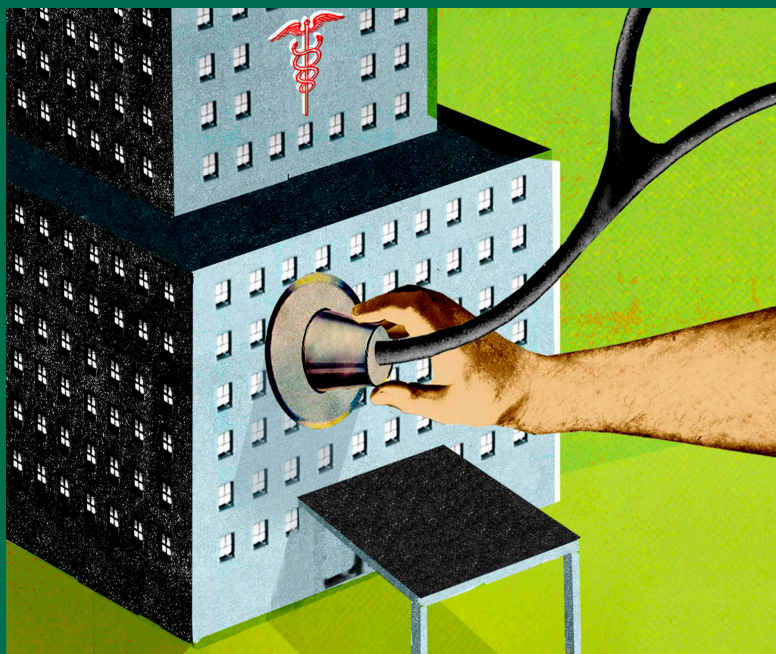


BCG

RAPPORT

Zorg voor waarde

Meer kwaliteit voor minder geld: wat de Nederlandse gezondheidszorg kan leren van Zweden



THE BOSTON CONSULTING GROUP

The Boston Consulting Group (BCG) is een wereldwijd opererend managementadviesbureau en is toonaangevend op het gebied van strategie. Samen met onze klanten onderzoeken wij mogelijkheden tot waardecreatie, adresseren we cruciale uitdagingen en transformeren we organisaties. Dit doen we in alle bedrijfstakken en op alle functionele gebieden. Onze bedrijfsspecifieke aanpak combineert diepgaand inzicht in de dynamiek van organisaties en markten met intensieve samenwerking met mensen op alle niveaus van de klantorganisatie. Dit zorgt ervoor dat onze klanten duurzaam concurrentievoordeel verkrijgen, betere organisaties bouwen en verzekerd zijn van blijvende resultaten. BCG is opgericht in 1963 en heeft 71 kantoren in 41 landen.

Zorg voor waarde

Meer kwaliteit voor minder geld: wat de Nederlandse
gezondheidszorg kan leren van Zweden

Jan Willem Kuenen

Rutger Mohr

Stefan Larsson

Wouter van Leeuwen

September 2011

© The Boston Consulting Group 2011. Alle rechten voorbehouden.

Voor informatie neem contact op met BCG:

E-mail: ams.marketing@bcg.com

Fax: +31 20 548 4001, ter attentie van Marketing

Post: The Boston Consulting Group

Marketing

Postbus 87597

1080 JN Amsterdam

Nederland



Inhoudsopgave

Inleiding	5
Conclusies en aanbevelingen	6
1. Zweedse lessen met betrekking tot kwaliteitstransparantie kunnen Nederland helpen bij het verhogen van de zorgkwaliteit en het afremmen van de kostengroei	8
1.1 De medische resultaten van de Nederlandse ziekenhuiszorg zijn voor verbetering vatbaar	9
1.2 Sterk stijgende kosten dreigen de Nederlandse zorg onbetaalbaar te maken	10
1.3 Voorwaarde voor oplossing: kwaliteitstransparantie op basis van uitkomstindicatoren	12
1.4 Zinvol om te leren van Zweden, koploper op het gebied van kwaliteitstransparantie	14
2. Hoe kwaliteitstransparantie de waarde van zorg verhoogt in Zweden	17
2.1 Zweden heeft een unieke positie op het gebied van kwaliteitstransparantie	17
2.2 Hoe kwaliteitstransparantie richting zorgverleners zorgt voor een hogere waarde van zorg	19
2.3 Hoe het openbaar maken van de kwaliteitsinformatie de waarde van zorg verder verhoogt	24
2.4 Impact van kwaliteitstransparantie op de waarde van zorg in Zweden tot dusver	29
2.5 De vervolgstappen in Zweden op het gebied van kwaliteitstransparantie en Value Based Healthcare	31
3. De belangrijkste lessen uit Zweden	34
3.1 Kritieke succesfactoren voor individuele kwaliteitsregistraties per aandoening	34
3.2 Kritieke succesfactoren voor centrale coördinatie en ondersteuning	36
4. Wenkend perspectief van kwaliteitstransparantie voor Nederland	38
4.1 Zichtbare Zorg speelde belangrijke rol bij bewustwording, maar kon ambities niet waarmaken	38
4.2 Hoopgevende initiatieven bevestigen dat transparantie ook in Nederland bereikt kan worden	40
4.3 Brede uitrol van kwaliteitsregistraties lijkt beste manier om tot transparantie te komen	42
4.4 Het wenkend perspectief voor Nederland is aanzienlijk, zowel voor kwaliteit als voor kosten	42
5. Aanbevelingen aan de Nederlandse zorgspelers	46
Bronvermelding	49



Aan de lezer

Over de auteurs

Jan Willem Kuenen en Rutger Mohr zijn Partners & Managing Directors bij The Boston Consulting Group in Amsterdam. U kunt contact met hen opnemen via e-mail: kuenen.janwillem@bcg.com en mohr.rutger@bcg.com.

Stefan Larsson is Senior Partner & Managing Director bij The Boston Consulting Group in Stockholm. U kunt contact met hem opnemen via e-mail: larsson.stefan@bcg.com.

Wouter van Leeuwen is Project Leader bij The Boston Consulting Group in Amsterdam. U kunt contact met hem opnemen via e-mail: vanleeuwen.wouter@bcg.com.

Voor verder contact

Als u vragen of opmerkingen heeft over de inhoud van dit rapport, dan kunt u contact opnemen met de marketingafdeling van The Boston Consulting Group: ams.marketing@bcg.com.

Dankbetuigingen

De auteurs van dit rapport willen graag alle Nederlandse en Zweedse ziekenhuisbestuurders, medisch specialisten, oprichters van kwaliteitsregistraties en marktexperts bedanken, die hun medewerking hebben verleend aan dit onderzoek in interviews en gesprekken.

Ook willen zij de vele collega's van The Boston Consulting Group bedanken die een bijdrage hebben geleverd aan het tot stand komen van dit rapport. Enkele collega's uit Stockholm en Amsterdam verdienen een expliciete dankbetuiging voor hun ondersteuning. Dit betreft Mikael Nygard, Peter Svensson en Eric Wahlgren uit Stockholm en Huib Kurstjens, Marty Smits, Bente Jorritsma, Job Komen, Marieke van der Lans, Jelle Andela, Robert Sommer, David Roda en Vica Molleman uit Amsterdam.



Inleiding

The Boston Consulting Group (BCG) levert graag een bijdrage aan de discussie over het verbeteren van de Nederlandse zorg¹. Een belangrijk onderwerp in deze discussie anno 2011 is het creëren van inzicht in de kwaliteit van zorg: wat zijn de medische resultaten van de geleverde zorg? Hoewel vrijwel alle partijen in de zorg het belang van deze kwaliteitstransparantie onderschrijven, blijkt het realiseren ervan nog moeizaam te verlopen.

In dit rapport schetsen we een wenkend perspectief voor de Nederlandse zorg op basis van de lessen die kunnen worden geleerd van Zweden, wereldwijd koploper op het gebied van kwaliteitstransparantie. Hierbij geven we allereerst een antwoord op de vraag wat kwaliteitstransparantie kan opleveren. Op basis van concrete voorbeelden en analyses laten we zien hoe inzicht in kwaliteitsverschillen in Zweden leidt tot hogere kwaliteit van zorg en het afremmen van de kostengroei. Vervolgens gaan we in op de vraag wat de beste manier is om tot deze transparantie te komen. Hiervoor vertalen we de Zweedse succesfactoren in een heldere visie op hoe ook in Nederland de kwaliteit van zorg transparant gemaakt kan worden. We sluiten af met vier concrete aanbevelingen aan de Nederlandse zorgspelers om deze visie in praktijk te brengen.

De focus in dit rapport ligt op de ziekenhuiszorg. Hier is de grootste winst te behalen, mede doordat het de grootste sector binnen de Nederlandse gezondheidszorg is wat betreft kosten. Onze visie en aanbevelingen kunnen echter ook van waarde zijn voor het bereiken van kwaliteitstransparantie in andere zorgsectoren.

Dit rapport is primair geschreven voor de zorgspelers die actief betrokken zijn bij de discussie over kwaliteitstransparantie in de ziekenhuiszorg, inclusief specialisten, zorgverzekeraars, ziekenhuizen, patiëntenverenigingen en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Gezien het maatschappelijk belang van dit onderwerp richten we ons echter ook op een breder publiek. Daarom hebben we bij onze woordkeuze en toelichting rekening gehouden met de 'geïnteresseerde leek' als lezer.

We hopen met dit rapport de verschillende partijen in de Nederlandse zorg te helpen bij het transparant maken van de kwaliteit van zorg. De meerwaarde van kwaliteitstransparantie zal voor alle belanghebbenden, maar bovenal voor de patiënten aanzienlijk zijn: (nog) betere kwaliteit van zorg, terwijl de stijging van de zorgkosten significant afgeremd kan worden.

1. In dit kader publiceerde The Boston Consulting Group in mei 2010 het rapport *Kiezen voor Kwaliteit*. Dit rapport beschreef hoe portfoliokeuzes van ziekenhuizen tegelijkertijd de kwaliteit van zorg kunnen verhogen en de kosten kunnen verlagen. Dit rapport is te downloaden via www.bcg.nl/documents/file65689.pdf



Conclusies en aanbevelingen

De prestaties van de Zweedse ziekenhuizen op het gebied van de medische resultaten van de geleverde zorg zijn indrukwekkend. Zo zorgen Zweedse orthopeden al jarenlang voor minder heroperaties bij heupprotheses dan hun vakgenoten in andere landen. Zo verlaagden Zweedse cardiologen de 30-daagse mortaliteit na een hartaanval in de afgelopen tien jaar met 65%, leidend tot de laagste mortaliteit binnen Europa. En zo zijn de Zweedse oogartsen wereldwijd toonaangevend in het voorkomen van complicaties bij cataractoperaties. De basis voor deze goede prestaties ligt in het feit dat Zweden er als een van de eerste landen in geslaagd is om de kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen op grote schaal inzichtelijk te maken.

Kwaliteitstransparantie in Zweden zorgt voor betere én beter betaalbare zorg

In Zweden bestaat voor de behandeling van een groot aantal aandoeningen een breed gedragen set van kwaliteitsindicatoren, vastgesteld door de relevante medisch specialisten. De nadruk ligt hierbij op uitkomstindicatoren, die de daadwerkelijke medische resultaten van de geleverde zorg meten. Inzicht in de kwaliteit van de medische resultaten maakt het mogelijk om de focus te verleggen van het beperken van de zorgkosten naar het maximaliseren van de ‘waarde’ van zorg (of de prijs-kwaliteitverhouding van de zorg).

Dankzij deze kwaliteitstransparantie zijn de Zweedse zorgaanbieders in staat om hun kwaliteit onderling te vergelijken en best practices (behandelmethoden die leiden tot de beste resultaten) vast te stellen. Het openbaar maken van de kwaliteitsinformatie geeft bovendien een extra prikkel aan de zorgverleners om de kwaliteit van zorg te verhogen. Mede dankzij

het structureel meten van kwaliteitsinformatie en het effectief gebruiken ervan is Zweden internationaal koploper op het gebied van medische resultaten. Een vergelijking van de beschikbare uitkomstindicatoren tussen Nederland en Zweden laat bijvoorbeeld zien dat de mortaliteit in Zweden gemiddeld 25% lager is voor de aandoeningen waarvoor in Zweden gedetailleerde kwaliteitsinformatie gemeten en gebruikt wordt.

De kwaliteitstransparantie zorgt in Zweden niet alleen voor kwaliteitsverbetering, maar ook voor kostenbesparingen, onder meer dankzij minder complicaties en heroperaties. Daarnaast kunnen behandelingen die duurder zijn maar niet leiden tot betere uitkomsten eenvoudig geïdentificeerd en gestopt worden. Analyses laten zien dat kwaliteitstransparantie leidt tot jaarlijkse cumulatieve besparingen van 1% tot 3% van de totale zorgkosten.

In Nederland worden de eerste stappen gezet op het gebied van kwaliteitstransparantie. Het blijkt echter niet eenvoudig om tot betekenisvolle informatie te komen voor zorgverleners, patiënten en zorgverzekeraars. Zo leidde het ambitieuze project Zichtbare Zorg Ziekenhuizen, waarin alle relevante zorgspelers betrokken waren, nog niet tot de gewenste uitkomstindicatoren. Daarom is het zinvol om Zweden als voorbeeld te nemen bij het vaststellen van de beste manier om ook in Nederland tot kwaliteitstransparantie te komen.

In Zweden zijn kwaliteitsregistraties, onder leiding van specialisten, verantwoordelijk voor het meten van kwaliteit

Kwaliteitsinformatie wordt in Zweden gemeten door kwaliteitsregistraties. Dit zijn relatief kleine, onafhankelijke organisaties, opgericht en gedragen door medisch

specialisten. Elke registratie richt zich op een specifiek type zorg (bijvoorbeeld de behandeling van borstkanker of hartinfarcten), waarvoor het kwaliteitsindicators vaststelt. Specialisten en ziekenhuizen voeren de kwaliteitsindicators per behandelde patiënt in en ontvangen een periodieke terugkoppeling van hun relatieve prestaties. Hierbij worden de resultaten gecorrigeerd voor de verschillen in het risicoprofiel van patiënten (de casemix).

Op deze manier ligt de verantwoordelijkheid voor het vaststellen en meten van kwaliteitsindicators bij de medisch specialisten. Dit heeft twee belangrijke voordelen. Ten eerste zijn specialisten het best in staat om kwaliteit te definiëren op hun vakgebied. Ten tweede is draagvlak onder specialisten cruciaal. Alleen wanneer ze geloven in het nut en de inhoud van de indicatoren zullen ze de gewenste informatie zorgvuldig invoeren en de resulterende kwaliteitsinformatie accepteren en gebruiken om verbeteringen door te voeren. Zweedse kwaliteitsregistraties maken niet alleen kwaliteitsverschillen inzichtelijk, maar dragen ook actief bij aan de verbetering van de zorgkwaliteit. Dit doen ze door onderzoek te doen naar best practices, door best practices te verspreiden en door slecht presterende ziekenhuizen te helpen bij het verbeteren van hun kwaliteit via gerichte verbeterprogramma's.

In Zweden is een centraal platform gewenst om individuele registraties te ondersteunen

Ondanks de grote successen, lopen Zweedse kwaliteitsregistraties ook tegen een aantal problemen aan door het ontbreken van centrale coördinatie en ondersteuning. Voorbeelden van deze problemen zijn gebrek aan langetermijnfinanciering en gebrek aan een centrale ICT-infrastructuur. Deze problemen beperken het functioneren van de bestaande registraties en vertragen de oprichting van nieuwe registraties. Om deze problemen op te lossen heeft BCG in 2009, samen met alle relevante zorgspelers, een nationale strategie geformuleerd. Deze strategie voorziet in een centraal platform ter coördinatie en ondersteuning van de individuele kwaliteitsregistraties. Het platform staat onder leiding van een stuurgroep waarin alle relevante zorgspelers vertegenwoordigd zijn (inclusief specialisten, ziekenhuizen, patiënten en de overheid²).

Het centrale platform kan bestaande en nieuwe registraties ondersteunen en stimuleren. Bovendien kan via een

centraal platform tegemoet worden gekomen aan de belangen van alle relevante zorgspelers op het gebied van kwaliteitstransparantie. Individuele registraties kunnen zich, onder bepaalde voorwaarden, aan het platform koppelen en gebruik maken van de centrale ondersteuning, financiering en infrastructuur. Hierbij blijft de autonomie van de registraties met betrekking tot het vaststellen, meten en gebruiken van kwaliteitsindicators gewaarborgd. De voorgestelde strategie leidt tot een zeer aantrekkelijke business case, waarin de benodigde investeringen naar verwachting binnen tien jaar ruim tien maal worden terugverdiend via directe medische kostenbesparingen.

In Nederland zal brede uitrol van kwaliteitsregistraties de waarde van zorg aanzienlijk kunnen verhogen

Op basis van de lessen uit Zweden en de eerste successen van Nederlandse kwaliteitsregistraties, bevelen we aan om ook in Nederland tot een brede uitrol te komen van kwaliteitsregistraties, ondersteund door een centraal platform. Dit betekent dat gelijktijdig moet worden gewerkt aan het inrichten van een centraal platform en aan het oprichten van nieuwe kwaliteitsregistraties per aandoening door de relevante specialisten. We beëindigen dit rapport met enkele concrete aanbevelingen aan de Nederlandse zorgspelers om hiertoe op korte termijn de eerste stappen te zetten.

De door ons geschetste route zal flinke inspanningen vergen van de betrokken partijen. Deze inspanningen zullen echter in geen verhouding staan tot de meerwaarde die kwaliteitstransparantie zal opleveren voor alle zorgspelers, maar bovenal voor de patiënten en de maatschappij. Onze analyses laten zien dat een brede uitrol van kwaliteitsregistraties de waarde van zorg (of de prijs-kwaliteitverhouding van de zorg) sterk zal kunnen verhogen. Deze waardestijging 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).

2. In Zweden is de zorg publiek gefinancierd binnen de 21 regio's en zijn er dus geen aparte zorgverzekeraars.

Hoofdstuk 1

Zweedse lessen met betrekking tot kwaliteitstransparantie kunnen Nederland helpen bij het verhogen van de zorgkwaliteit en het afremmen van de kostengroei

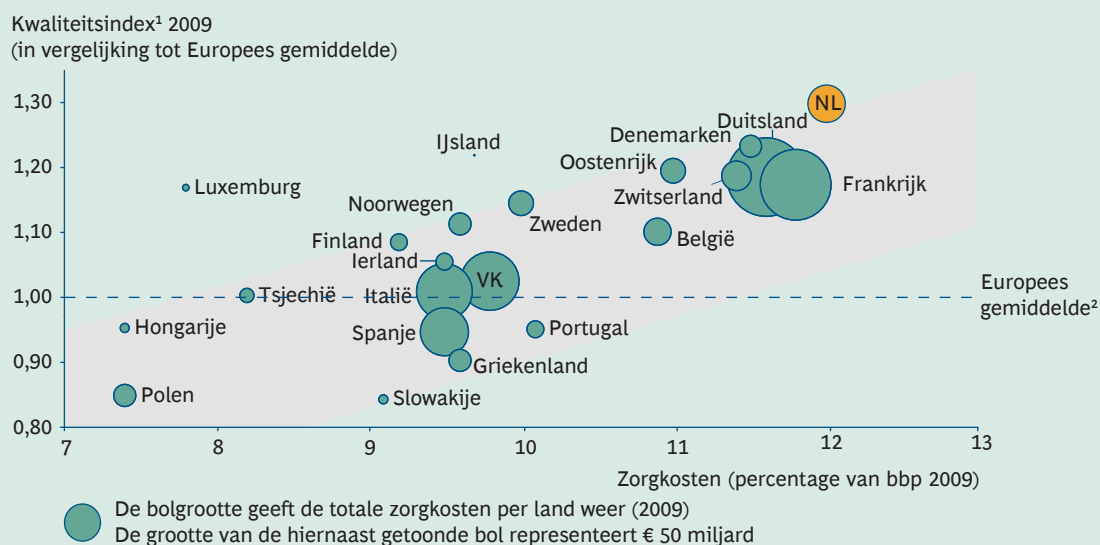
De Nederlandse gezondheidszorg en zeker ook de Nederlandse ziekenhuiszorg, waarop we in dit rapport de nadruk leggen, presteren goed in internationale vergelijkingen. In de afgelopen jaren verschenen verschillende onderzoeken die laten zien dat de Nederlandse zorg van goede kwaliteit is³. Figuur 1 laat zien dat de kwaliteit van zorg in Nederland het best is van 33 onderzochte Europese landen, weliswaar tegen relatief hoge kosten⁴. In het betreffende onderzoek is een zeer brede definitie van kwaliteit gebruikt

die niet alleen de daadwerkelijke medische resultaten van de geleverde zorg bevat, maar ook aspecten als patiëntenrechten, wachttijden en de breedte van het zorgaanbod.

3. Bron: RIVM (2008), Björnberg A, et al. (2009), Commonwealth Fund (2010).

4. De kostenvergelijking is op basis van de laatste OECD cijfers, zoals in juni 2011 gepubliceerd. Deze cijfers zijn gebaseerd op getallen die door de landen zelf worden aangeleverd, waarbij enige onduidelijkheid bestaat over de vergelijkbaarheid van de kosten.

Figuur 1: De Nederlandse gezondheidszorg presteert goed in internationale vergelijkingen



1. Gebaseerd op de European Health Consumer Index 2009.

2. Gemiddelde score van alle 33 onderzochte Europese landen (in deze grafiek worden 22 landen getoond).

Noot: Aangezien de zorgkosten voor Portugal en Griekenland voor 2009 niet beschikbaar zijn, zijn voor deze landen data uit 2007 (Griekenland) en 2008 (Portugal) gebruikt. De Nederlandse zorgkosten in de OECD-statistieken zijn tussen 2008 en 2009 sterk gestegen. Een belangrijke reden hiervoor is een aanscherping van de definitie, waardoor in 2009 kosten zijn meegenomen voor de langdurige zorg die eerder niet in het cijfer zaten.

Bron: Björnberg A, et al. (oktober 2009), OECD (2011), Piersma J (1 juli 2011), BCG-analyse.

Er is echter geen reden om tevreden achterover te leunen. Zowel op het gebied van de zorgkwaliteit als de zorgkosten zijn in Nederland namelijk verbeteringen mogelijk of zelfs nodig. Als we aan de kwaliteitskant uitsluitend kijken naar de medische resultaten van de geleverde zorg, blijkt dat Nederland geen koploper is. Op dit cruciale aspect is de zorg dus voor verbetering vatbaar. Aan de kostenkant stijgen de zorgkosten in Nederland al jaren veel harder dan ons bruto binnenlands product. Deze sterke kostenstijging dreigt de Nederlandse zorg op termijn onbetaalbaar te maken.

1.1 De medische resultaten van de Nederlandse ziekenhuiszorg zijn voor verbetering vatbaar

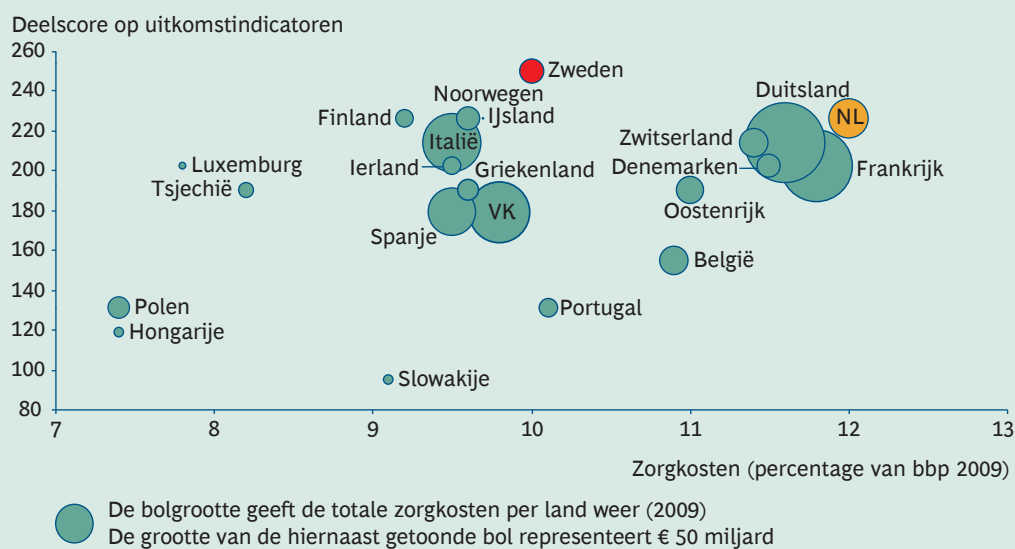
Er zijn drie manieren om te kijken naar de kwaliteit van zorg. De eerste manier richt zich op de medische resultaten van de geleverde zorg. Deze kunnen worden uitgedrukt in uitkomstindicatoren, die bijvoorbeeld de mortaliteit of de complicaties als gevolg van een behandeling vaststellen, maar ook de bereikte gezondheidswinst en de duurzaamheid ervan. De tweede manier richt zich op de wijze waarop de zorg geleverd wordt.

Dit kan worden uitgedrukt in proces- of structuurindicatoren, die vaststellen welke methoden en middelen gebruikt worden en binnen welke organisatorische setting de behandeling plaatsvindt. De derde manier richt zich op de ervaringen van patiënten tijdens het behandelproces. Dit kan worden uitgedrukt in de patiënttevredenheid over de bejegening door zorgverleners, de informatieverstopping en praktische zaken, zoals de maaltijden in het ziekenhuis.

Hoewel alle drie de benaderingen van zorgkwaliteit van belang zijn, zijn uitkomstindicatoren de categorie waar uiteindelijk de meeste nadruk op zou moeten liggen. Het ultieme doel van de ziekenhuiszorg is immers het bereiken van gezondheidswinst voor de patiënten. Helaas vormen uitkomstindicatoren nu juist de categorie waaraan in Nederland, net zoals in veel andere landen, een structureel gebrek is.

Het gebrek aan uitkomstindicatoren bemoeilijkt het vergelijken van de kwaliteit van de medische resultaten van de geleverde zorg, zowel binnen Nederland als tussen Nederland en andere landen. Op basis van de beperkt beschikbare informatie kunnen we echter wel

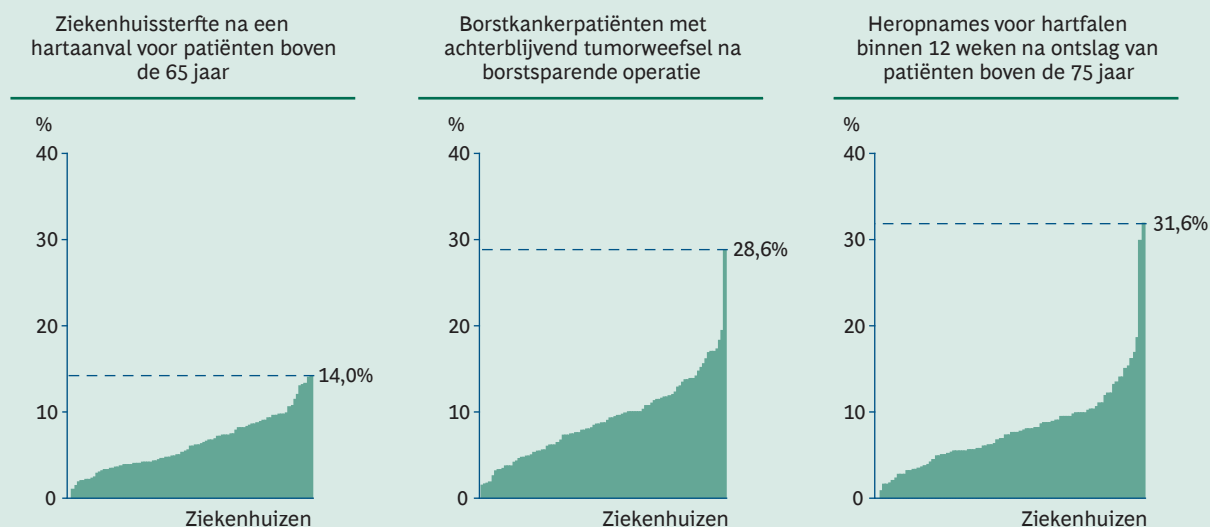
Figuur 2: Zweedse zorg scoort het best als alleen gekeken wordt naar uitkomstindicatoren



Noot: Aangezien de zorgkosten voor Portugal en Griekenland voor 2009 niet beschikbaar zijn, zijn voor deze landen data uit 2007 (Griekenland) en 2008 (Portugal) gebruikt. De Nederlandse zorgkosten in de OECD-statistieken zijn tussen 2008 en 2009 sterk gestegen. Een belangrijke reden hiervoor is een aanscherping van de definitie, waardoor in 2009 kosten zijn meegenomen voor de langdurige zorg die eerder niet in het cijfer zaten.

Bron: Björnberg A, et al. (oktober 2009), OECD (2011), Piersma J (1 juli 2011), BCG-analyse.

Figuur 3: Uitkomsten van behandelingen verschillen aanzienlijk tussen ziekenhuizen in Nederland



Bron: Inspectie voor de Gezondheidszorg (2009), BCG-analyse.

stellen dat de kwaliteit van de medische resultaten in Nederland voor verbetering vatbaar is. Wanneer we bijvoorbeeld bij de kwaliteit van zorg voor de 22 landen uit Figuur 1 alleen maar kijken naar de deelscore op het gebied van uitkomsten, dan blijkt dat niet langer Nederland maar Zweden de eerste positie inneemt (zie Figuur 2). Figuur 2 laat ook zien dat betere medische resultaten niet gepaard hoeven te gaan met hogere kosten. Sterker nog, betere medische resultaten leiden vaak tot kostenbesparingen. Hierop komen we in het vervolg van dit rapport enkele malen terug.

Daarnaast zijn de kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen in Nederland aanzienlijk. De beperkte lijst publiek beschikbare uitkomstindicatoren laat een grote variatie zien. Figuur 3 toont dat het percentage patiënten boven de 65 dat in een ziekenhuis overlijdt na een hartaanval in 2009 varieerde tussen de 0% en de 14%. Het percentage patiënten met achtergebleven kankerweefsel na een borstkankeroperatie varieerde tussen de 0% en de 29%. En het percentage heropnames voor hartfalen binnen 12 weken na ontslag uit het ziekenhuis bij patiënten boven de 75 jaar varieerde tussen de 0% en de 32%. Deze variatie in medische resul-

taten wijst erop dat de kwaliteit in veel Nederlandse ziekenhuizen voor verbetering vatbaar is.

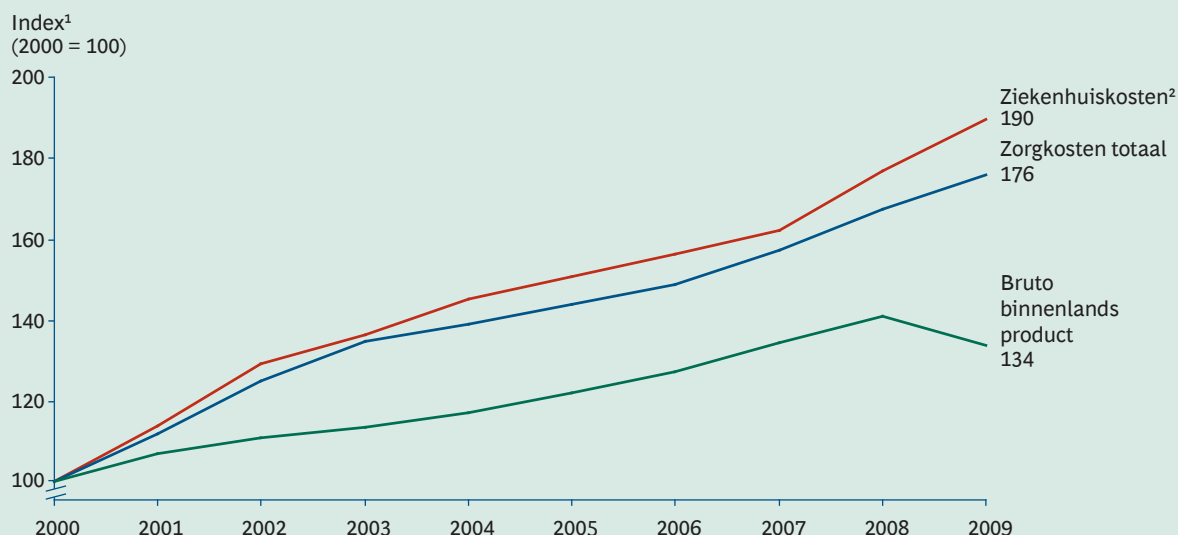
Een deel van deze variatie kan voortkomen uit verschillen in het risicoprofiel van de patiënten per ziekenhuis (de zogenaamde 'casemix'). Het is echter onwaarschijnlijk dat de casemix deze grote verschillen geheel kan verklaren. Zo heeft het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis in Amsterdam (het Nederlands Kanker Instituut) naar verwachting de zwaarste casemix voor borstkankerpatiënten, maar heeft het een zeer laag percentage patiënten met achterblijvend kankerweefsel (2,4%).

1.2 Sterk stijgende kosten dreigen de Nederlandse zorg onbetaalbaar te maken

Net als in de meeste andere ontwikkelde landen zijn in Nederland de kosten van de gezondheidszorg in de afgelopen jaren sterk gestegen. Ditzelfde geldt voor de ziekenhuiskosten, de grootste kostenpost⁵.

5. Ruim 25% van de totale uitgaven voor zorgaanbieders betreft kosten voor ziekenhuizen en specialistenpraktijken. Bron: CBS (2011).

Figuur 4: De zorgkosten in Nederland groeiden de afgelopen 10 jaar harder dan het bruto binnenlands product



1. Om de stijging van de zorgkosten goed te kunnen vergelijken met de stijging van het bruto binnenlands product zijn alle bedragen geïndexeerd (met het jaar 2000 als basis). De grafiek laat zien dat de ziekenhuiskosten tussen 2000 en 2009 met 90% zijn gestegen, terwijl het bbp met slechts 34% groeide.
2. Kosten van ziekenhuizen en specialistenpraktijken.

Bron: CBS (2011), BCG-analyse.

In Figuur 4 is te zien dat in Nederland de zorgkosten over de periode 2000–2009 veel sterker stegen dan het bruto binnenlands product (bbp). Terwijl het bbp met gemiddeld 3,3% per jaar groeide, stegen de totale zorgkosten met gemiddeld 6,5% per jaar⁶. Dit heeft ertoe geleid dat een steeds groter deel van het bbp in Nederland wordt uitgegeven aan de gezondheidszorg (in 2009 was dit 12% van het bbp volgens de internationale definities van de OECD en zelfs bijna 15% volgens de definities van het CBS)⁷.

De ziekenhuiskosten groeiden tussen 2000 en 2010 met gemiddeld 7,3% per jaar en verdubbelden zo in deze periode (zie Figuur 5). De minder sterke groei in 2010 (3,5%) komt vooral door forse tariefdalings bij medisch specialisten in reactie op budgetoverschrijdingen in eerdere jaren⁸. De kostenstijging tussen 2000–2010 wordt slechts voor 0,9 procentpunt verklaard door demografische effecten (0,5 procentpunt door vergrijzing en 0,4 procentpunt door bevolkingsgroei)⁹. Het merendeel van de groei wordt gedreven door een hogere zorgconsumptie, mede als gevolg van medische ontwikkelingen die ertoe leiden dat steeds meer ziektes steeds vroeger en langer kunnen worden behandeld.

Als deze groei zich voortzet, dan zullen de ziekenhuiskosten in de komende tien jaar wederom verdubbelen. Dit dreigt de zorg onbetaalbaar te maken, tenzij Nederland bereid is om flink te bezuinigen op andere terreinen, zoals onderwijs, de sociale zekerheid of de particuliere consumptie. Minister De Jager van Financiën gaf in mei 2011 zelfs aan dat de groei van de zorgkosten wat hem betreft het grootste financiële probleem vormt waar Nederland mee te maken heeft: “De schulden crisis overleven we wel en 18 miljard bezuinigen gaat ook wel lukken, maar mijn grootste zorg is de steeds maar toenemende groei in de zorgkosten.” Het feit dat de zorgkosten sneller stijgen dan het bbp is wat hem betreft “mathematisch onhoudbaar”. “Dan eet die ene categorie op een gegeven moment de hele economie op.”¹⁰

6. Bron: CBS (2011).

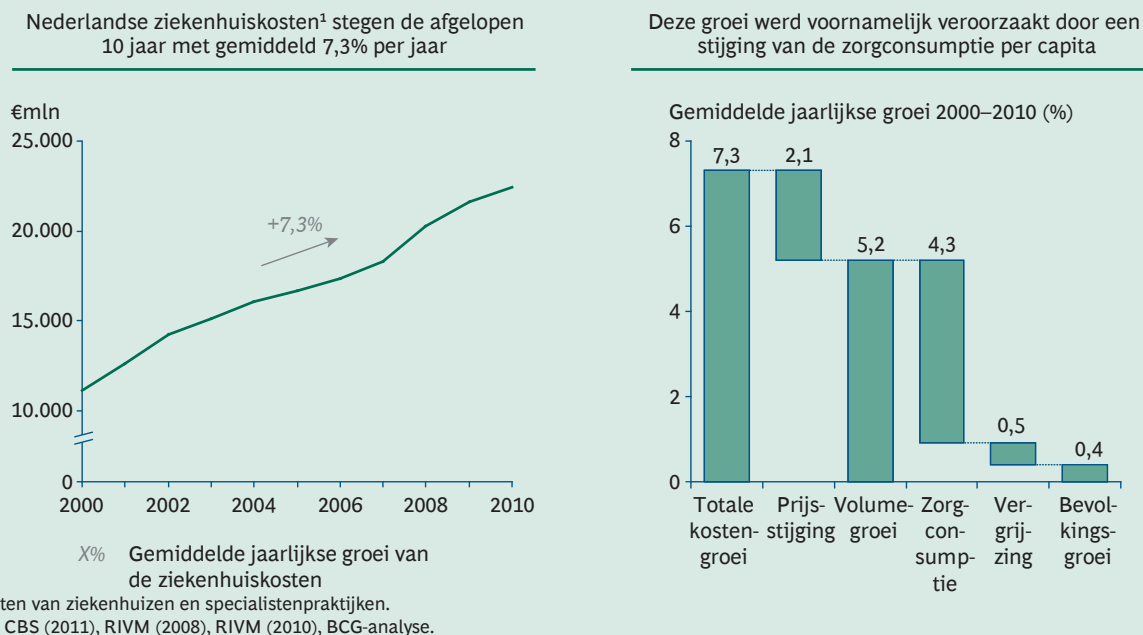
7. De definitie van de OECD laat een aantal categorieën buiten beschouwing, die in de definities van het CBS wel worden meege-
nomen.

8. Bron: CBS (18 mei 2011).

9. Voor de periode 2011–2020 zullen de demografische effecten zorgen voor 1,2% kostengroei.

10. Elsevier (12 mei 2011).

Figuur 5: Nederlandse ziekenhuiskosten groeiden in 2000–2010 met gemiddeld 7,3%, voornamelijk door hogere zorgconsumptie



In juli 2011 sloot minister Schippers van VWS een akkoord met de ziekenhuizen en zorgverzekeraars waarin de partijen afspraken om een inspanningsverplichting aan te gaan om de groei van de ziekenhuiskosten significant af te remmen. De ambitie daarbij is om tussen 2012 en 2015 de nominale groei van de ziekenhuiskosten terug te brengen tot ongeveer 5,25%¹¹.

1.3 Voorwaarde voor oplossing: kwaliteitstransparantie op basis van uitkomstindicatoren

Een kritieke voorwaarde om de uitdagingen van de suboptimale medische resultaten en de sterk stijgende zorgkosten het hoofd te bieden is het inzichtelijk maken van de medische resultaten van de geleverde zorg, uitgedrukt in uitkomstindicatoren per aandoening. Ten eerste is dit een noodzakelijke voorwaarde voor het op een verantwoorde manier afremmen van de kostengroei, zonder de kwaliteit van de geleverde zorg aan te tasten¹². Ten tweede maken uitkomstindicatoren het mogelijk om de focus te verleggen van het beperken van de kosten naar het maximaliseren van de ‘waarde’ van

zorg. De waarde van zorg is gedefinieerd als de medische resultaten van de geleverde zorg gedeeld door de kosten ervan (ofwel de prijs-kwaliteitverhouding van zorg). Deze focus op waardemaximalisatie werd in 2006 beschreven door Harvard-professoren Michael Porter en Elisabeth Teisberg onder de noemer Value Based Health Care (VBHC) in hun boek *Redefining Healthcare*. Wanneer specialisten en ziekenhuizen hun handelen kunnen baseren op kwaliteitsinformatie over uitkomsten, kan dit leiden tot betere én beter betaalbare zorg. Zorgaanbieders krijgen inzicht in de relatieve kwaliteit van de door hen geleverde zorg. Door de kwaliteit onderling te vergelijken wordt het mogelijk best practices te identificeren en implementeren, waarmee zorgverleners de kwaliteit van hun uitkomsten kunnen verhogen. Dit leidt ook tot lagere kosten, onder andere door het voor-

11. Deze nominale groei van 5,25% bestaat uit een geambieerde structurele kostengroei van 2,5% exclusief loon- en prijsbijstelling en een ingeschatte jaarlijkse loon- en prijsbijstelling van 2,75%.

12. In het akkoord dat minister Schippers in juli 2011 sloot met de ziekenhuizen en zorgverzekeraars wordt een beter inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg ook als randvoorwaarde genoemd voor het afremmen van de kostengroei, bijvoorbeeld via selectieve inkoop door verzekeraars.

Kader 1: Kwaliteitstransparantie zorgde voor snel van de markt halen van niet-functionerende heupprothese in Australië

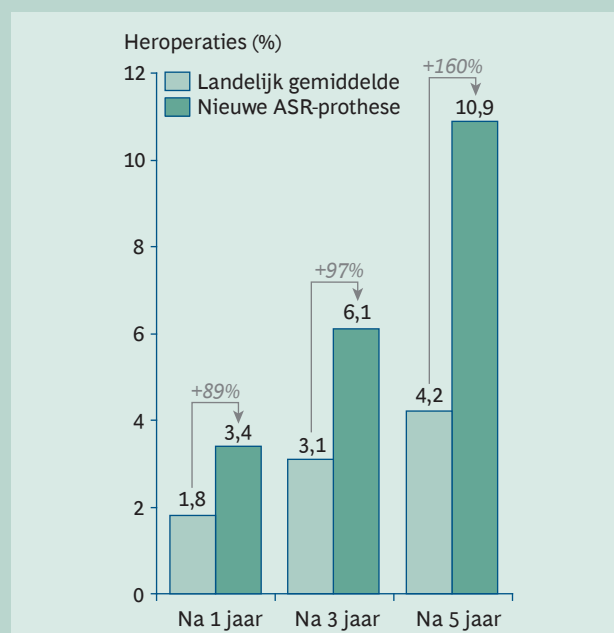
Australië is een van de landen waar de eerste stappen zijn gezet in het transparant maken van kwaliteitsverschillen op basis van uitkomstindicatoren. Dit gebeurt via door specialisten opgerichte en geleide kwaliteitsregistraties die kwaliteitsindicatoren vaststellen en meten.

Een van de kwaliteitsregistraties in Australië is de nationale orthopedische prothese registratie (NJRR), opgericht door de orthopedische wetenschappelijke vereniging. De NJRR is operationeel sinds 1999. De NJRR draagt sindsdien bij aan het verhogen van de waarde van orthopedische zorg. Een goed voorbeeld hiervan was het tijdig identificeren van de slechte medische resultaten van een nieuw type heupprothese.

In 2004 lanceerde de Amerikaanse fabrikant DePuy een nieuw type heupprothese dat moest leiden tot betere resultaten voor met name jonge patiënten: de articular surface replacement (ASR). De claim van DePuy was dat door de conische vorm van de ASR er meer heupbot behouden zou blijven bij jonge patiënten. De ASR werd wereldwijd goedgekeurd door de verschillende toezichthouders, waaronder de FDA in de VS en de BSI in Engeland.

De NJRR stelde echter al in 2007 vast dat de ASR in praktijk tot twee maal zoveel heroperaties leidde dan gemiddeld bij andere prothesen. Op basis van deze resultaten vroeg de Australische toezichthouder in 2007 aan DePuy om extra training te geven aan specialisten voor de nieuwe techniek die vereist was voor de ASR. In 2008 en 2009 stelde NJRR echter vast dat het aantal heroperaties bij gebruik van de ASR nog steeds problematisch hoog was. Het gebruik van de ASR was in Australië door de slechte resultaten overigens al drastisch gedaald in deze periode.

Op basis van de resultaten van de NJRR en onder druk van de toezichthouder besloot DePuy in 2009 om in Australië, als eerste land ter wereld, de ASR-prothese van de markt te halen. In augustus 2010 besloot DePuy om de verkoop van de ASR wereldwijd te staken. The New York Times stelde in december 2010 dat kwaliteitstransparantie ervoor zorgde dat de problemen met de ASR in Australië snel werden opgespoord. Dit terwijl Amerikaanse artsen en toezichthouders geen zicht hadden op de wereldwijd verspreidheid van de problemen en langer door gingen met het gebruik van de niet-functionerende ASR.



Bron: Therapeutics Goods Administration van het Australische ministerie van Health & Aging (mei 2011), Australian National Joint Replacement Registry (2011), Meier B (2010), BCG-analyse.

komen van complicaties, heroperaties en heropnames. Paradoxaal genoeg kan dus een focus op kwaliteitsverbetering 'automatisch' ook voor kostenverlaging zorgen. Dit verband bestaat niet andersom: een te nauwe focus op kostenbesparing brengt het risico met zich mee dat de kwaliteit van zorg wordt aangetast.

Wanneer inzicht bestaat in de medische resultaten van de geleverde zorg, wordt het bovendien mogelijk om een onderbouwde afweging te maken tussen de kosten en de kwaliteit van een behandeling. Zo wordt het

bijvoorbeeld mogelijk om te beoordelen of innovatieve technieken en methoden, die vaak de kosten van de behandeling verhogen, in de praktijk ook echt tot de vereiste kwaliteitsverbetering leiden. Wanneer dit niet het geval is, kan goed onderbouwd besloten worden om gebruik te blijven maken van de oude behandelingswijze (zie Kader 1 voor een praktijkvoorbeeld uit Australië).

Ook kan, door het koppelen van kwaliteitsinformatie en kosteninformatie per behandeling, gezocht worden naar

innovaties en best practices op het gebied van kosten die niet ten koste gaan van de kwaliteit.

1.4 Zinvol om te leren van Zweden, koploper op het gebied van kwaliteitstransparantie

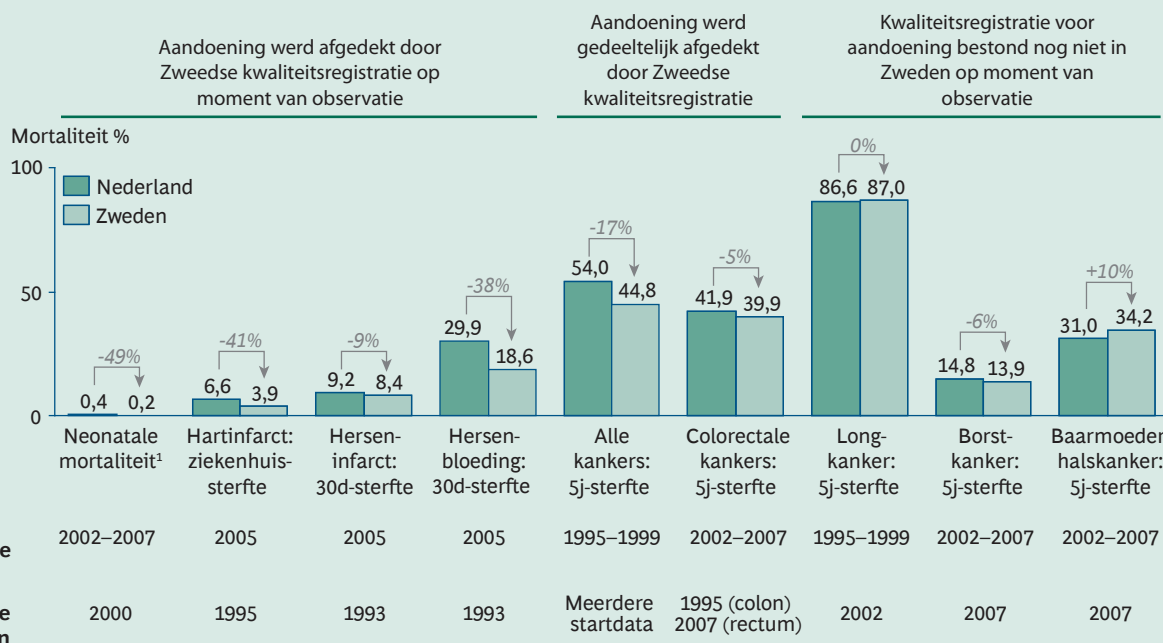
In Nederland zien de meeste zorgspelers het belang in van kwaliteitstransparantie op basis van uitkomstindicatoren. Inmiddels worden ook al de eerste hoopgevende stappen op dit terrein gezet. Toch blijkt het bereiken van brede kwaliteitstransparantie in Nederland, net zoals in andere landen, verre van eenvoudig. Ten eerste is het lastig om de verschillende belanghebbenden, die elk hun eigen wensen en belangen hebben, op één lijn te krijgen. Zo leidde het ambitieuze project Zichtbare Zorg, waarin alle relevante zorgspelers betrokken waren, niet tot de gewenste kwaliteitsindicatoren. Een belangrijke reden hiervoor was dat de verschillende zorgspelers probeerden om gezamenlijk te komen tot een set kwaliteitsindicatoren. Omdat de visies van de verschillende

partijen over wat mee moest tellen bij het vaststellen van kwaliteit sterk bleken te verschillen, leidde dit tot ongewenste compromissen¹³. Ten tweede vergt het transparant maken van kwaliteitsinformatie langetermijn-investeringen, die alleen gedaan kunnen worden als bekend is wat kwaliteitstransparantie kan opleveren.

Daarom is het zinvol om Zweden, dat wereldwijd koploper is op het gebied van kwaliteitstransparantie en Value Based Health Care (VBHC), als voorbeeld te nemen. Zweden is het eerste land ter wereld dat erin is geslaagd om op brede schaal de belangrijkste voorwaarde voor VBHC in te vullen: kwaliteitstransparantie op basis van uitkomstindicatoren. De basis voor deze koppositie ligt in ruim 80 nationale 'kwaliteitsregistraties', opgericht en geleid door medisch specialisten. Kwaliteitsregistraties zijn organisaties die gericht zijn op het vaststellen, meten en gebruiken van kwaliteitsindica-

13. In Hoofdstuk 4 wordt nader ingegaan op de situatie in Nederland, inclusief de ervaringen met Zichtbare Zorg.

Figuur 6: Vergelijking van publiek beschikbare uitkomstindicatoren in Zweden en Nederland



1. Neonatale mortaliteit is sterfte binnen 28 dagen na levend geboren te zijn. Het getal voor Nederland betreft het jaar 2007, het getal voor Zweden betreft de periode 2002–2006.

Bron: OECD (2009), OECD (2010), Eurocare (2004), Swedish Association of Local Authorities and Regions (2007 en 2008), Perinatale Audit, BCG-analyse.

toren voor een specifiek type zorg (bijvoorbeeld geboortezorg of de behandeling van reuma).

Mede door deze kwaliteitstransparantie presteert Zweden uitzonderlijk goed op het gebied van de uitkomsten van de geleverde zorg, zoals we al eerder zagen in Figuur 2. Daarnaast is het interessant om de uitkomsten van de geleverde zorg te vergelijken tussen Nederland en Zweden. Wederom lopen we hier tegen het probleem aan dat de beschikbaarheid van recente uitkomstindicatoren, met name in Nederland, beperkt is. Figuur 6 geeft de indicatoren weer die we in publieke bronnen hebben kunnen vinden. Hieruit blijkt dat voor de aandoeningen waarvoor in Zweden een kwaliteitsregistratie bestaat, Zweden duidelijk betere uitkomsten laat 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)¹⁴. 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.

Hoewel Figuur 6 een kleine en op sommige punten gedateerde steekproef betreft, is het aannemelijk dat de kwaliteitsregistraties in Zweden de basis vormen voor de betere kwaliteit van de Zweedse ziekenhuiszorg. We zullen in het vervolg van dit rapport nader ingaan op de manier waarop kwaliteitsregistraties de kwaliteit van zorg in Zweden verhogen.

Het doel van dit rapport is om de lessen uit Zweden in kaart te brengen en te vertalen naar de Nederlandse situatie. The Boston Consulting Group (BCG) heeft in 2009 in Zweden, in samenwerking met alle partijen in de zorg, een analyse uitgevoerd op de tot dusver behaalde resultaten en een nationale strategie ontwikkeld voor verdere uitrol van VBHC. Deze strategie bouwt voort op het succes van de bestaande kwaliteitsregistraties. Michael Porter heeft zich bij dit project aangesloten om mee te denken over de verdere implementatie van 'zijn' concept. Op basis van onze ervaring in Zweden willen we de Nederlandse zorgspelers een wenkend perspectief voorhouden dat twee dimensies omvat:

- ◇ Wat levert kwaliteitstransparantie op; welke waarde wordt in Zweden gecreëerd op het gebied van hogere uitkomstkwaliteit en lagere kosten?
- ◇ Hoe kan kwaliteitstransparantie het best bereikt worden; wat zijn de kritieke succesfactoren voor de implementatie van kwaliteitstransparantie in Zweden?

De opbouw van het vervolg van dit rapport is als volgt:

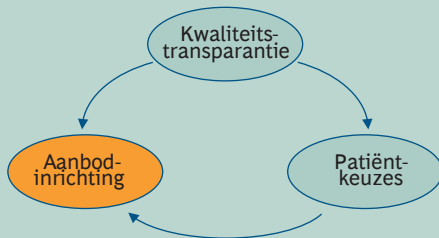
- ◇ Hoofdstuk 2 beschrijft wat kwaliteitstransparantie oplevert in Zweden;
- ◇ Hoofdstuk 3 bevat de belangrijkste lessen uit Zweden met betrekking tot de implementatie van kwaliteits transparantie;
- ◇ Hoofdstuk 4 beschrijft de Nederlandse situatie en de beste manier om ook in Nederland tot kwaliteits transparantie te komen;
- ◇ Hoofdstuk 5 besluit dit rapport met een viertal concrete aanbevelingen aan de Nederlandse zorgspelers om tot kwaliteitstransparantie te komen.

De aanbevelingen in dit rapport moeten gezien worden als een aanvulling op de oproep die we in ons rapport 'Kiezen voor Kwaliteit' (mei 2010) deden aan ziekenhuizen om portfoliokeuzes te maken. Zie Kader 2 voor een nadere toelichting op het verband tussen de aanbevelingen in beide rapporten.

14. Voor de aandoeningen die geheel of gedeeltelijk door Zweedse kwaliteitsregistraties worden afgedekt (dus de linker zes observaties in Figuur 6) ligt de mortaliteit in Zweden gemiddeld 25% lager dan in Nederland. Dit is een grove benadering (zonder rekening te houden met de incidentie van de verschillende aandoeningen).

Kader 2: Verband tussen aanbevelingen in dit rapport en in het rapport 'Kiezen voor kwaliteit' (2010)

Kiezen voor kwaliteit (2010)

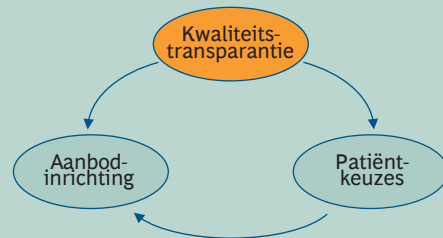


In ons rapport 'Kiezen voor Kwaliteit' lag de nadruk op het herinrichten van het ziekenhuisaanbod. De basis hiervoor ligt in het positieve verband tussen kwaliteit en volume per aandoening. Hogere volumes maken het mogelijk om de kwaliteit van zorg te verhogen. Deze hogere kwaliteit leidt, indien kwaliteitsverschillen transparant worden, weer tot hogere volumes. Hogere volumes en hogere kwaliteit stellen ziekenhuizen bovendien in staat om de kosten van de geleverde zorg te verlagen.

We riepen ziekenhuizen op om niet te wachten totdat kwaliteit transparant wordt, maar om proactief portfoliokeuzes te maken via een regionale herverdeling van electieve zorg. Op deze manier kan elk ziekenhuis de volumes per aandoening sterk verhogen. Dit zou de kwaliteit van zorg aanzienlijk doen toenemen en de Nederlandse ziekenhuiszorg tegelijkertijd significante kostenbesparingen opleveren.

De oranje kleur geeft de focus van het rapport aan.

Zorg voor waarde (2011)



In dit rapport ligt de nadruk op het transparant maken van de kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen. Inzicht in kwaliteit, gemeten in uitkomsten, maakt het mogelijk om de focus te leggen op het maximaliseren van de waarde van zorg. Hierbij kunnen ziekenhuizen en specialisten hun kwaliteit onderling vergelijken en best practices vaststellen. Daarnaast kunnen alle zorgspelers een onderbouwde afweging maken tussen de kwaliteit en de kosten van een behandeling.

We vertalen de belangrijkste lessen vanuit Zweden, internationaal koploper op het gebied van kwaliteits-transparantie, naar de Nederlandse situatie. Hierbij doen we concrete aanbevelingen aan de Nederlandse zorgspelers om, ook in Nederland, de kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen inzichtelijk te maken. Dit biedt de kans om de zorgkwaliteit te verhogen en de zorg betaalbaar te houden.

Aanbevelingen in beide rapporten zijn complementair en zullen elkaar versterken

Hoofdstuk 2

Hoe kwaliteitstransparantie de waarde van zorg verhoogt in Zweden

In dit hoofdstuk beschrijven we hoe kwaliteitstransparantie in Zweden de kwaliteit van zorg verhoogt en de kostengroei beperkt. Allereerst beschrijven we in §2.1 de unieke positie van Zweden op het gebied van kwaliteitsregistraties. Vervolgens lichten we in §2.2 toe op welke manier deze registraties de zorgwaarde verhogen dankzij kwaliteitstransparantie richting zorgverleners. In §2.3 beschrijven we hoe het openbaar maken van de resultaten sinds 2007 de waarde van zorg verder verhoogt. In §2.4 wordt weergegeven welke impact kwaliteitstransparantie en VBHC tot dusver hebben gehad op de waarde van de Zweedse zorg, waarna we in §2.5 toelichten hoe de strategie eruitziet om kwaliteitstransparantie en VBHC in Zweden in de komende jaren naar een volgend niveau te tillen.

2.1 Zweden heeft een unieke positie op het gebied van kwaliteitstransparantie

Zweden heeft een unieke positie in de wereld met betrekking tot het verzamelen en gebruiken van kwaliteitsinformatie via kwaliteitsregistraties per ziektebeeld. De historie van deze kwaliteitsregistraties voert terug tot de vroege 19e eeuw, toen kraamverpleegsters gevraagd werden om de uitkomsten van de bevallingen die ze begeleidden te rapporteren aan de lokale dokter. De dokter achterhaalde bij de verpleegsters met de minst goede resultaten de oorzaken van hun prestaties en zorgde voor aanvullende begeleiding.

De huidige kwaliteitsregistraties ontstonden vanaf de jaren zeventig van de vorige eeuw en beslaan een breed scala aan ziektebeelden. Op dit moment kent Zweden 82 nationale kwaliteitsregistraties, waarvan meer dan de

helft in het afgelopen decennium is opgericht (zie Figuur 7). 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.

Kwaliteitsregistraties zijn over het algemeen relatief kleine, onafhankelijke organisaties, opgezet en gedragen door de relevante wetenschappelijke vereniging van medisch specialisten. 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.

Aan de basis van elke kwaliteitsregistratie ligt een zorgvuldig gedefinieerde set kwaliteitsindicatoren. Op basis van deze indicatorenset worden zorgverleners gevraagd om per verrichte behandeling drie typen informatie aan te leveren:

- ◇ Uitkomstindicatoren, die de medische resultaten van de behandeling beschrijven;
- ◇ Informatie over het risicoprofiel van patiënten (onder andere leeftijd, geslacht, risicofactoren en eerdere ziektes), om de uitkomsten 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.

Uitkomstindicatoren vormen de kern van de indicatorenset. Dit heeft vier redenen. Ten eerste beschrijven uitkomstindicatoren waar het echt om gaat: de medische resultaten van de behandeling. Een brede definitie van uitkomstindicatoren kijkt niet alleen naar hoe vaak een ingreep ‘mis’ gaat, uitgedrukt in de frequentie van complicaties, heroperaties en mortaliteit, maar ook naar de overgrote meerderheid van de gevallen waarin het ‘niet mis’ gaat. In die gevallen wordt de bereikte gezondheidswinst en de duurzaamheid daarvan in kaart gebracht. Voor de bereikte gezondheidswinst wordt onder andere gekeken naar de door de patiënten ervaren resultaten van de behandeling, gemeten in Patient Reported Outcome Measures (PROMs)¹⁵. Hierbij wordt patiënten bijvoorbeeld gevraagd naar de verbetering van het zicht na een cataractoperatie of de afstand die gelopen kan worden na een knieoperatie. Zie Figuur 8 voor een selectie van de uitkomstindicatoren die worden gebruikt door de Zweedse registraties voor borstkanker, hartinfarcten en perinatale zorg (geboortezorg).

Ten tweede stimuleert het gebruik van uitkomstindicatoren innovatie. Door uitkomsten te meten en onderling

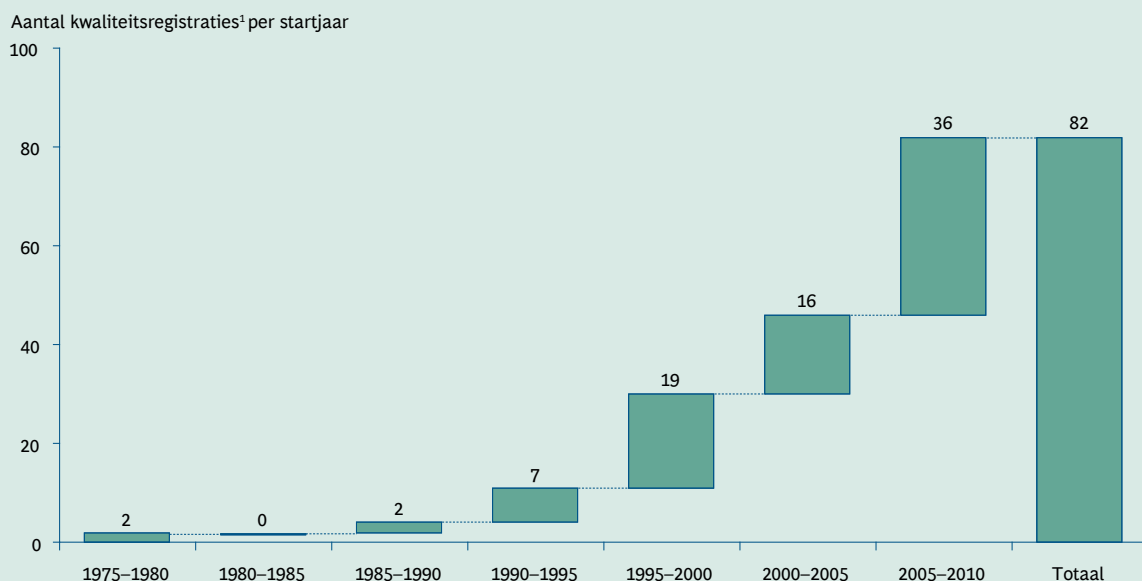
te vergelijken is het mogelijk best practices te identificeren; nieuwe methoden die tot de beste zorgresultaten leiden. Als enkel naar proces- en structuurindicatoren wordt gekeken, worden zorgverleners gestimuleerd om te handelen op basis van de op dat moment geldende richtlijnen. Hoewel dit kan leiden tot een eenmalige verbetering van de prestaties, kan dit verdere innovatie beperken¹⁶.

Ten derde stimuleren uitkomstindicatoren een integraal perspectief langs het hele zorgpad dat de patiënt doorloopt, van de eerste diagnose tot en met de nazorg. Dit is vooral van belang wanneer meerdere disciplines betrokken zijn bij de behandeling van een patiënt.

15. Niet te verwarren met de tevredenheid van patiënten met hun ervaringen tijdens de behandeling, gemeten in Patient Reported Experience Measures (PREMs). Deze PREMs behoren niet tot de uitkomstindicatoren.

16. Innovatie kan ook bereikt worden via onderzoek in een afgebakende onderzoeksomgeving (clinical trials). Kwaliteitsregistraties met uitkomstindicatoren vormen echter een belangrijke aanvulling op deze clinical trials, waarmee innovatie versneld wordt. Terwijl clinical trials zeer zuivere vergelijkingen tussen behandelmethoden mogelijk maken in een gestileerde omgeving, maken kwaliteitsregistraties het juist mogelijk om de medische resultaten te vergelijken in de klinische praktijk.

Figuur 7: Zweden heeft 82 nationale kwaliteitsregistraties waarvan het merendeel na 2000 is opgericht



1: Alleen registraties die een officieel nationaal kwaliteitsregister zijn en geld ontvangen van de overkoepelende organisatie van Zweedse regio's zijn in deze analyse meegenomen.

Bron: Swedish Association of Local Authorities and Regions (2007), interviews met individuele registraties, BCG-analyse.

Gedeelde verantwoordelijkheid voor de uiteindelijke resultaten van de geleverde zorg bevordert samenwerking en coördinatie tussen verschillende zorgverleners.

Ten vierde vergroten uitkomstindicatoren de internationale vergelijkbaarheid. Uitkomstindicatoren zijn over het algemeen beter vergelijkbaar tussen landen dan proces- of structuurindicatoren. Behandelmethodes verschillen nog wel eens van land tot land, waardoor het vergelijken van procesindicatoren weinig zin heeft. Landen verschillen echter nauwelijks van mening over het gewenste resultaat van een behandeling, bijvoorbeeld een lage mortaliteit. Het gebruik van uitkomstindicatoren maakt het daarom mogelijk om ook tussen landen de kwaliteit van zorg te vergelijken en best practices uit te wisselen.

Hoewel de focus op uitkomstindicatoren ligt, spelen ook proces- en structuurindicatoren een belangrijke rol in Zweedse kwaliteitsregistraties. Juist de combinatie van beide categorieën indicatoren zorgt voor kwaliteitsverbetering. Zo kunnen proces- en structuurindicatoren zorgverleners stimuleren om zich te houden aan de op dat moment geldende best practices, waarmee ze

geholpen worden om hun uitkomsten te verbeteren. Daarnaast kan de combinatie van beide categorieën indicatoren worden gebruikt voor innovatie. Door vast te stellen welke behandelmethoden leiden tot de beste uitkomsten is het mogelijk om nieuwe best practices te identificeren.

2.2 Hoe kwaliteitstransparantie richting zorgverleners zorgt voor een hogere waarde van zorg

Het belangrijkste doel van de kwaliteitsregistraties in Zweden is het ondersteunen van specialisten en ziekenhuizen bij het verhogen van de kwaliteit van zorg. De Zweedse kwaliteitsregistraties zorgen voor een continue verbetercyclus, waarbij zorgverleners geholpen worden om in drie stappen de waarde van zorg te verhogen (zie Figuur 9):

- ◇ Stap 1: De registratie maakt de kwaliteitsverschillen transparant richting specialisten en ziekenhuizen;
- ◇ Stap 2: De registratie zorgt voor het vaststellen en verspreiden van best practices;

Figuur 8: Voorbeelden van uitkomstindicatoren in Zweden

Indicatoren gebruikt door de registraties voor borstkanker, hartinfarct en perinatale zorg

Borstkanker	Hartinfarct	Perinatale zorg
◇ 5-jaarsoverleving ◇ Complicatiefrequentie als gevolg van de operatie, bijvoorbeeld • Bloeding (Ja/Nee) • Infectie (Ja/Nee) ◇ Frequentie van terugkeer van maligniteit (%) ◇ Heroperatiefrequentie (%) ◇ Oorzaak van heroperatie • Onvoldoende marges • Multifocale invasieve kanker • Gemiste tumor • Extensieve kanker in situ • Diagnostische operatie toonde kanker ◇ Door patiënt beoordeelde uitkomsten van operatie (PROM) • Lokale symptomen aan arm en schouder • Zintuiglijk verlies • Mate van oedeem • Waardering van cosmetische resultaat • Pilot-studie: Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (EQ5D)	◇ Mortaliteit <30 dagen na revascularisatie (hartoperatie of PCI) ◇ Overleving • Na 30 dagen, na 1 jaar, langer ◇ Terugkeer • Na 30 dagen, na 1 jaar, langer ◇ Herhaalde behoefte aan revascularisatie (Ja/Nee, als Ja: moment) ◇ Complicaties • Perioperatief en lange termijn ◇ Symptomen, zowel naar oordeel van de arts als de patiënt • Follow-up na 10–12 weken; na 12–14 maanden in aparte registratie ◇ Door patiënt beoordeelde uitkomsten van behandeling (PROM), incl. • Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (EQ5D) • Cardiale symptomen • Arbeidsgeschiktheid • Heropnames voor hart- en vaatziekten • Veranderingen in leefstijl • Medicatie • Doelniveaus voor bloeddruk, cholesterol, glucoseniveau, gewicht	◇ Mortaliteit ◇ Incidentie van • Respiratoire aandoeningen • Hypoglycemie • Hyperbilirubinemie • Intracraniale bloedingen • Periventriculaire leukomalacie • Retinopathie • Bronchopulmonale dysplasie ◇ Benodigde behandelingen met antibiotica ◇ Complicaties door operaties • Pneumothorax door gebruik van medische ventilator • Cerebrale bloeding • Retinopathie • Chronische respiratoire aandoeningen ◇ Diagnosecodes en actiecodes ◇ Type voeding bij ziekenhuisontslag ◇ Tijd in ziekenhuis ◇ Door ouders beoordeelde uitkomsten van behandeling (PROM) • Survey voor ouders gepland voor 2011

Bron: Nationale Borstkankerregistratie, RIKS-HIA, Perinatale kwaliteitsregistratie.

- ◇ Stap 3: De registratie ondersteunt specialisten en ziekenhuizen bij het implementeren van deze best practices.

Stap 1: Transparant maken van kwaliteitsverschillen richting zorgverleners

De eerste stap in deze verbetercyclus is frequente feedback richting de zorgverleners van de eigen resultaten en die van andere aanbieders. Dit biedt specialisten en ziekenhuizen de kans om de eigen prestaties te vergelijken met die van andere ziekenhuizen en om de ontwikkeling van de eigen prestaties te volgen in de tijd. Als de resultaten laten zien dat de eigen prestaties tegenvallen, dan zijn specialisten geneigd om verklaringen en oplossingen te zoeken. Deze neiging wordt in de eerste plaats gedreven door het patiëntbelang. Daarnaast kunnen specialisten ook worden gemotiveerd door een gevoel van trots en competitiviteit.

Interviews van BCG met specialisten in Zweden bevestigen het belang van deze eerste stap. Illustratief is de uitspraak van een Zweedse cardioloog: “De registratie loste veel problemen op — voordat de registratie startte

hadden de meeste ziekenhuizen geen flauw idee hoe goed hun prestaties waren”.

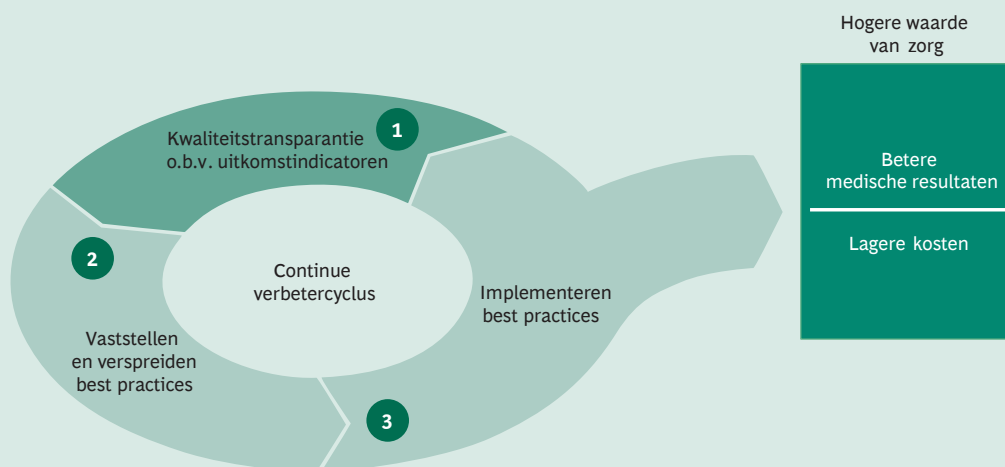
Stap 2: Vaststellen en verspreiden van best practices

De tweede stap in de verbetercyclus is het vaststellen en verspreiden van best practices. Deze stap kan goed worden toegelicht aan de hand van twee voorbeelden. Het eerste voorbeeld betreft de werkzaamheden van de Zweedse Nationale Cataract Registratie (NCR). De NCR werd in 1992 opgericht en heeft inmiddels een database met daarin de kwaliteitsinformatie van meer dan één miljoen cataractoperaties¹⁷, ofwel ruim 95% van alle operaties die sinds 1992 in Zweden zijn uitgevoerd.

De NCR heeft in de afgelopen jaren op verschillende terreinen successen geboekt bij het verbeteren van de uitkomsten van cataractoperaties in Zweden. Een specifiek voorbeeld is het terugdringen van het risico op Post-operatieve Endophthalmitis (PE), een ernstige

17. Cataract (ook wel staar genoemd) is een vertroebeling van de lens in het oog. Bij een cataractoperatie wordt de ooglens verwijderd en wordt een kunstlens in het lenzakje van de oorspronkelijke lens geplaatst.

Figuur 9: Kwaliteitstransparantie richting zorgverleners verhoogt de waarde van de zorg via een continue verbetercyclus



complicatie bij cataractoperaties. PE is een zeldzame, onvoorspelbare infectie van het oog die in 30–50% van de gevallen leidt tot blindheid¹⁸.

De NCR besloot in 1997 om PE op te nemen als een uitkomstindicator in de registratie. Dankzij de grote database met operaties was het mogelijk om systematisch onderzoek te doen naar deze zeldzame complicatie en hypothesen voor best practices vast te stellen en te toetsen. Zo stelde de NCR al in 1998 vast dat het gebruik van het antibioticum cefuroxim mogelijk leidt tot een verlaagd risico op PE. De NCR besloot daarom om het gebruik van cefuroxim aan te bevelen en op te nemen als extra procesindicator. In de jaren erop leverde de NCR inderdaad als eerste ter wereld het bewijs dat het gebruik van cefuroxim het risico op PE aanzienlijk vermindert. Inmiddels wordt cefuroxim toegediend bij vrijwel alle (99,8%) cataractoperaties in Zweden en is het gebruik ervan opgenomen in de richtlijnen van de European Society of Cataract and Refractive Surgeons (ESCRS). Daarnaast identificeerde de NCR in 2004 kapselruptuur¹⁹ als risicofactor voor PE. Sinds 2006 beveelt de NCR aan om patiënten met een hoge kans op kapselruptuur, bijvoorbeeld vanwege een harde lens of een

nauwe pupil, te laten opereren door ervaren oogartsen al dan niet in gespecialiseerde centra. Hierdoor neemt de kans op kapselruptuur af en daarmee de kans op PE.

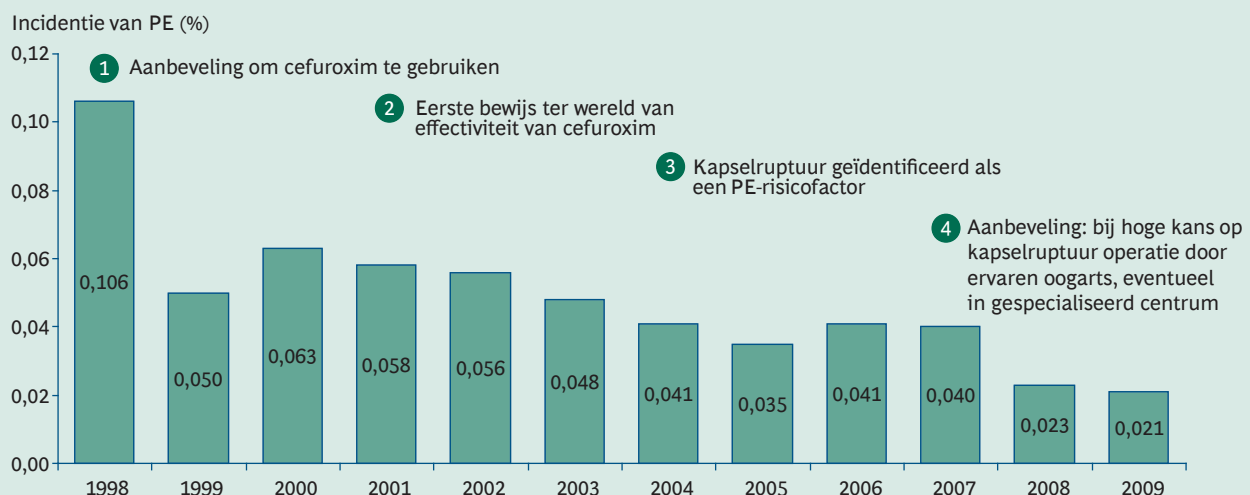
De resultaten zijn indrukwekkend. Tussen 1998 en 2009 nam de incidentie van PE in Zweden af van 0,11% naar 0,02% (zie Figuur 10). Hiermee zijn in de periode 1999–2009 meer dan 500 gevallen van PE voorkomen, wat tot een geschatte besparing van meer dan €4 miljoen aan directe medische kosten heeft geleid.

Hoewel het aantal gevallen van PE in de meeste andere landen niet systematisch wordt bijgehouden, laten vergelijkingen zien dat Zweden internationaal koploper is in het terugdringen van PE. In Figuur 11 is te zien hoe Zweden als land veel beter presteert dan andere landen waarvoor informatie bekend is over de incidentie van PE. De gemiddelde PE-incidentie in alle ziekenhuizen

18. Een gezichtsscherpte van minder dan 20/200.

19. Kapselruptuur is een scheur in het lenskapsel of lenszakje waarin de lens zich bevindt. Deze scheur kan tijdens de cataractoperatie ontstaan.

Figuur 10: Risico op PE¹ bij cataractoperaties is sterk afgenomen door het vaststellen en verspreiden van best practices door de Zweedse cataractregistratie

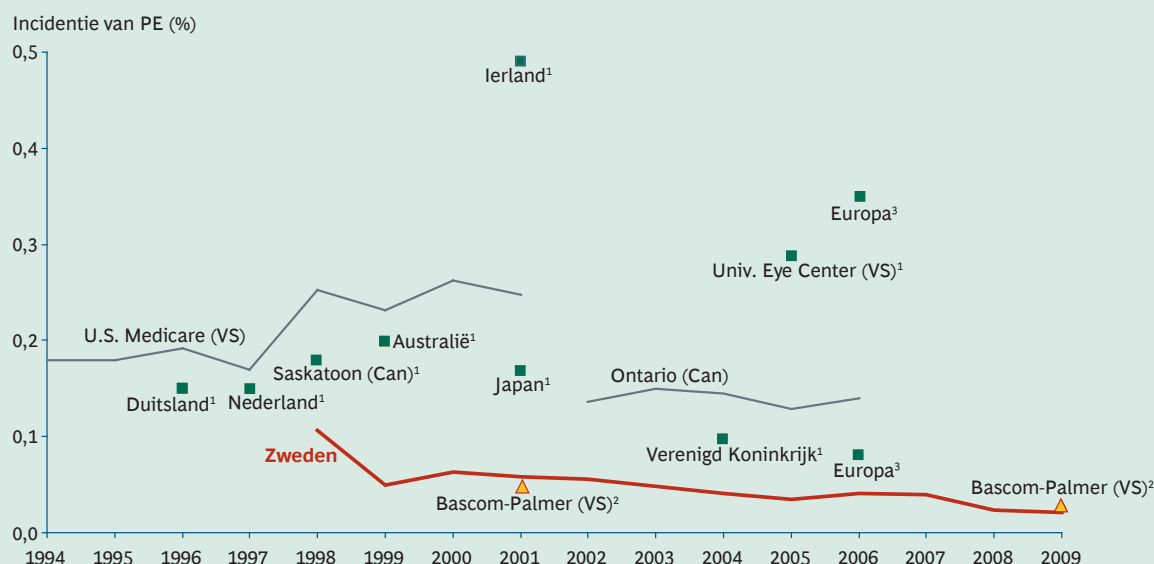


De NCR heeft alleen al in Zweden meer dan 500 gevallen van PE voorkomen tussen 1999 en 2009

1. Postoperative endophthalmitis.

Bron: Nationale Cataract Registratie (NCR) (2000–2009), Interview met Mats Lundström, NCR-data, BCG-analyse.

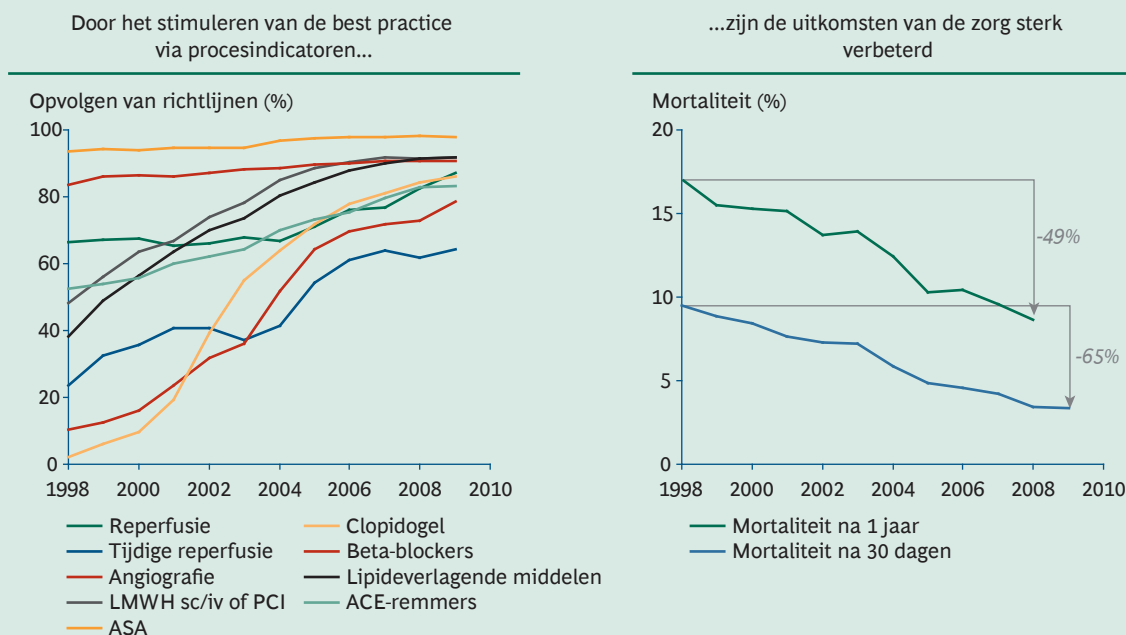
Figuur 11: De gemiddelde incidentie van PE in Zweden is gelijk aan de incidentie in het allerbeste oogziekenhuis in de VS



1. Meerjarige multicenter-studie. Figuur hierboven toont meest recente studiejaar, niet meest recente publicatiejaar 2. Bascom Palmer Eye Institute wordt de afgelopen zeven jaar onafgebroken beoordeeld als het beste oogziekenhuis van de Verenigde Staten (U.S. News & World Report's America's Best Hospitals issue). 3. De Europese studie van de European Society of Cataract and Refractive Surgeons (ESCRS) geeft waarden voor patiënten die cefuroxim krijgen en patiënten die dat niet krijgen (patiënten met een lagere indicatie van PE krijgen cefuroxim).

Bron: ESCRS, West E (2005), Lalitha P (2005), BCG-analyse.

Figuur 12: Procesindicatoren voor behandeling van acute hartinfarcten helpen zorgverleners bij het verbeteren van de uitkomsten



Bron: RIKS-HIA (1999–2010), RIKS-HIA-data, interviews met Tomas Jernberg en Bertil Lindahl, BCG-analyse.

van Zweden is zelfs gelijk aan die van het beste oogziekenhuis in de Verenigde Staten, het Bascom Palmer Institute.

Een tweede voorbeeld van hoe registraties kunnen zorgen voor het vaststellen en verspreiden van best practices komt vanuit de Zweedse registratie voor acute coronaire hartziekten²⁰ (de RIKS-HIA). Deze registratie werd in 1995 opgericht en bevat de kwaliteitsinformatie van meer dan 60.000 patiënten per jaar (98% van alle behandelde patiënten in Zweden met deze aandoening). Naast uitkomstindicatoren voor de behandeling van hartinfarcten, zoals mortaliteit en complicaties, heeft de RIKS-HIA ook een aantal richtlijnen geselecteerd waarvan bewezen is dat ze de uitkomsten van de zorg positief beïnvloeden. Via procesindicatoren houdt RIKS-HIA bij in hoeverre verschillende ziekenhuizen deze richtlijnen opvolgen. Op deze manier stimuleert RIKS-HIA de zorgverleners om zich te houden aan de best practices. In Figuur 12 is te zien hoe dit een positief effect heeft gehad op het toepassen van deze richtlijnen en dat, mede als gevolg hiervan, de uitkomsten van de geleverde zorg sterk zijn verbeterd. In een onlangs verschenen artikel in the Journal of the American Medical Association (JAMA) beschrijven Jernberg et al. dat de causaliteit tussen beide niet sluitend te bewijzen is, maar dat het waarschijnlijk is dat de daling van de mortaliteit bij hartinfarcten het resultaat is van een toename van het gebruik van bewezen effectieve behandelmethoden²¹. In tien jaar tijd daalden de mortaliteit na 30 dagen en de mortaliteit na 1 jaar met respectievelijk 65% en 49%. Zweden had in 2007, samen met Denemarken, de laagste mortaliteit na 30 dagen in Europa²².

Stap 3: Ondersteunen van zorgverleners bij het implementeren van best practices

De derde stap in deze verbetercyclus is het ondersteunen van zorgverleners bij het implementeren van best practices. Een aantal Zweedse registraties zorgt niet alleen voor het vaststellen en verspreiden van best practices, maar helpt specialisten en ziekenhuizen ook bij het implementeren ervan via gerichte verbeterprogramma's. Soms benaderen registraties zelf ziekenhuizen of specialisten die suboptimale prestaties laten zien. Soms worden registraties benaderd door zorgverleners met het verzoek tot ondersteuning. Dit laatste was het geval bij de Zweedse Heupprothese Registratie (ZHPR).

De ZHPR werd in 1979 opgericht en voegt elk jaar meer dan 20.000 nieuwe patiënten aan haar database toe (meer dan 95% van alle Zweedse patiënten die een heupprothese krijgen). ZHPR is wereldwijd de oudste kwaliteitsregistratie voor heupprotheses. Mede dankzij haar inspanningen presteert Zweden op dit gebied al jarenlang uitzonderlijk goed in vergelijking met andere landen. Dit zorgt niet alleen voor goede resultaten voor de patiënten, maar ook voor aanzienlijke kostenbesparingen (zie Kader 3).

De ZHPR meet al jarenlang de langetermijncomplicaties van heupoperaties, onder andere uitgedrukt in de revisiefrequentie (het percentage revisies²³ ten opzichte van het totaal aantal heupprothese-operaties in een bepaald jaar). In 2005 begon de ZHPR daarnaast met het meten van de frequentie van heroperaties binnen twee jaar na de eerste operatie. Twee ziekenhuizen waren zeer ontevreden over hun eigen prestaties. In 2005 rapporteerde het Sundsvall ziekenhuis een frequentie van 2,8% en in 2007 rapporteerde het Gävle ziekenhuis een frequentie van 2,6%. In beide jaren was het landelijk gemiddelde 0,6%. Beide ziekenhuizen realiseerden zich dat verbetering noodzakelijk was en namen contact op met de ZHPR. Tussen 2005 en 2009 hielp de ZHPR beide ziekenhuizen hun prestaties te verbeteren door gezamenlijk een aantal stappen te doorlopen. Eerst werden alle operaties grondig bestudeerd om eventuele patronen te ontdekken. Vervolgens werden workshops gehouden om de bevindingen te bespreken. Hierbij waren behalve de specialisten uit de betreffende ziekenhuizen en afgevaardigden van de ZHPR ook externe experts aanwezig om hun visie te geven. Voor vrijwel alle heroperaties werden verklarende factoren gevonden. Ten slotte werd een verbeterplan opgesteld met concrete acties om de kwaliteit te verhogen. Zo werd bijvoorbeeld de standaard implantaatgrootte aangepast, het proces voor de preoperatieve planning aangescherpt en werd besloten om postoperatieve röntgenfoto's standaard te bespreken.

20. Coronaire hartziekten zijn aandoeningen die worden veroorzaakt door vernauwingen in de kransslagaders die de hartspier van bloed voorzien. De belangrijkste acute coronaire aandoening is een acuut hartinfarct.

21. Bron: Jernberg T, et al. (2010).

22. Bron: RIVM (2010).

23. Een revisie is de vervanging van een eerder geplaatste heupprothese.

Kader 3: Goede prestaties van Zweden op het gebied van heupprothesen leiden tot aanzienlijke kostenbesparing

Een belangrijke indicator voor de kwaliteit van zorg m.b.t. heupprothesen is de revisiefrequentie, gemeten als het percentage revisies ten opzichte van het totale aantal heupprothese-operaties in een jaar. Een revisie is de vervanging van een eerder geïmplanteerde heupprothese.

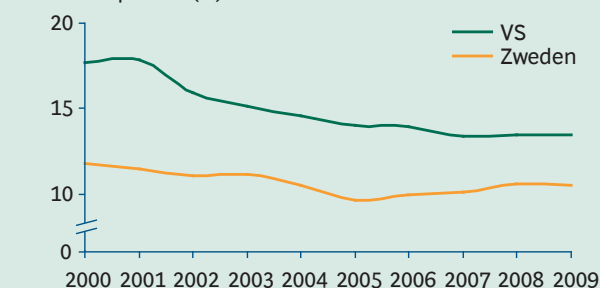
Zweden is wereldwijd koploper met een revisiefrequentie die al jaren rond de 10% ligt. Naast goede resultaten voor de patiënten, levert deze hoge kwaliteit van zorg ook aanzienlijke kostenbesparingen op. Dit kan worden geïllustreerd door te berekenen hoeveel revisies worden voorkomen dankzij deze lage revisiefrequentie als we de Zweedse revisiefrequentie vergelijken met die in de VS¹.

Wanneer de revisiefrequentie in Zweden tussen 2000 en 2009 gelijk zou zijn geweest aan die in de VS, zou Zweden in deze periode 7.530 extra revisies hebben uitgevoerd. Met andere woorden, dankzij de hoge behandelingskwaliteit in Zweden werden ruim 7.500 heroperaties voorkomen.

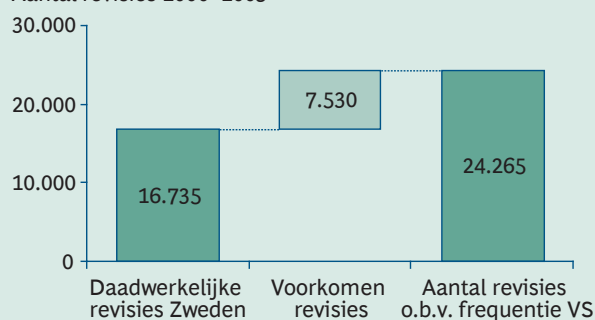
Bij gemiddelde revisiekosten van €12.500 in Zweden leverde dit tussen 2000–2009 een directe medische kostenbesparing op van €95 miljoen (ofwel ruim €10 miljoen per jaar)². Dit is een besparing van ongeveer 8% op de totale kosten voor heupprothesen in deze periode.

Deze jaarlijkse kostenbesparingen van meer dan €10 miljoen zijn vele malen hoger dan de jaarlijkse kosten van de registratie zelf (€0,27 miljoen).

Revisiefrequentie (%)¹



Aantal revisies 2000–2009



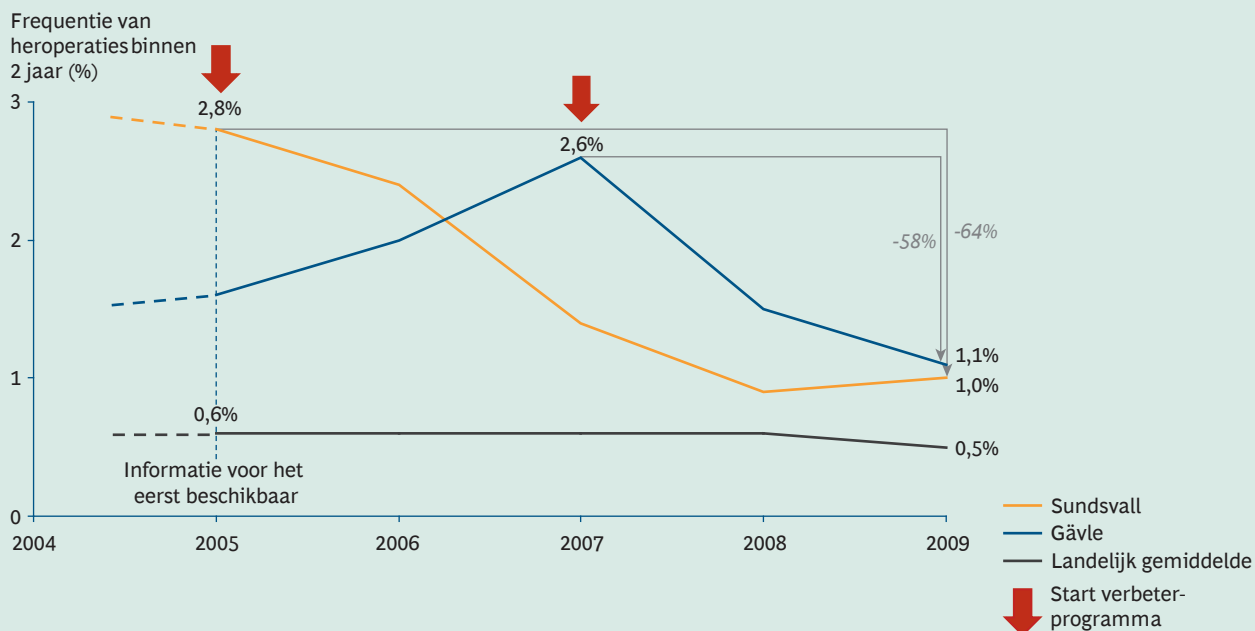
1. De VS is gekozen als willekeurig voorbeeld. De revisiefrequentie in de VS is vergelijkbaar met die in enkele andere landen waar deze uitkomstindicator wordt gemeten, zoals Denemarken en Finland.
2. Er zijn geen aanwijzingen dat de gebruikte materialen in Zweden duurder zijn dan die in de VS. Het omgekeerde lijkt eerder het geval.
Bron: Kärholm J, et al.(2007), Herberts P en Malchau H (1999), Interviews met Göran Garellick (Directeur van ZHPR), BCG-analyse.

Dankzij deze verbeterprogramma's slaagden Sundsvall en Gävle erin om hun prestaties sterk te verbeteren. Binnen drie jaar verlaagden de ziekenhuizen de frequentie van heroperaties met respectievelijk 64% en 58% (zie Figuur 13). Sundsvall en Gävle verbeterden zich veel sterker dan andere ziekenhuizen die in 2005 en 2007 slechte prestaties lieten zien. Dit bevestigt de waarde van de ondersteuning van de ZHPR. Inmiddels hebben meerdere andere ziekenhuizen zich gemeld bij de ZHPR voor een vergelijkbare ondersteuning.

2.3 Hoe het openbaar maken van de kwaliteitsinformatie de waarde van zorg verder verhoogt

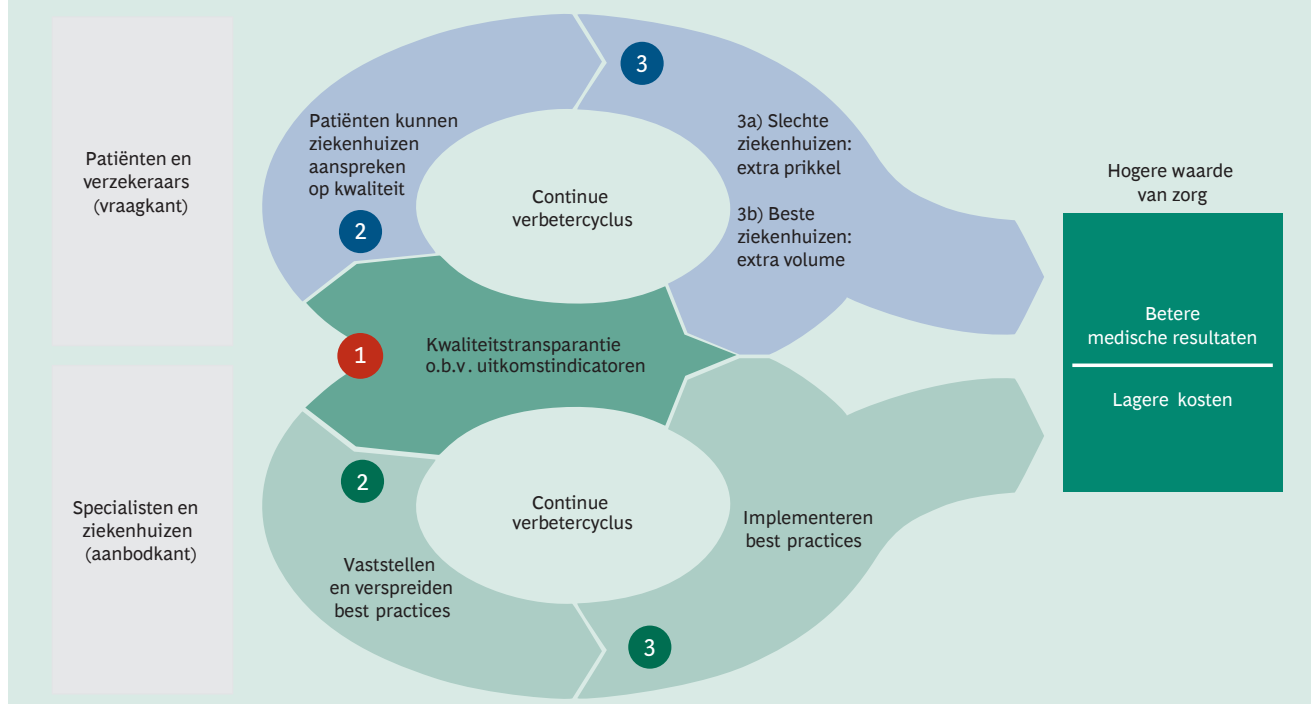
In 2007 is een aantal kwaliteitsregistraties begonnen met het openbaar maken van kwaliteitsinformatie op ziekenhuisniveau. Hierdoor trad een nieuwe verbetercyclus in werking, ditmaal aan de vraagkant (zie Figuur 14). De verbetercyclus aan de vraagkant zorgt voor een extra verhoging van de waarde van zorg dankzij drie stappen, die hieronder nader worden toegelicht:

Figuur 13: Sundsvall en Gävle ziekenhuizen lieten sterke kwaliteitsverbetering zien dankzij ondersteuning door de Zweedse Heupprothese Registratie



Bron: ZHPR (2005–2009), Interview with Göran Garellick (Directeur van ZHPR), BCG-analyse.

Figuur 14: Publiek maken van kwaliteitsinformatie zet een tweede verbetercyclus in werking: een continue verbetercyclus aan de vraagkant



- ◇ Stap 1: De registratie maakt de kwaliteitsverschillen openbaar richting patiënten;
- ◇ Stap 2: Patiënten en de bredere maatschappij kunnen ziekenhuizen aanspreken op de kwaliteit die ze leveren;
- ◇ Stap 3a: De slechtst presterende ziekenhuizen hebben een extra prikkel om de kwaliteit van zorg te verhogen;
- ◇ Stap 3b: De best presterende ziekenhuizen krijgen hogere volumes omdat meer patiënten voor hen kiezen.

Stap 1: Openbaar maken van kwaliteitsverschillen

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.

Stap 2: Patiënten en bredere maatschappij kunnen ziekenhuizen aanspreken op kwaliteit

Openbare kwaliteitsinformatie stelt patiënten en de bredere maatschappij in staat om ziekenhuizen aan te spreken op de kwaliteit die ze leveren. Zo maken de lokale overheden in Zweden, die verantwoordelijk zijn voor de prestaties van de ziekenhuizen in hun regio, actief gebruik van de kwaliteitsinformatie om sterktes en zwaktes in hun zorgsysteem te identificeren. Op basis hiervan gaan ze in gesprek met de lokale ziekenhuizen om vast te stellen hoe de kwaliteit van zorg verder verhoogd kan worden. Ook de Zweedse media besteden

aandacht aan de medische resultaten die ziekenhuizen leveren, waarbij de nadruk ligt op ziekenhuizen die uitzonderlijk goed of juist zeer matig presteren.

Het publieke karakter van de kwaliteitsinformatie versterkt het gevoel van trots en competitiviteit onder specialisten. Het verhoogt de druk om goede medische resultaten te leveren, maar het zorgt ook voor extra waardering en erkenning voor ziekenhuizen en specialisten die bovengemiddeld presteren. Dit geeft specialisten die in hetzelfde ziekenhuis werken ook een extra stimulans om elkaar aan te spreken op minder goede prestaties en om elkaar te helpen bij het verbeteren van de resultaten.

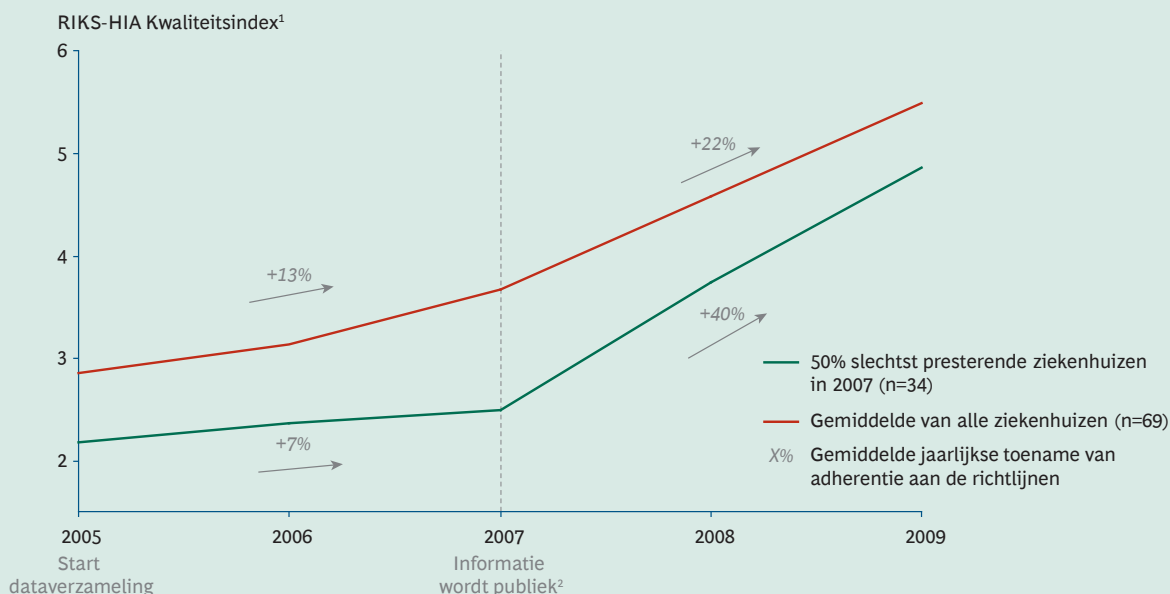
Stap 3a: Extra prikkel voor slechtst presterende ziekenhuizen om de kwaliteit te verhogen

Kwaliteitstransparantie richting patiënten geeft vooral de slechtst presterende ziekenhuizen een extra prikkel om de zorgkwaliteit te verhogen. Zij willen negatieve (media-)aandacht vermijden en bovendien voorkomen dat volumes teruglopen doordat patiënten gaan kiezen voor beter presterende ziekenhuizen.

In Zweden bestaat inderdaad bewijs voor het feit dat openbare kwaliteitsinformatie extra prikkels geeft aan de slechtst presterende ziekenhuizen om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Een goed voorbeeld hiervoor kan gevonden worden bij de Zweedse registratie voor acute coronaire hartziekten (de RIKS-HIA). De RIKS-HIA houdt onder andere bij in hoeverre ziekenhuizen zich houden aan de vastgestelde nationale richtlijnen met betrekking tot acute coronaire zorg. Dit laatste wordt gemeten in een 'kwaliteitsindex' met een schaal van 0 tot 9 punten. Een score van 9 punten staat voor het opvolgen van alle richtlijnen, een score van 0 punten staat voor het opvolgen van geen enkele richtlijn.

In 2007 startte de RIKS-HIA met het openbaar maken van de kwaliteitsinformatie op ziekenhuisniveau, inclusief de kwaliteitsindex. Sinds 2005 was elk ziekenhuis al bekend met de eigen prestaties ten opzichte van andere (geanonimiseerde) ziekenhuizen. Het publiek maken van de informatie leidde echter tot een versnelde implementatie van de nationale richtlijnen, vooral door de slechtst presterende ziekenhuizen (zie Figuur 15). Voor alle ziekenhuizen nam de kwaliteitsindex vóór

Figuur 15: Publiek maken van kwaliteitsinformatie geeft minst presterende ziekenhuizen extra prikkel om kwaliteit te verhogen



1. Deze kwaliteitsindex meet de adherentie van Zweedse ziekenhuizen aan de nationale richtlijnen (best practice) op het gebied van acute coronaire hartziekten. De index is gebaseerd op 9 verschillende procesindicatoren. 2. Resultaten van individuele ziekenhuizen werden voor het eerst gepubliceerd in het jaarverslag van de RIKS-HIA van 2006 (gepubliceerd in 2007). Vanaf toen hadden het grote publiek en media gemakkelijke toegang tot de data en konden zij de resultaten van individuele ziekenhuizen vergelijken.

Bron: RIKS – HIA (2005 – 2009), BCG-analyse.

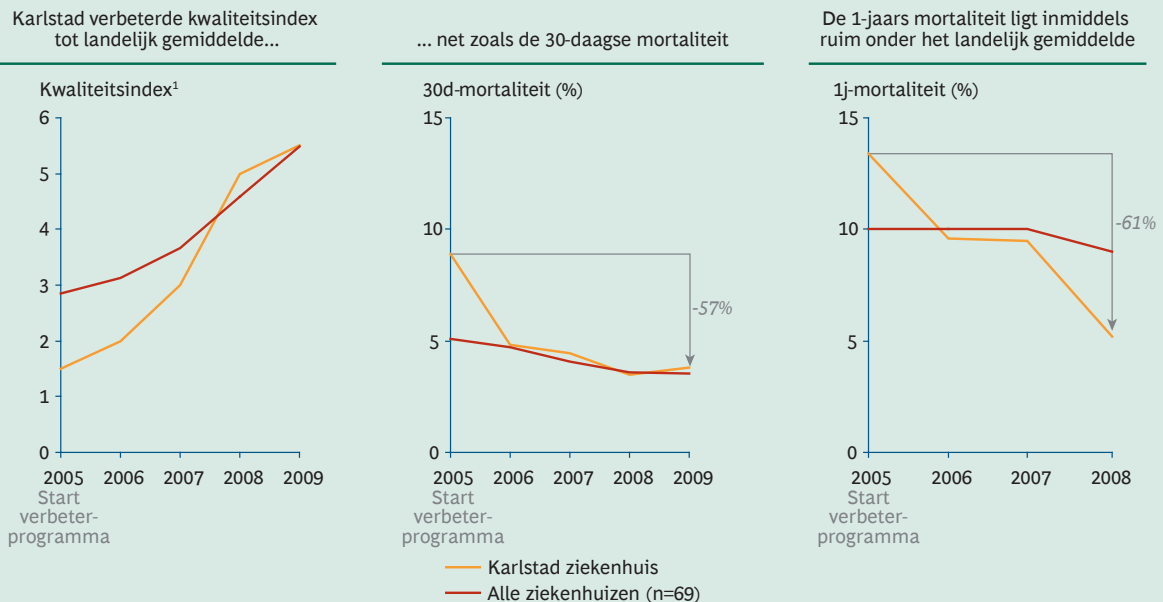
openbaarmaking toe met gemiddeld 13% per jaar, terwijl deze index na openbaarmaking met 22% per jaar steeg. De versnelling is echter veel groter wanneer we inzoomen op de 50% slechtst scorende ziekenhuizen. Daar steeg de verbetering van de kwaliteitsindex na openbaarmaking van 7% per jaar naar 40% per jaar. Het gat tussen de minder presterende ziekenhuizen en de beter presterende ziekenhuizen werd op deze manier binnen twee jaar flink verkleind.

Ook het specifieke voorbeeld van het Karlstad ziekenhuis is hier het vermelden waard. Dit ziekenhuis werd al in 2005 geconfronteerd met negatieve media-aandacht, nog voordat RIKS-HIA startte met het openbaar maken van de kwaliteitsinformatie. Dit gebeurde nadat onderzoeksjournalisten de slechte prestaties van het ziekenhuis hadden achterhaald. Het Karlstad ziekenhuis had de slechtste score van Zweden op de kwaliteitsindex (1,5 punten), een 30-daagse mortaliteit van 9% en een 1-jaars mortaliteit van ruim 13%. Dit terwijl de gemiddelde mortaliteitscijfers in 2005 in Zweden respectievelijk 5% en 10% waren.

In reactie daarop besloot het Karlstad ziekenhuis in 2005 tot het starten van een groot verbeterprogramma om de kwaliteit te verhogen. Dit leidde tot ingrijpende veranderingen, zoals het inrichten van nieuwe zorgpaden, het implementeren van de nationale richtlijnen en het oprichten van een nieuwe dotterunit. De verbetering was indrukwekkend (zie Figuur 16). De kwaliteitsindex verbeterde van 1,5 punten naar 5,5 (net boven het landelijk gemiddelde). Maar, belangrijker nog, de mortaliteitscijfers werden in vier jaar tijd meer dan gehalveerd, waardoor in deze periode in dit ziekenhuis zeker 150 sterfgevallen werden voorkomen. De 30-daagse mortaliteit ging van 9% naar 4% (op het landelijk gemiddelde), terwijl de 1-jaars mortaliteit daalde van 13% naar 5% (duidelijk onder het landelijk gemiddelde).

De verantwoordelijke specialisten in het Karlstad ziekenhuis bevestigden in een interview met BCG de stimulans die uitgaat van publieke kwaliteitsinformatie: “De media-aandacht speelde een belangrijke rol bij het opzetten van ons verbeterprogramma, net zoals de activiteiten van de RIKS-HIA.”

Figuur 16: Negatieve media-aandacht stimuleerde het Karlstad ziekenhuis tot verbeterprogramma met indrukwekkend resultaat



1. Deze kwaliteitsindex meet de adherentie van Zweedse ziekenhuizen aan de nationale richtlijnen (best practice) op het gebied van acute coronaire hartziekten. De index is gebaseerd op 9 verschillende procesindicatoren.
Bron: RIKS – HIA (2005–2009), Interview met Hans Olsson en Tage Nilsson – verantwoordelijke artsen in de PCI -kliniek in het Karlstad ziekenhuis, Data van RIKS-HIA, BCG-analyse.

Stap 3b: Hogere volumes voor de best presterende ziekenhuizen

In theorie leidt kwaliteitstransparantie richting patiënten ook tot verschuivende patiëntvolumes richting de best presterende ziekenhuizen. Onderzoeken in binnen- en buitenland laten namelijk zien dat patiënten hun ziekenhuis het liefst kiezen op basis van kwaliteit²⁴ en dat ze bereid zijn om verder te reizen dan het dichtstbijzijnde ziekenhuis als dat leidt tot hogere kwaliteit²⁵. Deze verschuivende patiëntvolumes zorgen automatisch voor een hogere gemiddelde zorgkwaliteit, omdat meer mensen behandeld worden in goed presterende ziekenhuizen en minder mensen in matig presterende ziekenhuizen. Verschuivende patiëntvolumes richting de best presterende ziekenhuizen zullen deze ziekenhuizen bovendien in staat stellen om de kwaliteit van zorg verder te verhogen en de kosten te verlagen. Er bestaat namelijk overtuigend bewijs dat hogere volumes leiden tot hogere kwaliteit en lagere kosten²⁶.

In Zweden is deze verschuiving in patiëntvolumes (nog) niet waar te nemen. Hier zijn twee redenen voor. De eerste reden is dat de kwaliteitsgegevens pas te kort openbaar zijn om volumeverschuivingen aan te

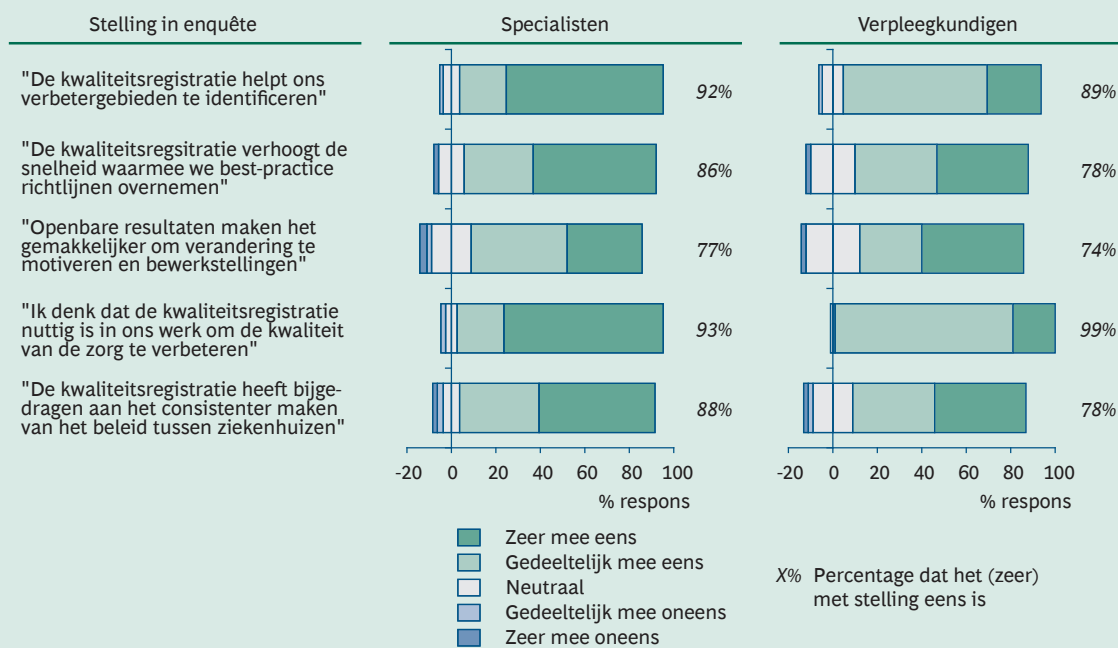
tonen. De tweede reden is dat de Zweedse gezondheidszorg decentraal georganiseerd is in 21 regio's. Elke regio is verantwoordelijk voor de gezondheidszorg van zijn eigen inwoners, inclusief de financiering van deze zorg. Dit betekent dat de keuzevrijheid voor Zweedse patiënten gelimiteerd is tot ziekenhuizen in de eigen regio. Daarom valt te verwachten dat openbare kwaliteitsinformatie in Zweden tot minder sterke volumeverschuivingen zal leiden dan in een land als Nederland waar patiënten volledige keuzevrijheid hebben (en de gemiddelde reisafstand tussen ziekenhuizen bovendien veel kleiner is).

24. Bron: TNS NIPO in opdracht van Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2003), onderzoek in recent ziekenhuisproject van BCG (2011).

25. Bron: Ipsos Mori Social Research Institute (mei 2007), onderzoek in recent ziekenhuisproject van BCG (2011).

26. Bron: Birkmeyer JD, et al. (2002), Chowdhury MM, et al. (2007), Burgers et al. (2007), Lin H-C, et al. (2007), Lin H-C, et al. (2008).

Figuur 17: Betrokken specialisten en verpleegkundigen onderschrijven belang van registraties voor kwaliteit van zorg



Bron: RIKS-HIA enquête 2010, BCG-analyse.

2.4 Impact van kwaliteitstransparantie op de waarde van zorg in Zweden tot dusver

In deze paragraaf laten we zien welke impact kwaliteitsregistraties tot dusver hebben gehad op het verhogen van de kwaliteit en het beperken van de kosten in Zweden. Daarnaast lichten we in deze paragraaf toe hoe kwaliteitsregistraties een belangrijke bron vormen voor wetenschappelijke publicaties.

Impact van kwaliteitsregistraties op het verhogen van de kwaliteit van zorg

We zagen al in verschillende specifieke voorbeelden hoe kwaliteitsregistraties in Zweden zorgen voor het verbeteren van de uitkomsten van de zorg. Bovendien zagen we in Figuren 2 en 6 dat bredere internationale vergelijkingen bevestigen dat Zweden zeer goed presteert met betrekking tot de uitkomsten van de geleverde zorg.

Het feit dat kwaliteitsregistraties een belangrijke rol spelen bij het verhogen van de zorgkwaliteit in Zweden wordt ook bevestigd door de betrokken ziekenhuizen en zorgverleners. Illustratief is de respons op de jaarlijkse

enquête van de registratie voor acute coronaire zorg onder artsen en verpleegkundigen. In 2010 werden 140 vragenlijsten uitgestuurd naar de 70 Zweedse ziekenhuizen (één voor de verantwoordelijke specialist en één voor de verantwoordelijke verpleegkundige per ziekenhuis). De respons was zeer hoog (94%) en de resultaten waren bemoedigend (zie Figuur 17). Zo gaf 93% van de specialisten aan dat de kwaliteitsregistratie bijdraagt aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Van de specialisten antwoordde 77% bevestigend op de vraag of het publiek maken van kwaliteitsinformatie het makkelijker maakt om kwaliteitsverbetering te motiveren en te implementeren.

Impact van kwaliteitsregistraties op het beperken van de zorgkosten

Dat kwaliteitsregistraties niet alleen zorgen voor hogere kwaliteit, maar ook voor lagere kosten wordt bevestigd in verschillende analyses van de kostenimplicaties ervan op lange termijn. Deze analyses laten zien dat kwaliteitsregistraties zorgen voor jaarlijkse besparingen van tussen de 1% en 3% van de totale zorgkosten (zie Figuur 18), met name als gevolg van het voorkomen van heroperaties en heropnames.

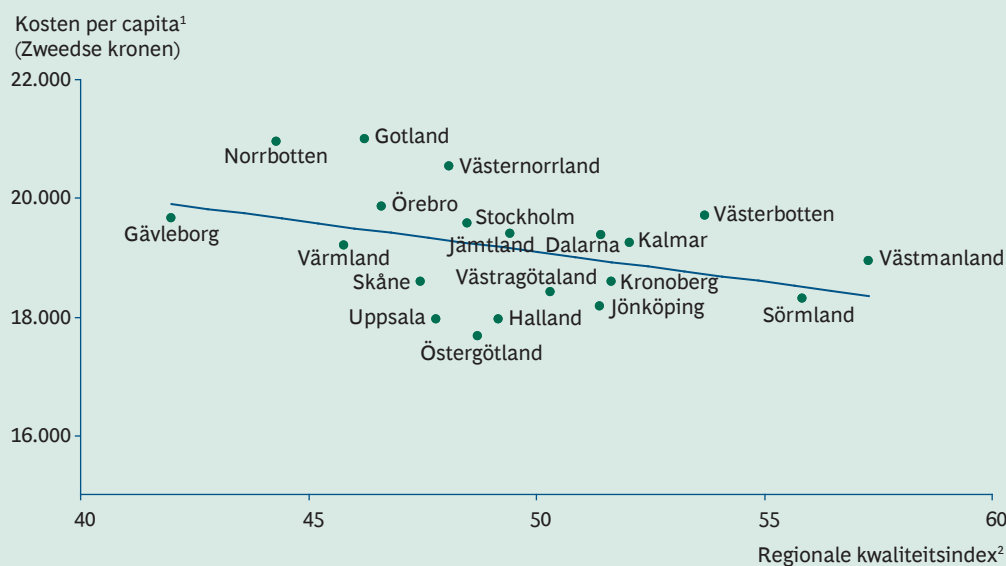
Figuur 18: Onderzoek laat zien dat kwaliteitsregistraties leiden tot jaarlijkse kostenbesparingen van 1% tot 3%

Voorbeeld	Bron besparing	Toelichting op besparing	Jaarlijkse besparing ¹
Orthopedie	Delen van best practice	Afname van heroperaties voor heupoperaties door het elimineren van risicofactoren	1,5–2,0%
Vasculaire geneeskunde	Preventie	Lagere amputatiefrequentie door systematische selectie van patiënten voor distale bypasschirurgie	1,0%
Neurologie	Preventie	Afname in het aantal heropnames na een beroerte door secundaire preventieactiviteiten	1,5–2,0%
Chronische ziekten	Preventie	Afname in de prevalentie van chronische ziekten en complicaties door vroege identificatie van risicofactoren	3,0%

1. Het betreft hier jaarlijkse cumulatieve besparingen gedurende de bestudeerde periode.

Bron: Swedish Hip Prosthesis Registry (2007), Swedvasc (2007), Swedish Association of Local Authorities and Regions (2008), Björkdahl A, et al. (2007), RIKS Stroke (2008), BCG-analyse.

Figuur 19: Vergelijking tussen Zweedse regio's laat zien dat hogere kwaliteit en lagere kosten hand in hand kunnen gaan



1. Kosten bevatten primaire zorg, gespecialiseerde somatische zorg, gespecialiseerde psychiatrische zorg, overige medische zorg, politieke gezondheidszorgactiviteiten, andere subsidies (bijvoorbeeld van medicijnen). 2. Regionale kwaliteitsindex is een gemiddelde score gebaseerd op de uitkomsten per regio voor acht aandoeningen.

Bron: Swedish Association of Local Authorities and Regions (2008), BCG-analyse.

Het feit dat hoge kwaliteit en lage kosten hand in hand kunnen gaan, zagen we reeds in Figuur 2, waar de goede uitkomsten in Zweden niet gepaard gaan met relatief hoge kosten. Dit wordt bevestigd wanneer we de 21 verschillende regio's in Zweden met elkaar vergelijken op kwaliteit en kosten. Hier zien we dat er duidelijke regionale verschillen zijn, maar ook dat de twee regio's met de hoogste kwaliteit gemiddeld 8% lagere kosten per capita hebben dan de twee regio's met de minst hoge kwaliteit (zie Figuur 19).

Kwaliteitsregistraties vormen een belangrijke bron voor wetenschappelijk onderzoek

Kwaliteitsregistraties spelen niet alleen een belangrijke rol bij het verhogen van de waarde van zorg, ze vormen ook een belangrijke bron voor wetenschappelijk onderzoek. Ze bevatten namelijk zeer rijke informatie over de geleverde zorg en de patiëntkarakteristieken voor grote aantallen patiënten. Bovendien is deze informatie over meerdere jaren beschikbaar, waardoor ook langetermijneffecten kunnen worden onderzocht.

De informatie uit de kwaliteitsregistraties wordt in Zweden zowel gebruikt ter verificatie van onderzoeksresultaten die in een afgebakende onderzoeksomgeving zijn uitgevoerd (in zogenaamde randomized clinical trials) als voor op zichzelf staand onderzoek. De onderzoeksonderwerpen variëren van het vaststellen van de effectiviteit en de bijwerkingen voor specifieke behandelmethoden, het identificeren van risicofactoren en het opsplitsen van patiënten in subgroepen met verschillende therapierespons tot het uitvoeren van internationale vergelijkingen²⁷.

Naar schatting verschijnen in Zweden jaarlijks 320 wetenschappelijke publicaties op basis van onderzoek naar de informatie in de huidige kwaliteitsregistraties. Het gaat hierbij om ongeveer vijftientig promotieonderzoeken en 295 artikelen in peer reviewed journals²⁸. In de afgelopen jaren verschenen onder andere artikelen op basis van onderzoek naar kwaliteitsregistraties in de *New England Journal of Medicine*, de *Journal of the American Medical Association (JAMA)* en *The Lancet*.

De mogelijkheden die kwaliteitsregistraties bieden voor het doen van wetenschappelijk onderzoek dragen bij aan het draagvlak van deze registraties onder medisch specialisten. Bovendien levert het wetenschappelijk

onderzoek zelf een bijdrage aan een verdere verbetering van de zorgkwaliteit. Dankzij internationale publicaties kunnen ook andere landen profiteren van de inzichten uit dit Zweedse onderzoek.

2.5 De vervolgstappen in Zweden op het gebied van kwaliteitstransparantie en Value Based Healthcare

Ondanks de indrukwekkende prestaties op het gebied van kwaliteitsregistraties is ook in Zweden nog veel ruimte voor verbetering. De huidige kwaliteitsregistraties zijn in de afgelopen decennia organisch ontstaan, op initiatief van de verschillende wetenschappelijke verenigingen. Dit resulteerde in een breed scala aan kleine, zelfstandige organisaties. Naast voordelen, zoals het grote draagvlak onder de specialisten, levert dit ook nadelen op als gevolg van het gebrek aan een overkoepelende strategie en coördinatie.

De Zweedse kwaliteitsregistraties lopen tegen vier typen problemen aan die het functioneren van de bestaande registraties beperken en de oprichting van nieuwe registraties tegenhoudt. Ten eerste verschilt de kwaliteit van de registraties sterk, onder andere 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 groot 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.

27. Bron: Stenestrand U, et al. (2002), Stenestrand U, et al. (2003), Lagerqvist B, et al. (2007), Havelin LI, et al. (2009), Jernberg T, et al. (2011), Stenestrand U, et al. (2011).

28. Op basis van een steekproef voor 10 kwaliteitsregistraties. Deze registraties leidden in 2007 tot 39 publicaties (3 proefschriften en 36 artikelen in peer reviewed journals). Deze getallen zijn geëxtrapoleerd naar de huidige 82 registraties in Zweden.

In 2009 was The Boston Consulting Group betrokken bij het ontwikkelen van een nationale strategie die voortbouwt op de bestaande kwaliteitsregistraties. Dit project werd uitgevoerd in samenwerking met alle relevante zorgspelers, waaronder specialisten, ziekenhuizen, patiëntenverenigingen, de industrie, de wetenschap en de overheid²⁹. Het project resulteerde in een door alle partijen gedragen strategie om de waarde van de Zweedse gezondheidszorg in de komende 10 jaar verder te verhogen.

De nieuwe strategie moet leiden tot het verhogen van de dekkinggraad van kwaliteitsregistraties, niet alleen voor ziekenhuiszorg, maar ook voor eerstelijnszorg en geestelijke gezondheidszorg. Hiervoor is het van belang om de beschreven problemen van de bestaande registraties op te lossen en om de oprichting van nieuwe registraties te stimuleren en te faciliteren. Dit vereist een overkoepelende aanpak. Daarbij moet wel het autonome karakter van de individuele registraties behouden blijven. Het eigenaarschap van specialisten is namelijk cruciaal voor het draagvlak en daarmee het succes van deze registraties.

De voorgestelde aanpak zorgt voor de juiste balans tussen enerzijds de voordelen van centrale coördinatie en ondersteuning, en anderzijds het belang van autonome, decentrale registraties. Centrale coördinatie en ondersteuning worden bereikt door het inrichten van een centraal platform met een landelijke stuurgroep en een zestal nationale expertisecentra. De landelijke stuurgroep wordt gevormd door afgevaardigden van alle relevante zorgpartijen³⁰ en zorgt niet alleen voor nationaal toezicht en coördinatie, maar ook voor de langetermijnfinanciering van de individuele registraties. De expertisecentra, ondergebracht bij de zes Zweedse academisch medische centra, ondersteunen en faciliteren de bestaande en nieuw op te richten registraties. Dit doen ze onder andere via een landelijke ICT-infrastructuur die dubbele data-invoer minimaliseert, door hulp bij het corrigeren van uitkomsten voor casemix-verschillen en door het vormen van een interface richting de gebruikers van kwaliteitsinformatie. De verschillende expertisecentra specialiseren zich in de ondersteuning van kwaliteitsregistraties voor specifieke typen aandoeningen (bijvoorbeeld oncologische zorg).

Zo ontstaat er dus een centraal platform (met een stuurgroep en zes expertisecentra) waar individuele registraties, onder bepaalde voorwaarden, gebruik van kunnen maken. Individuele registraties kunnen zich koppelen aan het centrale platform, waarmee ze toegang hebben tot de centrale infrastructuur, de centrale ondersteuning en structurele financiering. Zo fungeert het centrale platform als een 'docking station', waaraan individuele registraties zich kunnen koppelen (of 'dokken')³¹. De belangrijkste voorwaarde voor individuele registraties om zich aan het centrale platform te kunnen koppelen is dat ze een selectie van hun kwaliteitsinformatie delen met andere zorgspelers, zoals de overheid en patiënten. De autonomie van de individuele registraties met betrekking tot het vaststellen, meten en gebruiken van kwaliteitsindicatoren blijft onaangetast wanneer ze zich koppelen aan het docking station.

De voorgestelde strategie leidt tot een zeer aantrekkelijke business case. De benodigde investeringen voor de komende tien jaar bedragen gemiddeld €55 miljoen³² per jaar (0,23% van de jaarlijkse zorgkosten), onder andere voor het financieren van de individuele registraties (geschatte kosten van gemiddeld €400.000 per jaar per registratie) en om te komen tot een IT-oplossing om dubbele data-invoer te voorkomen. Deze investeringen worden echter ruim tien maal terugverdiend dankzij verwachte directe medische kostenbesparingen die oplopen tot €1,6 miljard per jaar in 2018 (gemiddeld €620 miljoen per jaar in de komende tien jaar)³³. Deze besparingen zijn het gevolg van het feit dat dankzij de nieuwe strategie een steeds groter deel van de Zweedse zorgkosten zal worden afgedekt met kwaliteitsregistraties, tot naar verwachting 63% van de ziekenhuiskosten

29. In Zweden is de zorg publiek gefinancierd binnen de 21 regio's en zijn er dus geen aparte zorgverzekeraars.

30. In de stuurgroep worden de volgende partijen vertegenwoordigd: kwaliteitsregistraties, universitair medische centra, patiëntenverenigingen, de industrie, de wetenschap, de toezichhouders en de overheid.

31. Naar analogie van een docking station voor elektronische apparaten, zoals een iPod. Een docking station voor een iPod bevat een uitsparing en een speciale aansluiting om een iPod aan vast te koppelen. Wanneer de iPod in het docking station wordt geplaatst, kan hij gebruik maken van de 'ondersteuning' die het docking station biedt: muziek op de iPod wordt via de speakers van het docking station beluisterd en de iPod wordt opgeladen. Het docking station functioneert niet zelfstandig, maar dient louter ter 'ondersteuning' van een iPod.

32. Bij een wisselkoers van 9 Zweedse kronen per Euro (april 2011).

33. Bij een wisselkoers van 9 Zweedse kronen per Euro (april 2011).

en 56% van alle zorgkosten in 2018³⁴. Voor de zorg die wordt afgedekt door kwaliteitsregistraties is de inschatting dat het systematisch meten en gebruiken van kwaliteitsinformatie leidt tot het afremmen van de jaarlijkse kostengroei met 1,5% (een conservatieve inschatting op basis van de informatie in Figuur 18).

In de business case zijn de maatschappelijke kostenbesparingen overigens niet meegenomen. Studies laten zien dat de maatschappelijke kosten gerelateerd aan de aandoening drie tot vier keer hoger zijn dan de directe medische kosten, onder andere als gevolg van verminderde arbeidsproductiviteit, ziekteverloven en uitkeringen³⁵. Ook is in de business case geen rekening gehouden met mogelijke kostenbesparingen als gevolg van verschuivende patiëntvolumes richting de best presterende ziekenhuizen.

Het project resulteerde in een sterke stijging van de publieke aandacht voor het werk van kwaliteitsregistraties. Mede door deze extra aandacht werd de oprichting van nieuwe kwaliteitsregistraties versneld en besloot de Zweedse overheid in december 2009 om de financiële ondersteuning van kwaliteitsregistraties te verdubbelen. In de zomer van 2010 bevestigde een openbaar onderzoek in opdracht van de Zweedse overheid op hoofdlijnen de inhoud van de nationale strategie die in 2009 door alle zorgspelers gezamenlijk was geformuleerd. Op dit moment vindt binnen de Zweedse overheid de finale besluitvorming plaats over de implementatie van deze nationale strategie, inclusief de vereiste investeringen.

34. Hierin wordt ook huisartsenzorg en psychiatrische zorg meegenomen. De huidige registraties dekken ongeveer 30% van de totale zorgkosten in Zweden af.

35. Bron: Östergötland community council (2007), Milken Institute (oktober 2007), Loeppke R, et al. (juli 2007).



Hoofdstuk 3

De belangrijkste lessen uit Zweden

In dit hoofdstuk beschrijven we de belangrijkste lessen die getrokken kunnen worden uit de ervaringen in Zweden. In het volgende hoofdstuk (Hoofdstuk 4) gaan we nader in op de situatie in Nederland en komen we tot een aanbeveling voor de beste aanpak om kwaliteitstransparantie ook in Nederland mogelijk te maken.

De ervaring in Zweden leert ons dat kwaliteitsregistraties per aandoening, onder leiding van de relevante wetenschappelijke verenigingen, een uitstekende manier zijn om de medische resultaten van de geleverde zorg inzichtelijk te maken en om deze kwaliteitsinformatie te gebruiken om de zorgkwaliteit te verhogen en de kosten te beperken.

Daarnaast zagen we dat individuele kwaliteitsregistraties in Zweden tegen een aantal problemen aanlopen door het ontbreken van centrale coördinatie en ondersteuning. Om deze problemen te ondervangen is een overkoepelende aanpak vereist om op continue basis de bestaande registraties te faciliteren en de oprichting van nieuwe registraties te stimuleren.

Een goede manier om dit te bereiken is via de Zweedse docking station-methode, zoals beschreven in het vorige hoofdstuk. Hierbij wordt een centraal platform opgericht (het docking station), waaraan individuele kwaliteitsregistraties zich kunnen koppelen zonder hun autonomie op medisch-inhoudelijk vlak te verliezen.

Om deze docking station-methode tot een succes te maken moeten zowel de individuele kwaliteitsregistraties als het centrale platform goed worden ingericht. Op basis van onze ervaringen in Zweden hebben we voor beide elementen een aantal kritieke

succesfactoren geformuleerd (zie Figuur 20). In de rest van dit hoofdstuk wordt elk van deze factoren kort toegelicht.

3.1 Kritieke succesfactoren voor individuele kwaliteitsregistraties per aandoening

1: Specialisten zijn verantwoordelijk voor het vaststellen, meten en gebruiken van kwaliteitsindicatoren

Autonome kwaliteitsregistraties onder leiding van de relevante specialisten zijn de beste manier om tot kwaliteitstransparantie te komen op het gebied van uitkomstindicatoren en proces- en structuurindicatoren. Ten eerste zijn specialisten degenen die het best in staat zijn om kwaliteit te definiëren op hun vakgebied. Ten tweede is draagvlak onder specialisten voor de gebruikte indicatoren cruciaal.

Als specialisten zelf verantwoordelijk zijn voor het vaststellen, meten en gebruiken van de kwaliteitsindicatoren, dan zullen ze veel eerder geneigd zijn om de gevraagde informatie zorgvuldig in te vullen en om de resulterende kwaliteitsinformatie te accepteren en te gebruiken voor kwaliteitsverbetering.

De wetenschappelijke verenigingen lijken de aangewezen instanties om de leiding van de registraties te nemen of te delegeren. Dit vergroot de legitimiteit, en daarmee het draagvlak, van de registratie en voorkomt onenigheid tussen specialisten over de samenstelling van de indicatorensets.

Figuur 20: Kritieke succesfactoren voor ‘centraal platform’ en ‘autonome registraties per aandoening’ op basis van lessen uit Zweden



2: Uitkomstindicatoren, gecorrigeerd voor casemix, vormen de kern van de indicatorenset

De kern van de kwaliteitsregistratie moet worden gevormd door uitkomstindicatoren. We zagen eerder in Hoofdstuk 2 dat uitkomstindicatoren beschrijven waar het echt om gaat, innovatie stimuleren, samenwerking tussen zorgverleners bevorderen en de internationale vergelijkbaarheid vergroten.

Het is van groot belang dat de uitkomstindicatoren gecorrigeerd worden voor casemix-verschillen. Zonder adequate correctie kunnen verkeerde conclusies worden getrokken over welke ziekenhuizen ‘goed’ en ‘slecht’ presteren. Bovendien kan het leiden tot perverse prikkels, waarbij zorgverleners risicovolle patiënten proberen te vermijden uit angst voor slechte resultaten.

3: Aanvullende proces- en structuurindicatoren helpen zorgverleners bij het bereiken van de beste uitkomsten

Zorgvuldig geselecteerde proces- en structuurindicatoren kunnen op twee manieren bijdragen aan het verhogen van de zorgkwaliteit.

Ten eerste vormen proces- en structuurindicatoren een goede manier om zorgverleners te stimuleren bij het toepassen van de op dat moment geldende best practices. Ten tweede kunnen ze zeer effectief worden ingezet bij het vaststellen van nieuwe best practices. Door het verband tussen uitkomstindicatoren en proces- en structuurindicatoren te analyseren kan worden vastgesteld welke methoden, middelen en processen tot de beste resultaten leiden.

4: Duidelijke meerwaarde en beperkte inspanningen stimuleren specialisten om deel te nemen

Deelname van specialisten is essentieel voor het goed functioneren van een kwaliteitsregistratie. Alleen als specialisten kwaliteitsinformatie invoeren en gebruiken kan kwaliteitstransparantie worden gecreëerd en leidt deze transparantie tot kwaliteitsverbetering.

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 Related 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.

5: Actieve bijdrage aan kwaliteitsverbetering door identificatie en implementatie van best practices

Een belangrijke rol van individuele registraties ligt in het bevorderen van kwaliteitsverbetering bij de verschillende zorgaanbieders. Ze kunnen hier op vier manieren aan bijdragen:

- ◇ Frequentie terugkoppeling van de verzamelde kwaliteitsinformatie aan specialisten en ziekenhuizen om een continu verbeterproces te faciliteren;
- ◇ Het vaststellen en verspreiden van best practices door het verband tussen uitkomstindicatoren en proces- en structuurindicatoren te analyseren of door het doen van nader onderzoek bij de best presterende ziekenhuizen en specialisten om verklaringen te vinden voor deze goede prestaties;
- ◇ Het organiseren van workshops en congressen om best practices te delen;
- ◇ Het ondersteunen van slecht presterende ziekenhuizen bij het verbeteren van hun kwaliteit via gerichte verbeterprogramma's.

Om een nadrukkelijke rol te kunnen spelen bij het stimuleren van kwaliteitsverbetering is het noodzakelijk dat een kwaliteitsregistratie een beroep kan doen op een team van betrokken specialisten met grote expertise op de betreffende aandoening.

3.2 Kritieke succesfactoren voor centrale coördinatie en ondersteuning

1: Toezichthoudend orgaan met afvaardiging van alle belanghebbenden

Er zijn veel verschillende partijen die belang hebben bij kwaliteitstransparantie op basis van goede kwaliteitsindicatoren. Naast specialisten zijn dit in elk geval ziekenhuizen, patiënten, financiers (lokale overheden in Zweden of zorgverzekeraars in Nederland) en de overheid. Het is wenselijk om een centraal toezichthoudend orgaan te hebben met een afvaardiging van elk van deze partijen om ervoor te zorgen dat de belangen van alle spelers en het maatschappelijk belang voldoende worden gediend. De autonomie van de individuele registraties op medisch-inhoudelijk vlak mag echter niet worden aangetast.

Een belangrijke rol voor dit toezichthoudend orgaan ligt in het veilig stellen van langetermijnfinanciering van kwaliteitstransparantie, zowel voor de individuele registraties als voor het centrale platform. De stuurgroep speelt ook een rol bij het toetsen van de kwaliteit van individuele registraties, bijvoorbeeld door periodieke audits uit te laten voeren.

2: Uitvoerend orgaan om individuele registraties te ondersteunen

Een centraal uitvoerend orgaan kan een belangrijke rol spelen bij het stimuleren en ondersteunen van individuele registraties. Het ligt voor de hand dat specialisten een belangrijke rol spelen bij de invulling van dit orgaan. Het kan wenselijk zijn om niet één, maar meerdere uitvoerende organen met eigen focusgebieden te gebruiken. Dit uitvoerend orgaan (of organen) kan ondersteuning bieden op verschillende onderwerpen, waaronder:

- ◇ Centrale ICT-infrastructuur en support waarvan registraties gebruik kunnen maken voor het verzamelen en analyseren van de data. Deze infrastructuur moet de administratielast voor zorgverleners minimali-

seren, onder andere door dubbele invoer van data te minimaliseren;

- ◇ Valideren en analyseren van de data. Deze ondersteuning geldt bijvoorbeeld voor het corrigeren van de uitkomstindicatoren voor casemix-verschillen. Dit vereist expertise op het gebied van statistiek en epidemiologie;
- ◇ Verbeteren van de kwaliteit van de registraties zelf. Een manier om dit te doen is door registraties te stimuleren om van elkaar te leren, bijvoorbeeld via workshops om ervaringen en kennis uit te wisselen. Een andere manier is het delen van goede voorbeelden uit het buitenland via presentaties of trainingen;
- ◇ Het creëren van een interface naar gebruikers van kwaliteitsinformatie. Veel partijen hebben behoefte aan kwaliteitsinformatie. Dit betekent niet dat ze inzicht hoeven te hebben in de detailinformatie die verzameld wordt, maar wel in een selectie van de geanalyseerde en gevalideerde indicatoren. Een centrale interface biedt voordelen voor zowel de individuele registraties als voor de gebruikers van de kwaliteitsinformatie. Vooraf moeten heldere afspraken worden gemaakt met elke registratie over welke informatie wanneer en aan wie mag

worden verstrekt. De registraties zijn en blijven namelijk eigenaar van de door hen verzamelde kwaliteitsinformatie. Bovendien is een helder juridisch raamwerk van belang om te zorgen voor de juiste balans tussen het belang van kwaliteitstransparantie en de bescherming van de privacy van patiënten.

3: Heldere governance voor het centrale platform

Bij het inrichten van een ‘docking station’, waaraan individuele registraties zich kunnen koppelen is een goed besturingsmodel (of een heldere governance) onontbeerlijk.

Deze governance moet allereerst helderheid geven over de rolverdeling tussen de individuele registraties en het centrale platform. Ook moet worden vastgesteld wat de minimale eisen zijn die aan individuele registraties worden gesteld om gebruik te kunnen maken van het centrale platform, zonder hun autonomie te verliezen.

Binnen het centrale platform moet helderheid bestaan over de verdeling van de taken en rollen tussen het toezichthoudend orgaan en het uitvoerend orgaan (of de uitvoerende organen). Verder moet de governance duidelijk maken hoe de wijze van besluitvorming binnen het uitvoerend orgaan eruitziet.

Hoofdstuk 4

Wenkend perspectief van kwaliteitstransparantie voor Nederland

In dit hoofdstuk gaan we nader in op de Nederlandse situatie op het gebied van kwaliteitstransparantie. In §4.1 beschrijven we hoe Zichtbare Zorg een belangrijke rol speelde bij het bewustwordingsproces over het belang van dit onderwerp, maar er nog niet in slaagde om tot betekenisvolle uitkomstindicatoren te komen. In §4.2 beschrijven we een hoopgevend voorbeeld dat laat zien dat ook in Nederland kwaliteitsregistraties per aandoening, opgericht door specialisten, voor de gewenste transparantie kunnen zorgen. In §4.3 concluderen we dat de brede uitrol van kwaliteitsregistraties via de Zweedse docking station-methode de beste manier lijkt om de zorgkwaliteit in Nederland inzichtelijk te maken. Tenslotte beschrijven we in §4.4 de grote voordelen die dit kan opleveren.

4.1 Zichtbare Zorg speelde belangrijke rol bij bewustwording, maar kon ambities niet waarmaken

In 2007 slaagde het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (vws) erin om alle relevante partijen samen te brengen in een ambitieus project om de kwaliteitsverschillen in de zorg transparant te maken: Zichtbare Zorg (ZiZo). Het ZiZo initiatief bestrijkt alle onderdelen van het zorgspectrum, waaronder de ziekenhuiszorg via ZiZo Ziekenhuizen.

In ZiZo Ziekenhuizen werd een centrale stuurgroep ingericht met daarin een vertegenwoordiging van alle relevante partijen: specialisten, algemene ziekenhuizen, universitaire medische centra, patiënten en consumenten, verpleegkundigen en de overheid. In 2007 spraken deze partijen af ernaar te streven dat in 2011 de kwaliteit van ziekenhuizen voor 80 aandoe-

ningen openbaar kon worden gemaakt op basis van zorginhoudelijke indicatoren. Doelstelling hierbij was dat 50–60% daarvan zou bestaan uit uitkomstindicatoren.

De opzet van ZiZo Ziekenhuizen verschilde echter sterk van de Zweedse docking station-methode. In Zweden zijn kwaliteitsregistraties, onder leiding van de relevante specialisten, verantwoordelijk voor het vaststellen, meten en gebruiken van kwaliteitsindicatoren en zorgt het centrale platform voor ondersteuning van deze registraties. ZiZo Ziekenhuizen probeerde echter, onder regie van de stuurgroep, zelf te komen tot een set van kwaliteitsindicatoren per aandoening. Dit gebeurde via expertgroepen, waarin de verschillende belanghebbenden vertegenwoordigd waren³⁶. De indicatorensets werden ter consultatie en validatie voorgelegd aan de betrokken wetenschappelijke verenigingen, maar de primaire verantwoordelijkheid voor het vaststellen van de indicatoren werd niet neergelegd bij de specialisten.

Het vaststellen van de indicatorensets bleek lastiger dan verwacht, mede doordat de visies van de verschillende partijen over het vaststellen van de kwaliteit van zorg sterk verschilden. Op dit moment zijn indicatorensets vastgesteld voor 46 aandoeningen in plaats van voor de voorgenomen 80. Maar belangrijker nog, de bestaande indicatorensets worden door de meeste partijen als onvoldoende betekenisvol beschouwd. Niet de beoogde 50–60%, maar slechts 16% van de vastgestelde indicatoren bestaat uit uitkomstindicatoren, waarbij veel discussie bestaat of de gekozen uitkomst-

36. In de expertgroepen namen specialisten, verpleegkundigen, afgevaardigden van verzekeraars, afgevaardigden van patiëntenverenigingen en ziekenhuismedewerkers plaats.

Figuur 21: Heupprotheses: Zichtbare Zorg maakt kwaliteit beperkt transparant in vergelijking met indicatoren in Zweden

Nederland: één uitkomstindicator die beperkt inzicht geeft in kwaliteitsverschillen

15 indicatoren ontwikkeld in Zichtbare Zorg

- ◇ 1 uitkomstindicator
 - Diepe wondinfecties
- ◇ 4 procesindicatoren, o.a.
 - Transfusie van homolog bloed
 - Peri-operatief toedienen van antibiotica
- ◇ 10 structuurindicatoren, o.a.
 - Preoperatieve patiëntenvoorlichting
 - Deelname aan complicatieregistratie

Uitkomstindicator 'diepe wondinfecties' geeft beperkt inzicht in kwaliteitsverschillen

- ◇ Geeft weinig inzicht in de gemiddelde gezondheidswinst
- ◇ Komt zeer weinig voor (gemiddeld in 0,7% van de gevallen per ziekenhuis, ofwel 0 tot 9 keer per jaar per ziekenhuis), waardoor de toevalsvariatie aanzienlijk is

Zweden: meerdere betekenisvolle uitkomstindicatoren

Selectie van de gebruikte uitkomstindicatoren door Zweedse Heupprothese Registratie

- ◇ Revisiefrequentie (%)
- ◇ Heroperatie binnen twee jaar
- ◇ Reden voor heroperatie
- ◇ Overleving van het implantaat
 - Na 1 jaar
 - Na 5 jaar
 - Na 10 jaar
- ◇ Mortaliteit binnen 90 dagen na operatie
- ◇ Postoperatieve pijnbestrijding (op basis van VAS)¹
- ◇ Door patiënt beoordeelde uitkomsten van operatie (PROM)
 - Inclusief loopafstand na operatie

Selectie van de gebruikte procesindicatoren door Zweedse Heupprothese Registratie

- ◇ Gekozen type implantaat per patiënt
- ◇ Gebruikte techniek per patiënt
- ◇ Gebruik van antibiotica

1. Om pijnbestrijding mogelijk te maken is er ook een methode van pijnmeting nodig. Bij de VAS (Visual Analogue Score) geeft de patiënt aan welke pijn ervaren wordt op een schaal van 0 (geen pijn) tot 10 (ondraaglijke pijn).

Bron: Swedish Hip Arthroplasty Registry (2011), Zichtbare Zorg Ziekenhuizen (2011), BCG-analyse.

indicatoren wel de juiste zijn. Voor 60% van de aandoeeningen bevat de vastgestelde indicatorenset zelfs geen enkele uitkomstindicator³⁷.

Het is interessant om de indicatorensets van ZiZo te vergelijken met die in Zweden. Zo staat in Figuur 21 een vergelijking van beide indicatorensets voor heupprotheses.

ZiZo leverden een indicatorenset op met 15 indicatoren, waarvan maar 1 uitkomstindicator: diepe wondinfecties. Deze indicator geeft geen goed totaalbeeld van de uitkomst van deze specifieke ingreep. Ter vergelijking: Zweden hanteert meerdere voor casemix-verschillen gecorrigeerde uitkomstindicatoren, zoals de mortaliteit binnen 90 dagen na de operatie, de 10-jaars overleving van het implantaat en de loopafstand na de operatie. Deze indicatoren zeggen vanuit het oogpunt van de patiënt veel meer over de daadwerkelijke resultaten van de geleverde zorg.

De tegenvallende resultaten zorgden voor het afbreken van het draagvlak voor ZiZo. Verschillende

partijen hebben openlijk hun twijfel uitgesproken over het nut van ZiZo Ziekenhuizen en kondigden aan zelfstandig aan de slag te gaan met het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren. Hiermee ontstaat echter het risico dat een veelheid aan kwaliteitsindicatoren zal ontstaan. Dit zou leiden tot een onwenselijk hoge administratieve last bij ziekenhuizen, specialisten en verpleegkundigen. Bovendien zullen verschillende indicatorensets per aandoening niet leiden tot helderheid over de kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen.

Hoewel ZiZo er tot dusver niet in is geslaagd de hoge ambities waar te maken, heeft het initiatief een belangrijke rol gespeeld om de verschillende zorgspelers bewust te maken van het belang van kwaliteitstransparantie. Zo stelde de Orde van Medisch Specialist in 2010: "Alle partijen zijn zich in ieder geval bewust van het belang van transparantie van zorg. Zichtbare Zorg heeft hierin een katalysatorwerking gehad."³⁸

37. Bron: Zichtbare Zorg Ziekenhuizen (2011).

38. Bron: Orde van Medisch Specialist (10 augustus 2010).

4.2 Hoopgevende initiatieven bevestigen dat transparantie ook in Nederland bereikt kan worden

Hoewel het aantal kwaliteitregistraties niet te vergelijken is met dat in Zweden, bestaan ook in Nederland meerdere registraties, opgezet en geleid door specialisten. Enkele hiervan bestaan al geruime tijd, zoals de registratie voor intensive care geneeskunde (NICE), opgericht in 1996, en die voor verloskundige zorg (PRN), opgericht in 2001. De toenemende aandacht voor het belang van kwaliteitstransparantie heeft geleid tot de recente groei van het aantal autonome registraties. Tussen 2007 en 2009 ontstonden registraties voor cardiovasculaire zorg (NCDR), cataractchirurgie (LCR) en darmkankerchirurgie (DSCA). Momenteel zijn registraties in oprichting voor blaaskanker, borstkanker, slokdarm- en maagkanker en longkanker.

De oprichting van de verschillende registraties is een zeer positief signaal en een belangrijke stap richting kwaliteitstransparantie. Toch hanteren niet alle registraties in dezelfde mate de succesfactoren voor individuele registraties in Zweden. Zo staan niet bij alle registraties uitkomstindicatoren centraal en spelen lang niet alle registraties een actieve rol bij het identificeren en implementeren van best practices. Bovendien zijn veel van de registraties exclusief gericht op het delen van informatie met zorgverleners. Hiermee wordt niet tegemoet gekomen aan de grote behoefte van andere partijen aan inzicht in de kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen.

Er is echter in elk geval één registratie die volledig in lijn handelt met de succesfactoren in Zweden en bovendien op korte termijn lijkt te kunnen voldoen aan de informatiebehoeften van andere partijen, zoals verzekeraars en patiënten. Dit is de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA), de Nederlandse registratie voor darmkanker. De DSCA werd in 2009 opgericht door de betrokken wetenschappelijke verenigingen³⁹, op initiatief van twee bevoegde chirurgen, Dr. Eric-Hans Eddes en Prof. dr. Rob Tollenaar. Het is de eerste gedetailleerde registratie voor de behandeling van een veelvoorkomende ziekte in Nederland⁴⁰. Het doel van de DSCA is het geven van inzicht aan specialisten in de kwaliteit van hun eigen zorg en in die van collega's, zodat de kwaliteit van zorg verbeterd kan worden.

De DSCA hanteert een eigen web-based systeem om informatie te verzamelen en terug te koppelen en voldoet aan de vijf de in Hoofdstuk 3 geformuleerde kritieke succesfactoren:

1. Specialisten zijn verantwoordelijk voor vaststellen, meten en gebruiken van kwaliteitsindicatoren.

De DSCA is een autonome organisatie die bestuurd wordt door vertegenwoordigers van de betrokken beroepsverenigingen van specialisten. Een wetenschappelijke commissie, bestaande uit specialisten, zorgt voor de samenstelling en het beheer van de dataset. Andere belanghebbenden, zoals patiëntenverenigingen en zorgverzekeraars, wordt gevraagd input te leveren, terwijl de verantwoordelijkheid voor het vaststellen van de indicatorenset bij de relevante specialisten blijft liggen.

2. Uitkomstindicatoren, gecorrigeerd voor casemix, vormen de kern van de indicatorenset.

De DSCA gebruikt uitkomstindicatoren als kern voor haar registratie. Belangrijke uitkomstindicatoren zijn het percentage complicaties, het percentage heroperaties en de 30-daagse mortaliteit. Er wordt aanvullende detailinformatie gevraagd over het risicoprofiel van de behandelde patiënten, waardoor correctie voor casemix-verschillen mogelijk is. Eenmaal per jaar, voorafgaand aan de jaarlijkse publicatie, worden de uitkomsten gecorrigeerd voor zowel casemix-verschillen als 'toevalsvariatie'. Deze laatste correctie was in het eerste jaar relatief groot omdat nog maar weinig datapunten per ziekenhuis beschikbaar waren. Daardoor was de statistische betrouwbaarheid van de kwaliteitsverschillen beperkt. Door over verschillende jaren te meten neemt de 'steekproef' toe en wordt de benodigde correctie voor toeval kleiner.

3. Aanvullende proces- en structuurindicatoren helpen zorgverleners bij het bereiken van de beste uitkomsten.

De DSCA hanteert procesindicatoren die aangeven in hoeverre ziekenhuizen de vastgestelde richtlijnen voor het behandelen van darmkanker naleven. Een

39. De DSCA is opgericht door de Nederlandse Vereniging voor Chirurgische Oncologie, de Nederlandse Vereniging voor GastroIntestinale Chirurgie en de Dutch Colorectal Cancer Group.

40. Köhler W (23 april 2011).

voorbeeld van zo'n richtlijn is het maken van een MRI-scan bij endeldarmkanker om de juiste behandeling te bepalen.

4. Duidelijke meerwaarde en beperkte inspanningen stimuleren specialisten om deel te nemen.

De DSCA heeft in de eerste twee jaar van haar bestaan een indrukwekkend hoge dekking bereikt. In 2009 rapporteerden 89% van alle Nederlandse ziekenhuizen de resultaten van hun behandelingen, in 2010 zelfs 98%. Hierbij werden respectievelijk 76% en 85% van het totaal aantal geopereerde patiënten opgenomen in de database. Het hoge percentage ziekenhuizen is mede het gevolg van het feit dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) deelname aan DSCA heeft opgenomen als prestatie-indicator voor ziekenhuizen. Het grote aantal patiënten dat is ingevoerd (8.000 in 2010) laat zien dat specialisten de meerwaarde van deelname aan de registratie inzien. Een belangrijk element hiervan is de wekelijkse terugkoppeling die de ziekenhuizen online ontvangen. Op deze manier kunnen specialisten wekelijks zien hoe hun eigen resultaten zich verhouden tot het landelijk gemiddelde.

5. Actieve bijdrage aan kwaliteitsverbetering door identificatie en implementatie van best practices.

DSCA stimuleert op verschillende manieren kwaliteitsverbetering. Zo doet ze onderzoek naar het verband tussen proces- en uitkomstindicatoren om best practices te identificeren. In de jaarrapportage 2010 worden bijvoorbeeld hypothesen geformuleerd over nieuwe best practices voor het verbeteren van de uitkomsten voor acute patiënten. Daarnaast organiseert DSCA een jaarlijks congres om de resultaten van de registratie te bespreken, best practices uit te wisselen en nieuwe technieken te bespreken.

De eerste twee jaren van haar bestaan maakte de DSCA de resultaten nog niet openbaar op ziekenhuisniveau. Wel werd op geanonimiseerde basis inzicht gegeven in de kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen. De DSCA geeft aan dat er in de eerste twee jaar onvoldoende zekerheid kon worden gegeven over de kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen omdat de registratie nog te weinig waarnemingen per ziekenhuis bevatte en omdat extra validatie van de data gewenst was. De DSCA is echter wel voornemens om in de toekomst ook resultaten op ziekenhuisniveau te publiceren.

Het initiatief van DSCA kan op de ondersteuning en waardering rekenen van alle relevante zorgspelers. Zorgverzekeraar Achmea is bijvoorbeeld een van de financiers van DSCA. Olivier Gerrits, tot mei 2011 directeur Zorginkoop a.i. van Achmea, geeft aan dat DSCA kan voldoen aan de volledige informatiebehoefte van Achmea over de kwaliteit van de zorg voor darmkanker: "Zo krijgen we de medisch inhoudelijke informatie die we wensen. Deze resultaten moet je niet nog eens op een andere manier willen meten, want de registratielast van medici moet niet onnodig zwaarder worden." Ook Els Borst, tot eind 2010 voorzitter van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties, was in 2010 vol lof over de DSCA: "Ik vind het echt fantastisch dat de beroepsgroep zo de hand in eigen boezem steekt. Ik ben heel enthousiast."

De voortvarende start van de DSCA laat zien dat ook in Nederland kwaliteitsregistraties, gedragen en geleid door specialisten, op relatief korte termijn tot betekenisvolle kwaliteitsinformatie kunnen komen. Bovendien is het zeer hoopgevend om te zien dat de DSCA ook kan voorzien in de informatiebehoefte van de andere zorgspelers. Ondanks haar succesvolle start, gaf de DSCA in haar eerste jaarrapportages aan dat ze tegen enkele problemen aanloopt die sterk lijken op de problemen die de individuele registraties in Zweden ervaren. Een belangrijk probleem is dat er nog geen structurele financiering is veiliggesteld. Een ander probleem is de grote administratielast voor specialisten door het dubbel invoeren van informatie, zowel voor de DSCA als voor de ziekenhuisadministratie.

De initiatiefnemers van de DSCA hebben inmiddels een nieuwe stichting opgericht om ook andere beroepsgroepen te faciliteren bij het oprichten van kwaliteitsregistraties: de Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA). Deze stichting heeft geen winstoogmerk en wil andere registraties ondersteunen door hen 'mee te laten liften' op de processen en systemen die de DSCA heeft opgezet. Inmiddels maken twee nieuwe registraties al gebruik van het DICA-platform: de slokdarm-maagkanker registratie (DUCA) en de borstkankerregistratie (DBCA). Daarnaast is de registratie voor longchirurgie in oprichting via het DICA-platform en is DICA in gesprek met een aantal andere beroepsgroepen.

4.3 Brede uitrol van kwaliteitsregistraties lijkt beste manier om tot transparantie te komen

Op basis van de lessen uit Zweden en de ervaringen in Nederland lijkt een brede uitrol van kwaliteitsregistraties per aandoening de beste manier om ook in Nederland tot kwaliteitstransparantie te komen. We bevelen daarom aan om in Nederland gelijktijdig te werken aan twee zaken:

- ◇ Het inrichten van een centraal platform (met een toezichthoudend orgaan en een of meer uitvoerende organen) dat kan dienen als docking station voor individuele kwaliteitsregistraties;
- ◇ Het oprichten van nieuwe kwaliteitsregistraties door de betreffende wetenschappelijke verenigingen.

Het inrichten van een centraal platform is van belang om de huidige registraties te ondersteunen, maar ook om het oprichten van nieuwe registraties te stimuleren. Bovendien kan het centrale platform zorgen voor de benodigde coördinatie tussen de verschillende partijen.

Een centraal platform kan hierbij zorg dragen voor de volgende zaken, zonder de autonomie van de individuele registraties op medisch-inhoudelijk vlak aan te tasten:

- ◇ Toezichthoudend orgaan:
 - Zorgen dat de belangen van de verschillende zorgspelers (inclusief patiënten en zorgverzekeraars) voldoende worden gediend;
 - Langetermijnfinanciering voor de individuele registraties (en het centrale platform zelf);
 - Toetsen van de kwaliteit van individuele registraties.
- ◇ Uitvoerend orgaan/organen:
 - Centrale ICT-infrastructuur voor het verzamelen en analyseren van kwaliteitsinformatie;
 - Ondersteunen van individuele registraties bij het valideren en analyseren van de data;
 - Stimuleren van kwaliteitsverbetering van registraties zelf;

- Een interface naar de gebruikers van kwaliteitsinformatie.

Het centrale platform kan ook een belangrijke coördinerende rol spelen bij het samenbrengen van verschillende typen kwaliteitsinformatie per aandoening. Naast de informatie uit de kwaliteitsregistraties (met uitkomst-indicatoren, inclusief Patient Reported Outcome Measures (PROMs), en proces- en structuurindicatoren) gaat het hierbij om de Patient Reported Experience Measures (PREMS) die de ervaringen van patiënten tijdens het behandelproces weergeven.

Minister Klink van VWS besloot in 2010 tot het oprichten van een nieuw nationaal Kwaliteitsinstituut, dat naar verwachting per 1 januari 2013 volledig operationeel zal zijn⁴¹. In dit Kwaliteitsinstituut moeten de verschillende nationale initiatieven op het gebied van de kwaliteit, de transparantie en de doelmatigheid van de zorg worden gebundeld. Het nog op te richten Kwaliteitsinstituut lijkt daarmee een logische plek om het voorgestelde docking station in onder te brengen. Nog nader moet worden bepaald wat de beste manier is om de verschillende initiatieven op het gebied van kwaliteitstransparantie samen te laten komen onder de paraplu van het Kwaliteitsinstituut. Hierbij denken we naast het voorgestelde docking station onder andere aan ZiZo Ziekenhuizen en het nieuwe DICA-platform.

4.4 Het wenkend perspectief voor Nederland is aanzienlijk, zowel voor kwaliteit als voor kosten

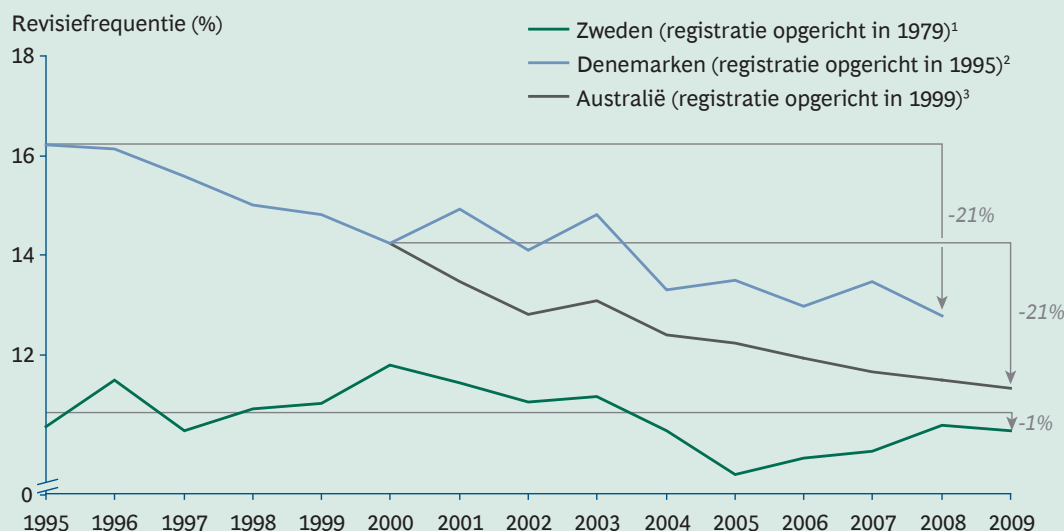
Het breed uitrollen van kwaliteitsregistraties in Nederland biedt enorme kansen, zowel om de kwaliteit van zorg in Nederland (verder) te verhogen als om de stijgende zorgkosten te beteugelen. In deze paragraaf lichten we toe hoe groot het verbeterpotentieel is op beide dimensies.

Wenkend perspectief op het gebied van kwaliteit

Figuur 22 toont een praktijkvoorbeeld dat laat zien dat kwaliteitsregistraties het inderdaad mogelijk maken om de gemiddelde kwaliteit van zorg in een land binnen enkele jaren aanzienlijk te verbeteren. Deze figuur geeft

41. Minister van VWS (28 mei 2010).

Figuur 22: Opstarten van kwaliteitsregistraties maakt het mogelijk om kwaliteit binnen enkele jaren sterk te verbeteren



1. Zweedse Heupprothese Registratie (ZHPR) 2. Denmark Joint Registry 3. Australian National Joint Replacement Registry (NJRR).

Noot: Revisiefrequentie is berekend door het aantal revisies te delen door het totaal aantal primaire en revisieoperaties samen.

Bron: Swedish Hip Prosthesis Registry (1996–2010), Denmark Joint Registry (1996–2009), NJRR (2001–2010), BCG-analyse.

voor drie landen de medische resultaten weer van het implanteren van heupprothesen, uitgedrukt in de revisiefrequentie (het percentage revisies⁴² ten opzichte van het totale aantal heupoperaties in een jaar). Zweden, waar al sinds 1979 een kwaliteitsregistratie bestaat, is al lange tijd internationaal koploper met een revisiefrequentie van rond de 10%. In Denemarken werd in 1995 een kwaliteitsregistratie voor heupprothesen opgericht. Tussen 1995 en 2008 daalde de revisiefrequentie daar met ruim 20% (van ruim 16% tot minder dan 13%). In Australië, waar in 1999 een kwaliteitsregistratie werd opgericht, daalde de revisiefrequentie tussen 2000 en 2009 eveneens met ruim 20% (van 14% naar 11%).

Op basis van de beperkt beschikbare informatie zijn er twee aanwijzingen dat kwaliteitstransparantie ook in Nederland kan leiden tot een aanzienlijke verbetering van de zorgkwaliteit. De eerste aanwijzing wordt gevormd door de grote kwaliteitsverschillen tussen Nederlandse ziekenhuizen, zoals we eerder al zagen in Figuur 3. Dit impliceert dat er een aanzienlijk verbeterpotentieel bestaat door kwaliteit onderling te vergelijken en best practices vast te stellen en uit te wisselen.

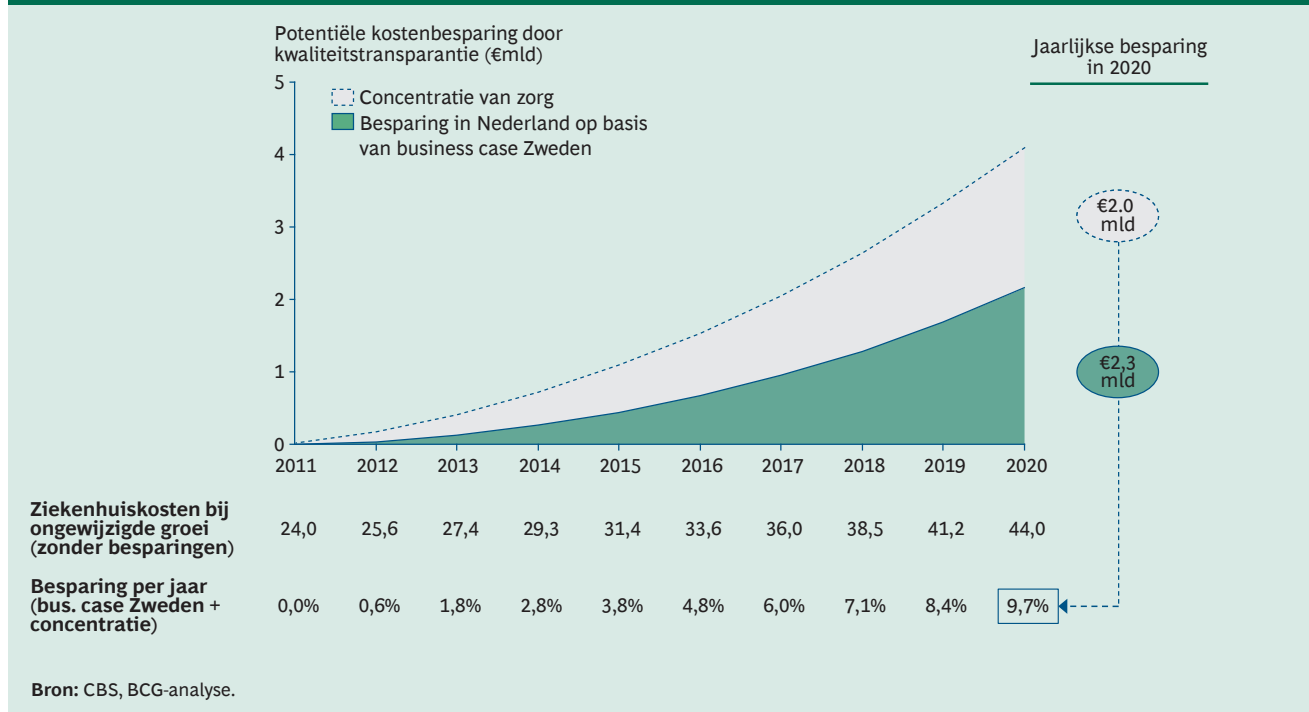
Een tweede aanwijzing komt voort uit de vergelijking tussen de publiek beschikbare Nederlandse en Zweedse uitkomstindicatoren voor verschillende aandoeningen, zoals we zagen in Figuur 6. Hier zagen we dat de mortaliteit in Zweden gemiddeld 25% lager ligt dan in Nederland voor aandoeningen waarvoor in Zweden (deels) een kwaliteitsregistratie bestaat. Dit geeft een indruk van de verbeteringen die mogelijk zijn bij het implementeren van de lessen uit Zweden voor het structureel meten en gebruiken van kwaliteitsinformatie.

Wenkend perspectief op het gebied van kosten

Kwaliteitstransparantie biedt niet alleen de kans om de kwaliteit van zorg in Nederland aanzienlijk te verhogen, maar ook om de kostenstijging af te remmen. Figuur 23 geeft een eerste inschatting van de besparingen die tot 2020 bereikt kunnen worden door het breed uitrollen van kwaliteitsregistraties.

42. Een revisie is de vervanging van een eerder geplaatste heupprothese.

Figuur 23: Kwaliteitstransparantie kan zorgen voor 10% lagere ziekenhuiskosten in 2020



Wanneer we de logica van de business case van Zweden toepassen op de Nederlandse situatie, dan lopen de verwachte jaarlijkse kostenbesparingen in de Nederlandse ziekenhuiszorg op tot een bedrag van €2,3 miljard in 2020 (in groen weergegeven in Figuur 23). Hierbij hebben we de volgende aannames gehanteerd:

- ◇ Zonder een toename in kwaliteitstransparantie zet de historische groei van de ziekenhuiskosten zich tussen 2011 en 2020 voort (7% per jaar);
- ◇ De dekkingsgraad van kwaliteitsregistraties in de Nederlandse ziekenhuiszorg neemt tussen 2011 en 2020 geleidelijk toe tot 63% van de totale ziekenhuiskosten⁴³;
- ◇ Op de door kwaliteitsregistraties afgedekte zorgkosten wordt de kostengroei met 1,5% per jaar afgeremd.

In de Zweedse business case is geen rekening gehouden met kostenbesparingen als gevolg van verschuivende patiëntenstromen richting de best presterende ziekenhuizen, aangezien de keuzevrijheid voor patiënten in

Zweden beperkt is. In Nederland zijn dergelijke verschuivingen wel te verwachten, mogelijk gestimuleerd door het selectief inkopen van zorg door zorgverzekeraars. Dit zal leiden tot verdergaande concentratie, met name van de electieve zorg⁴⁴. Deze hogere volumes per aanbieder zullen de zorgkosten verder kunnen verlagen. In ons vorige rapport *Kiezen voor Kwaliteit* uit 2010 hebben we een inschatting gemaakt van de mogelijke kostenbesparingen als gevolg van zorgconcentratie via proactieve portfoliokeuzes van ziekenhuizen. Ditzelfde besparingspotentieel kan ook gerealiseerd worden via verschuivende patiëntenvolumes dankzij kwaliteitstransparantie, die reactieve portfoliokeuzes tot gevolg zullen hebben. In Figuur 23 hebben we in grijs weergegeven hoe deze kostenbesparingen er in de loop

43. Dit percentage is gelijk aan het dekkingspercentage voor de ziekenhuiszorg in de Zweedse business case na tien jaar (zie §2.5). We gaan ervan uit dat Nederland in staat is om in tien jaar de achterstand op Zweden op het gebied van kwaliteitstransparantie goed te maken. Dit lijkt realistisch omdat het merendeel van de Zweedse registraties ook pas in de afgelopen tien jaar is opgericht.

44. Electieve zorg is 'planbare' of 'niet-acute' zorg. Dit is zorg waarvoor het medisch aanvaardbaar is om deze enkele dagen of weken uit te stellen.

van de tijd uit kunnen zien. Hierbij hebben we de volgende aannames gehanteerd:

- ♦ Patiënten baseren hun ziekenhuiskeuze voor electieve zorg bij voorkeur op basis van kwaliteit in plaats van nabijheid (dit geldt niet voor hoogfrequente zorg en ouderenzorg);
- ♦ Voor deze electieve zorg zullen patiënten per aandoening kiezen voor het beste ziekenhuis binnen 30 minuten reisafstand, leidend tot (op termijn) een concentratie van deze zorg met een factor drie⁴⁵;
- ♦ Als de volumes per locatie met een factor drie toenemen, dan leidt dit tot kostenbesparingen van 25% (dit is een conservatieve inschatting)⁴⁶;
- ♦ De verwachte volumeverschuivingen zullen slechts langzaam optreden, ook omdat de kwaliteitstransparantie geleidelijk wordt opgebouwd. Tussen 2011 en

2020 lopen de besparingen als gevolg van zorgconcentratie gestaag op, tot 50% van het totale potentieel⁴⁷.

Beide besparingen tezamen zouden ervoor zorgen dat tussen 2011 en 2020 de jaarlijkse groei van de totale ziekenhuiskosten afneemt met 1,5%. Hiermee zouden in 2020 de totale ziekenhuiskosten 10% lager liggen dan bij ongewijzigde groei (een besparing van €4,3 miljard in 2020). Vanzelfsprekend is het geschetste besparingspotentieel een grove inschatting. De orde van grootte van deze inschatting maakt echter duidelijk dat kwaliteits transparantie een belangrijke rol kan spelen bij het beperken van de kostengroei. Bovendien moge duidelijk zijn dat investeringen in kwaliteitstransparantie zich met dergelijke besparingen ook in Nederland ruimschoots zullen terugverdienen.

45. Zie ons vorige rapport *Kiezen voor Kwaliteit* voor een uitgebreide toelichting.

46. In de literatuur kan een verband worden gevonden tussen volume en kosten. Ziekenhuizen met een hoog volume voor een bepaalde aandoening kunnen zorg leveren tegen aanmerkelijk lagere kosten dan ziekenhuizen met een laag volume. In de literatuur worden besparingen gevonden van 50–60% voor gespecialiseerde ziekenhuizen en van 24–41% voor algemene ziekenhuizen (Bron: Lin HC, et al. (2007 en 2008), Shouldice Hernia Center, Anand G. (25 november 2009)).

47. In ons rapport *Kiezen voor Kwaliteit* schatten we een jaarlijkse kostenbesparing in van €2 miljard op basis van de totale ziekenhuiskosten in 2010. Bij een doorlopende groei van 7% zullen de totale ziekenhuiskosten in 2020 verdubbeld zijn (en daarmee ook het besparingspotentieel door concentratie van electieve zorg). Wanneer 50% van het gegroeide besparingspotentieel bereikt wordt in 2020 gaat het om €2,0 miljard.

Hoofdstuk 5

Aanbevelingen aan de Nederlandse zorgspelers

We hebben niet de intentie om in dit rapport een gedetailleerd plan van aanpak voor te stellen voor het uitrollen van kwaliteitsregistraties in Nederland. Een dergelijk plan kan namelijk alleen maar in samenwerking met alle betrokken partijen tot stand komen.

Wel sluiten we dit rapport graag af met een viertal concrete aanbevelingen aan de Nederlandse zorgspelers om op korte termijn de eerste stappen te zetten richting het breed uitrollen van kwaliteitsregistraties via de in dit rapport beschreven docking station-methode.

Aanbeveling 1: Ontwikkel een gedeelde visie over de toekomst van kwaliteitstransparantie in Nederland

Om te beginnen is het van groot belang dat de neuzen in Nederland dezelfde kant op (blijven) staan en te voorkomen dat elke partij op zijn eigen manier tot kwaliteitstransparantie probeert te komen. Dit zou immers niet leiden tot het gewenste resultaat, maar slechts tot een te hoge registratielast voor de zorgverleners en onduidelijkheid over de daadwerkelijke kwaliteitsverschillen.

Het moet daarom de eerste prioriteit zijn om met alle zorgspelers een gedeelde visie te ontwikkelen over de toekomst van kwaliteitstransparantie in Nederland. Deze visie moet breed zijn (zowel kijkend naar uitkomst-indicatoren als naar proces- en structuurindicatoren en patiëntervaringen), inspirerend zijn en leiden tot aantoonbare voordelen voor alle betrokken spelers.

De gedeelde visie moet zowel het gewenste doel omschrijven als de beste aanpak om dit doel te bereiken. Hierbij moet ook de samenhang worden vastgesteld

tussen het in te richten docking station en andere overkoepelende initiatieven, zoals het Kwaliteitsinstituut in oprichting en ZiZo Ziekenhuizen.

Aanbeveling 2: Stel heldere stappen en tijdslijnen vast om de gedeelde visie in praktijk te brengen

Het is van belang om vast te stellen wat de beste stappen zijn om de gedeelde visie in praktijk te brengen en in welke volgorde en met welke snelheid deze stappen gezet moeten worden. Dit geldt zowel voor de inrichting van het centrale platform als voor het oprichten van nieuwe kwaliteitsregistraties.

Een cruciaal onderwerp hierbij is de snelheid waarmee een selectie van de kwaliteitsinformatie voor verschillende zorgspelers inzichtelijk moet worden gemaakt. Meerdere partijen, waaronder patiënten en zorgverzekeraars, hebben grote behoefte aan inzicht in de kwaliteitsverschillen tussen individuele ziekenhuizen. Specialisten en ziekenhuizen zijn echter, om begrijpelijke redenen, huiverig voor het te snel openbaar maken van kwaliteitsinformatie op ziekenhuisniveau. Zo vond de DSCA het in de eerste twee jaar van haar bestaan nog niet verantwoord deze informatie publiek te maken omdat de toevalsvariatie nog te groot was en de data nog onvoldoende gevalideerd waren.

Het is daarom van belang om overeenstemming te bereiken tussen de verschillende partijen over de snelheid waarmee informatie openbaar wordt gemaakt. Wanneer te snelle openbaarheid wordt gevraagd, dan kan dit wetenschappelijke verenigingen weerhouden van het oprichten van nieuwe registraties uit angst dat deze nog onvoldoende betrouwbare informatie moeten publiceren. Anderzijds geeft het vooruitzicht dat de data

op termijn publiek worden gemaakt een prikkel aan de registraties om de datakwaliteit aan te scherpen en aan de zorgaanbieders om de kwaliteit van de geleverde zorg te verbeteren.

Optimale kwaliteitstransparantie is daarom gebaat bij een goede balans tussen de voor- en nadelen van snelle openbaarheid. Een mogelijke oplossing ligt in het gefaseerd openbaar worden van een selectie van de kwaliteitsindicatoren: eerst alleen aan de betreffende zorgverleners, dan aan de zorgverzekeraars en ten slotte aan het brede publiek.

Aanbeveling 3: Kom tot een goede rolverdeling om de gedeelde visie in praktijk te brengen

Om de gedeelde visie in praktijk te brengen zijn inspanningen vereist van alle betrokken zorgspelers. Sommige activiteiten moeten door alle spelers gezamenlijk worden opgepakt, voor andere activiteiten is een goede rolverdeling gewenst.

Het inrichten van een centraal platform zal de betrokkenheid van alle partijen vergen. Wel is het zinvol om duidelijke afspraken te maken over wie een leidende rol op zich zal nemen bij het samenbrengen van de verschillende partijen en het coördineren van de vervolgstappen. Zowel het ministerie van VWS als de gezamenlijke zorgverzekeraars lijken logische partijen om hierbij het voortouw te nemen.

De leiding voor het oprichten van nieuwe kwaliteitsregistraties ligt primair bij de wetenschappelijke verenigingen. Maar andere partijen kunnen een belangrijke rol spelen door de specialisten hierbij te stimuleren en faciliteren. Hiervoor lijken de Orde van Medisch Specialist, maar ook wederom het ministerie van VWS en de gezamenlijke zorgverzekeraars de voor de hand liggende partijen.

Aanbeveling 4: Stel structurele financiering veilig op basis van een overtuigende business case

Zoals we hebben gezien verdienen investeringen in kwaliteitsregistraties zich ruimschoots terug dankzij een hogere waarde van zorg. Hierbij moet wel de kanttekening worden gemaakt dat de (opstart)investeringen aanvankelijk hoger zullen zijn dan de kostenbesparingen, die immers geleidelijk toenemen.

Het is daarom van belang om structurele financiering veilig te stellen voor het breed uitrollen van kwaliteitsregistraties. Dergelijke financiële toezeggingen kunnen uiteraard alleen gedaan worden op basis van een solide business case. Uit deze business case moet blijken hoeveel financiering elk jaar nodig is, maar ook welke kwaliteitsverbetering en zorgkostendaling deze investeringen elk jaar zullen opleveren.

Ook moet worden vastgesteld wat de beste bron is voor de financiering. Hiervoor bestaan meerdere opties, zoals een gezamenlijke investering van verschillende zorgspelers, een budget vanuit het ministerie van VWS of het verwerken van de financiering in de prijzen voor de geleverde ziekenhuiszorg (via een opslag in de DBC-prijs).

De in dit rapport geschetste route richting kwaliteits transparantie vergt een flinke inspanning van de betrokken partijen. Het biedt echter ook een uitgelezen kans om een situatie te creëren waarin alle spelers in de ziekenhuiszorg zullen profiteren. Om te beginnen is het perspectief van hogere kwaliteit tegen lagere kosten voor alle partijen aantrekkelijk. Daarnaast biedt het voor specialisten en ziekenhuizen de mogelijkheid om de focus in het publieke debat te verleggen van kostenbesparingen en minimale volumes naar waar het werkelijk om draait: de kwaliteit en de waarde van de geleverde zorg.



Bronvermelding

Anand G (25 november 2009). The Henry Ford of Heart Surgery, The Wall Street Journal.

Australian National Joint Replacement Registry (2011). Jaarverslag 2010.

BCG (mei 2010). Kiezen voor Kwaliteit.

Birkmeyer JD, et al. Hospital volume and surgical mortality in the United States. N Engl J Med. 2002;346: 1128-37.

Björkdahl A, et al. Process skill rather than motor skill seems to be a predictor of costs for rehabilitation after a stroke in working age; a longitudinal study with a 1 year follow up post discharge. BMC Health Serv Res. 2007;7:209.

Björnberg A, et al. (oktober 2009). Euro Health Consumer Index 2009, Health Consumer Powerhouse AB.

Burgers JS, et al. Verband tussen volume en kwaliteit van zorg bij heerkundige ingrepen; resultaten van een literatuuronderzoek. Ned Tijdschr Geneesk. 2007;151: 2105-10.

CBS (2011). StatLine databank, via www.cbs.nl.

CBS (18 mei 2011). Uitgaven aan zorg groeien minder snel, via www.cbs.nl.

Chowdhury MM, et al. A systematic review of the impact of volume of surgery and specialization on patient outcome. Br J Surg. 2007;94:145-61.

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

Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA). Website (www.clinicalaudit.nl).

Dutch Surgical Colorectal Audit (2010). Jaarrapportage 2009.

Dutch Surgical Colorectal Audit (2011). Jaarrapportage 2010.

Elsevier (12 mei 2011). Duurdere zorg grootste financieel probleem, via www.elsevier.nl.

Eurocare (2004). Survival of cancer patients in Europe.

Gouma DJ, Busch ORC. Goede zorg, een kwestie van ervaring. Ned Tijdschr Geneesk. 2007;151:2082-6.

Havelin LI, et al. The Nordic Arthroplasty Register Association: a unique collaboration between 3 national hip arthroplasty registries with 280,201 THRS. Acta Orthop. 2009;80:393-401.

Herberts P, Malchau H. Many years of registration have improved the quality of hip arthroplasty, Läkartidningen, 1999;96:2469-2476.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (mei 2011). Het resultaat telt, ziekenhuizen 2009.

Ipsos Mori Social Research Institute (mei 2007). Cancer Values Research.

Jernberg T, et al. Association between adoption of evidence-based treatment and survival for patients with ST-elevation myocardial infarction. JAMA. 2011;305: 1677-84.

Kam F de. Zorguitgaven verdrücken overige collectieve uitgaven. ESB, 2009; 94(4561): 326-329.

Kärrholm J, et al. Improved analyses in the Swedish hip arthroplasty register. Gepresenteerd op de Scientific exhibition of the annual meeting of the American academy of orthopaedic surgeons. 2-2007, San Diego, California, VS.

Köhler W (23 april 2011). Na het mes: de cijfers over darmkanker, NRC Handelsblad.

Lagerqvist B, et al. Long-Term Outcomes with Drug-Eluting Stents versus Bare-Metal Stents in Sweden. N Engl J Med. 2007; 356: 1009-1019.

Lalitha P, et al. Postcataract endophthalmitis in South India incidence and outcome. Ophthalmology. 2005;112: 1884-9.

Loeppke R, et al. Health and productivity as a business strategy. J Occup Environ Med. 2007;49:712-21.

Lin HC, et al. Association Between Physician Volume and Hospitalization Costs for Patients With Stroke in Taiwan: a nationwide population-based study. Stroke. 2007;38:1565-9.

Lin HC, et al. Does physicians' case volume impact inpatient care costs for pneumonia cases? J Gen Intern Med. 2008;23:304-9.

Meier B (16 december 2010). The Implants Loophole, The New York Times.

Milken Institute (oktober 2007). An Unhealthy America: The Economic Burden of Chronic Disease.

Minister van VWS (28 mei 2010). Oprichting van een nationaal kwaliteitsinstituut, Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer.

Minister van VWS (26 januari 2011). Zorg die werkt: de beleidsdoelstellingen van de minister van Volks-

gezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer.

Nederlands Dagblad (4 augustus 2010). Specialisten: ranglijst beste zorg is mislukt.

Orde van Medisch Specialisten (10 augustus 2010). Zichtbare Zorg terug naar de tekentafel, via www.orde.artsennet.nl.

OECD (2007). Health at a Glance 2007: OECD indicators.

OECD (2009). Health at a Glance 2009: OECD indicators.

OECD (2010). Health at a Glance: Europe 2010.

OECD (2011). Health Data 2011: Statistics and Indicators.

Östergötland community council (2007). Healthcare report 2007.

Perinatale audit. Website (www.perinataleaudit.nl).

Piersma, J (1 juli 2011). Nederland geeft volgens studie erg veel uit aan zorg, Het Financieel Dagblad

Porter M, et al. (2006), Redefining Health Care – Creating Value-Based Competition on Results, Harvard Business School Press.

Ravn H, et al. Risk of new aneurysms after surgery for popliteal artery aneurysm. Br J Surg. 2008;95:571-5.

Regieraad Kwaliteit van Zorg (20 april 2011). Kernpunten bij het inrichten van het nationale kwaliteitsinstituut i.o.

RIKS-HIA (2001–2010). Jaarverslagen 2000-2009.

RIKS-Stroke (2009). Jaarverslag 2008.

RIVM (26 juni 2008). Kosten van ziekten in 2005, via www.rivm.nl.

RIVM (2008). Dare to Compare!; Benchmarking Dutch health with the European Community Health Indicators (ECHI).

RIVM (2010). Zorgbalans 2010, De prestaties van de Nederlandse zorg.

Skipr (18 september 2009). Orde zet samenwerking met vws in Zichtbare Zorg stil, via www.skipr.nl.

Skipr (23 februari 2010). ZN: inzicht in zorgkwaliteit nog onvoldoende, via www.skipr.nl.

Stenestrand U, et al. Fibrinolytic therapy in patients 75 years and older with ST-segment-elevation myocardial infarction: one-year follow-up of a large prospective cohort. *Arch Intern Med*. 2003;163:965-71.

Stenestrand U, et al. Comorbidity and myocardial dysfunction are the main explanations for the higher 1-year mortality in acute myocardial infarction with left bundle-branch block. *Circulation*. 2004;110:1896-902.

Stenestrand U, Wallentin L. Early revascularisation and 1-year survival in 14-day survivors of acute myocardial infarction: a prospective cohort study. *Lancet*. 2002;359:1805-11.

Shouldice Hernia Center. Website (www.shouldice.com).

Swedish Association of Local Authorities and Regions (2007). National Healthcare Quality Registries in Sweden.

Swedish Association of Local Authorities and Regions (2008). Quality and Efficiency in Swedish Health Care, regional comparisons 2008.

Swedish Hip Arthroplasty Register (1997–2010). Jaarverslagen 1996–2009.

Swedish Hip Arthroplasty Register (2011). Website (www.shpr.se).

Swedish National Cataract Register (2001–2010). Jaarverslagen 2000–2009.

Swedvasc (Zweedse registratie voor Vasculaire Geneeskunde) (2007). Jaarverslag 2007.

Therapeutics Goods Administration van het Australische ministerie van Health & Aging (mei 2011). Recall of DePuy Orthopaedics ASR hip replacement device, via www.tga.gov.au.

TNS NIPO in opdracht van Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2003). Kiezen in de gezondheidszorg.

Volkskrant (15 oktober 2010). Angst en woede na publicatie 'borstkankerlijst' CZ.

West ES, et al. The incidence of endophthalmitis after cataract surgery among the U.S. Medicare population increased between 1994 and 2001. *Ophthalmology*. 2005; 112:1388-94.

Zichtbare Zorg Ziekenhuizen (12 juni 2007). Samenwerkingsafspraken Kwaliteitsinformatie Zichtbare Zorg Ziekenhuizen.

Zichtbare Zorg Ziekenhuizen (2011). Indicatorensets voor verschillende aandoeningen (uitvraag 2011), via www.zichtbarezorg.nl.

Op onze website www.bcg.com/publications vindt u meer informatie over publicaties van BCG en hoe u deze kunt bestellen.
Op www.bcg.com/subscribe kunt u zich abonneren op elektronische versies van publicaties over dit (en andere) onderwerp(en).

September 2011



BCG

THE BOSTON CONSULTING GROUP

Abu Dhabi
Amsterdam
Athens
Atlanta
Auckland
Bangkok
Barcelona
Beijing
Berlin
Boston
Brussels
Budapest
Buenos Aires
Canberra
Casablanca

Chicago
Cologne
Copenhagen
Dallas
Detroit
Dubai
Düsseldorf
Frankfurt
Hamburg
Helsinki
Hong Kong
Houston
Istanbul
Jakarta
Kiev

Kuala Lumpur
Lisbon
London
Los Angeles
Madrid
Melbourne
Mexico City
Miami
Milan
Minneapolis
Monterrey
Moscow
Mumbai
Munich
Nagoya

New Delhi
New Jersey
New York
Oslo
Paris
Perth
Philadelphia
Prague
Rome
San Francisco
Santiago
São Paulo
Seoul
Shanghai
Singapore

Stockholm
Stuttgart
Sydney
Taipei
Tel Aviv
Tokyo
Toronto
Vienna
Warsaw
Washington
Zurich

bcg.com

Printer: Spine text instructions

1. Align top of “Title” with the cap height of the monogram “BCG” on the front cover
2. Align bottom of the BCG logo (The Boston Consulting Group) with the baseline of the BCG logo at the bottom of the front cover
3. Title and Logo should match cap heights—adjust both to fit width of spine