

Ilse Kleijne

i.kleijne@medischcontact.nl

@medischcontact

Afrekenen op resultaten ter discussie

Betere zorg tegen lagere kosten. Dat is de mantra van *value based healthcare*. Zorgverzekeraar Menzis zet in op de uiterste vorm: het rekent zorgaanbieders af op hun resultaten. Deze beweging wordt met argusogen gevolgd.

Een bonus voor het ziekenhuis waar de hartchirurgen het aantal complicaties bij bypasspatiënten weten te verminderen. En minder beloning als de cardiologen slechtere resultaten boeken met hun dotterbehandelingen dan gemiddeld. Dat is in het kort de nieuwe betaalconstructie die zorgverzekeraar Menzis drie jaar gaat uittesten voor de hartzorg in tien ziekenhuizen. Dit financieel belonen en beboeten van zorguitkomsten is een nieuwe stap op het pad van *value based healthcare*. Overigens is nog niet iedereen ervan overtuigd dat deze moet worden gezet. Want waar moet die 'value', die waarde, vooral terecht komen: in de gezondheid van de patiënt of in de portemonnee?

Parapluterm

Waardegerichte zorg. Of waardegedreven zorg. Het zijn de Nederlandse synoniemen voor de paraplu-*value based healthcare*, de naam voor allerlei initiatieven om de uitkomsten van geleverde zorg te verbeteren – en dan bij voorkeur tegen lagere kosten. Meten van zorguitkomsten is daarbij essentieel om te ontdekken waar de verbeterruimte zit.

Er zijn verschillende voorbeelden die onder deze tendens zijn te scharen. Zo riep de Federatie Medisch Specialisten de wetenschappelijke verenigingen afgelopen jaar op om hun meest knellende kennishiaten te inventariseren en te dichten, zodat artsen beter weten welke zorg bij welke patiënt de beste uitkomst oplevert. En vier ggz-instellingen richtten onlangs de stichting Volante op om hun uitkomstdata over behandelingen met elkaar en anderen te delen. Ook andere verzekeraars, zoals Zilveren Kruis en VGZ, voeren pilots uit om te kijken of ze grip op de zorgkwaliteit kunnen krijgen. Het principe haalde het regeerakkoord, dat stelt dat 'zorgprofessionals zich moeten richten op de uitkomst van de zorg in plaats van op de omzet'. Minister voor Medische Zorg Bruno Bruins kleurde die frase in de Tweede Kamer verder in door aan te geven dat hij meer aandacht voor *value based healthcare* wil. Bruins wil dat binnen vijf jaar over 50 procent van alle ziekte-uitkomsten beschikbaar zijn, te



beginnen met veelvoorkomende aandoeningen. Artsen en patiënten kunnen dan beter overleggen over ‘de juiste behandeling én op termijn ook over de juiste behandelaar’, aldus Bruins. ‘Als we de uitkomsten beter kennen, kunnen we ook de stap maken naar het belonen van die uitkomsten’, aldus de minister eind vorig jaar in de Kamer.

Cherrypicking

De gezamenlijke pilot van Menzis, tien ziekenhuizen en de Nederlandse Hart Registratie, waarin financiële consequenties aan een behandeling worden verbonden, riep de nodige weerstand op. Dergelijke constructies zouden het wantrouwen tegen artsen vergroten, stelden sommige medici. Artsen gaan doen aan ‘cherrypicking’ om risicopatiënten te mijden, of ze worden terughoudend met hersteloperaties, riep een patiëntenorganisatie. En in de Tweede Kamer volgden kritische vragen.

Volgens directeur Dennis van Veghel van de Nederlandse Hart Registratie (NHR) is dit risico op patiëntselectie echter al grotendeels ondervangen binnen de pilot. De NHR is een stichting van partijen rond dataregistratie van hartoperaties en -interventies, die samenwerkt met wetenschap-

zorgaanbieder wordt in het model beoordeeld op het verschil tussen verwachte en feitelijke uitkomst. Door de verwachte uitkomst hoger in te schatten bij risicogroepen, wordt rekening gehouden met het grotere financiële risico van deze patiënten, betoogt Van Veghel. Dit verkleint namelijk de kans dat de feitelijke uitkomst daadwerkelijk slechter uitpakt dan de verwachte uitkomst.

En verder is de proef juist bedoeld om met ziekenhuis en zorgverzekeraar samen een antwoord te vinden op de vraag hoe je moet omgaan met situaties die zich niet in modellen laten vangen, betoogt Van Veghel. ‘Hoe je daar een oplossing voor vindt, bijvoorbeeld door zulke patiënten uit te sluiten van zulke afspraken, is juist een agendapunt.’

Volgens hem zit er ook een financiële veiligheidsklep in de pilot. Per ziekenhuis is voor het eerste jaar van de proef een grens gesteld aan ‘de financiële impact’. Afhankelijk van de resultaten in het eerste jaar wordt bepaald hoe de bonus-malusregeling in volgende jaren vorm krijgt. De NHR hoopt door deelname een steentje bij te dragen aan het veranderen van de huidige ‘rare situatie dat een ziekenhuis opbrengsten kwijtraakt als het zijn proces verbetert’, aldus Van Veghel.

‘Het gaat er niet om elkaar te beschuldigen, maar om van elkaar te leren’

pelijke verenigingen van cardiologen en thoraxchirurgen. De stichting is bij de Menzis-pilot betrokken om uitkomstdata van ziekenhuizen te analyseren. Van Veghel legt uit dat de NHR voorspellingen kan doen over uitkomsten bij verschillende patiëntengroepen; daar zit al een risicocorrectie in. Patiënten met een hogere kans op overlijden of op een herhaalde behandeling krijgen in de modellen een hogere kans op overlijden of herhaalde behandeling toegedicht. Een

Bundelafspraken

Groot voorstander van financiële, op uitkomsten gebaseerde ‘bundelafspraken’ tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars, is de Amerikaanse emeritus Harvard-professor Robert Kaplan. Hij hield vorige week op een congres in Utrecht een pleidooi om alle zorg rond bepaalde ziektebeelden te clusteren, dus bijvoorbeeld door klinieken voor prostaatanker of diabetes. Zulke ‘integrated practice units’ (IPU’s) leiden tot meer behandelvolume waardoor artsen

beter worden in wat ze doen, en tot meer overleg tussen alle behandelaren die van begin tot eind bij een patiënt zijn betrokken, aldus Kaplan.

Op termijn leidt dit tot betere medische resultaten tegen lagere kosten, aldus de hoogleraar. IPU’s maken het makkelijker om veel uitkomstdata te vergaren en te kijken waar verbeteringen haalbaar zijn. En het biedt de mogelijkheid om op uitkomsten gebaseerde betalingsafspraken per ‘zorgbundel’ te maken, als financiële prikkel om zorg verder te verbeteren. Artsen moeten niet bang zijn om zorguitkomsten te vergelijken, aldus de professor. ‘Het gaat er niet om elkaar te beschuldigen, maar om van elkaar te leren. Je moet gemotiveerd zijn om te willen kijken naar wat beter is voor een patiënt.’

Tegenwind

Pleidooien om meer te registreren en te meten hebben op dit moment de wind tegen in Nederland, in een klimaat waar artsen juist vragen om minder administratieve last. Voorzitter Marcel Daniëls van de Federatie Medisch Specialisten toonde zich op dezelfde bijeenkomst terughoudend. Volgens hem is *value based healthcare* ‘niet de oplossing voor alles’. Artsen worden ‘itchy’ als de nadruk te veel op het kostenplaatje ligt, legde hij uit. ‘Een arts moet zich op de waarde voor de individuele patiënt kunnen focussen. Beter uitkomsten voor de patiënt moet het voornaamste doel zijn, niet het beperken van de kosten.’ Het plaatje dat Kaplan schetst is ‘de richting waarin we met de Menzis-proef voorzichtig stappen proberen te zetten’, aldus NHR-man Van Veghel. Onderdeel van de pilot is dat de ziekenhuizen de uitkomsten van hun zorgprestaties onderling delen, zodat ze van elkaar kunnen leren. ‘We proberen iedereen te laten focussen op resultaten die voor de patiënt van belang zijn. Ik ken geen dokter die zijn vak niet beter wil uitoefenen.’ ■

web

Meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.