society of the Netherlands



Nederlandse Vereniging voor
Medische
Microbiologie



Nederlandse Vereniging
voor Klinische Geriatrie



NVV
Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie



Nederlandse Vereniging voor
Radiotherapie en Oncologie



NEDERLANDSE
VERENIGING VOOR
PSYCHIATRIE



Nederlandse Vereniging
voor Neurologie



Nederlandse Vereniging
voor Neurochirurgie



VRA
NEDERLANDSE VERENIGING
VOOR NEUROLOGIE EN
NEUROCHIRURGIE



NEDERLANDSE VERENIGING VOOR ORTHOPEDIE



Nederlandse Vereniging
voor Pathologie



NVNG
NEDERLANDSE VERENIGING VOOR NUCLEAIRE
GENEESKUNDE



nvog
NEDERLANDSE VERENIGING VOOR
OBSTETRIE EN GYNAECOLOGIE



NOG
NEDERLANDSE VERENIGING VOOR OOGHEELKUNDE



NEDERLANDSE VERENIGING VOOR UROLOGIE



NVPC
Nederlandse Vereniging voor Perinatale Geneeskunde
kennelijk, neonatologie en perinatale chirurgie



Nederlandse
Vereniging
voor Heelkunde



Orde van Medisch Specialisten

postbus 20057

3502 LB Utrecht

(030) 28 23 650

communicatie@orde.nl