

KWALITEIT OP DE MARKT

Krachtig kwaliteitsbeleid voorkomt verschraling

Marktwerking in de zorg leidt tot verschraling, zeggen critici. Dat hoeft niet waar te zijn als de kwaliteit van de zorg maar wordt gegarandeerd. Hoe? Een belangrijke stap is het creëren van samenhang tussen visitatie van de medisch specialisten en accreditatie van het ziekenhuis.

H. BRUINS SLOT
J.W. SCHOUTEN

De DBC-systematiek kan tot gevolg hebben dat zorgverzekeraars het inkopen van zorg vooral van de prijs zullen laten afhangen. Volgens critici van marktwerking leidt dit tot verschraling van de zorg. De tijd tot 2008, als elk zorgtraject via de DBC-systematiek zal worden gefinancierd,

Iedereen weet welke auto's stevig zijn uitgevoerd, in de zorg is dat anders

moeten we benutten om de DBC-systematiek te vereenvoudigen en te zoeken naar manieren om kwaliteit meetbaar te maken op een andere manier dan via zorgprofielen. In deze drie jaar moet een samenhangend kwaliteitssysteem wor-

den geboren om goede, betaalbare zorg voor iedereen te garanderen.

INFORMATIESYMMETRIE

Hoe moet zo'n kwaliteitssysteem eruit zien en welke organisaties moeten erbij worden betrokken? Is het mogelijk om de informatie-asymmetrie op te heffen zodat alle partijen als gelijkwaardigen aan de onderhandelingstafel kunnen plaatsnemen?

Dat zijn de belangrijkste vragen waar we nu voor staan. Bij industriële producten bestaat doorgaans wel een informatiesymmetrie tussen aanbieders en vragers. Iedereen weet welke auto's stevig, duurzaam of luxueus zijn uitgevoerd. In de zorg is dat anders. Patiënten, verzekeraars én zelfs aanbieders zijn nauwelijks op de hoogte van de kwaliteit van zorg of zorgproducten. Toch kunnen dokters en ziekenhuizen wel min of meer informeel inschatten welke (groep) behandelars het goed doen en welke niet. Circuits zoals nascholing en visitatie zorgen daarvoor. Zorgverzekeraars zijn echter afhankelijk van de schaarse contacten met specialisten om iets over de kwaliteit van zorg te weten te komen. Aan de onderhandelingstafel bij de inkoop van zorg bestaat dus geen gelijkwaardigheid als het gaat om kwaliteit.

ANDERMANS KEUKEN

Medische professionals weten hoe moeilijk het is om kwaliteit van een behandeling, van een groep samenwerkende specialisten of van een ziekenhuis te

registratiegegevens of mortaliteitspercentages is dus zinloos en zelfs contraproductief omdat het leidt tot berekend gedrag bij de beroepsbeoefenaren, tot wilde speculaties bij de schrijvende pers en tot onrust bij het publiek. De visitatiecommissies van de wetenschappelijke verenigingen worstelen al jaren met dit probleem waardoor het voor een buitenstaander lijkt alsof *peer review* niet meer is dan vriendelijk meekijken in andermans keuken.

VERBETERPUNTEN

Sinds 1987 worden alle chirurgische maatschappen en samenwerkingsgroepen in Nederland regelmatig geëvalueerd door een representatieve groep chirurgen. Dit voorbeeld is daarna gevolgd door alle wetenschappelijke verenigingen. Bij deze visitaties, die meestal een dag duren, vinden gesprekken plaats met alle geledingen in en buiten het ziekenhuis die veel met de betrokken groep specialisten te doen hebben. Ook nascholingsactiviteiten, de organisatie van de kliniek, de communicatie met de buitenwereld en natuurlijk de 'productie' van de groep worden geëvalueerd. Een en ander resulteert in een meestal in kwalitatieve termen gesteld rapport met aanwijzingen ter verbetering voor de professionals. Een objectievere en meer dwingende aanpak is op dit moment niet mogelijk omdat kwantitatieve gegevens over de zorgprocessen en de 'uitkomst van zorg' niet beschikbaar zijn. Oorzaak daarvan is dat een echt elektronisch patiëntendossier waarin het beloop van elke zorgvraag wordt gemonitord, nog niet operationeel is. Voor elke kwantitatieve zorgindicator zou op dit moment een aparte registratie moeten worden opgezet zoals gebeurde in een aantal ziekenhuizen na de lancering van prestatie-indicatoren door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

Een samenhangend kwaliteitssysteem vraagt om uitgebalanceerde én gevalideerde indicatoren die visitatiecommissies kunnen gebruiken om de presta-

ties van ziekenhuizen en maatschappen te vergelijken. In de tweede ZN-inkoopgids, die binnenkort verschijnt, worden vele kwaliteitsindicatoren genoemd die bruikbaar zijn voor de DBC's van segment B. Behalve een 'culturele' uitdaging voor de beroepsgroepen is het ook een uitdaging voor allen die met ICT in ziekenhuizen te maken hebben, want het is duidelijk dat het handmatig verzamelen van indicatoren over de volle breedte van de zorg volstrekt onmogelijk is.

NIET DE KERN

Naast visitatie van samenwerkende (groepen) specialisten wordt het vergelijken van ziekenhuizen onderling steeds belangrijker. De schrijvende pers heeft dit soort 'benchmarking' reeds ter hand genomen. De publicaties hierover in dag- en weekbladen kunnen de wetenschappelijke toets der kritiek echter niet doorstaan omdat er zaken worden beoordeeld die niet tot de kern van de geneeskunde behoren. Natuurlijk zijn wachttijden en bejegening niet onbelangrijk maar uiteindelijk gaat het om de behandeling van ziekten en om beter worden. Het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ) heeft sinds 1998 vijftientig ziekenhuizen of ziekenhuisafdelingen gevisiteerd met de vraag of het 'de juiste structuur en randvoorwaarden bezit om goede zorg te kunnen leveren'.¹ Hoewel de wetenschappelijke verenigingen het voorbeeld van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde uit 1987 sneller volgden dan het werk van het NIAZ, lijkt het er wel op dat accreditatie aanslaat bij ziekenhuisorganisaties.

GEFUNDEERDE KEUZEN

Het creëren van samenhang tussen visitatie (wetenschappelijke verenigingen) en accreditatie (NIAZ) waarbij indicatoren vergelijkingen tussen instellingen mogelijk maken, is al een belangrijke stap, maar nog niet voldoende om tegemoet te komen aan de huidige behoefte aan openheid. Consumenten van zorg én verzekeraars willen gefundeerde keuzen kunnen maken voor het inkopen van goede en betaalbare zorg. Het moet duidelijk en zichtbaar zijn hoe de beoordelingen plaatsvinden en de resultaten van visitatie en accreditatie moeten voor eenieder begrijpelijk zijn.

Dat dit mogelijk is, toont de website² van het Nederlands Instituut van Registeraccountants (NIVRA). Deze website

toont hoe het NIVRA werkt aan kwaliteitscontrole. Dit soort transparantie is niet terug te vinden bij de wetenschappelijke verenigingen, de Orde of het NIAZ en het mag de beroepsgroepen dan ook niet verbazen dat de buitenwereld, waaronder 'de politiek', kanttekeningen blijft plaatsen bij de onpartijdigheid van visitaties. In de evolutie naar een transparant, samenhangend kwaliteitssysteem dient deze weeffout te worden hersteld. De accountants hebben het opgelost door geanonimiseerde beoordelingen in cumulatieve vorm openbaar te maken; de dokters zouden dit voorbeeld eenvoudig kunnen volgen. Beter nog: nodig iemand uit de inspectie of de verzekeringswereld uit om als onafhankelijk waarnemer het visitatieproces te monitoren. Combineer visitatie en accreditatie instellingsbreed - op een zaterdag zodat de beoordeling

van de instelling en de daar werkzame maatschappen zonder verlies van 'productie' efficiënt en onder toezicht van een waarnemer kan plaatsvinden.

KENNISFILTER

Kwaliteitsindicatoren zijn nodig om objectieve vergelijking van instellingen en maatschappen mogelijk te maken, maar het is uiterst twijfelachtig of publicatie van de uitkomst van deze metingen de goede zaak dient. De meeste 'uitkomst van zorg'-indicatoren moeten worden beoordeeld in samenhang met elkaar en met de patiëntenmix van de betreffende instelling. Als de overtuiging bestaat dat visitatie en accreditatie volgens de regels plaatsvinden en als de wetenschappelijke verenigingen de visitatoren zorgvuldig kiezen en trainen, kan hun gezamenlijke knowhow worden gebruikt als een >>

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

<< kennisfilter. De indicatoren veranderen tijdens hun passage door deze kennisfilter in certificatie, een geconcentreerde vorm van de gezamenlijke indicatoren. Deze certificering blijft overzichtelijk als het eenvoudig gebeurt, bijvoorbeeld in de vorm van een *triple A rating*. Vooral dokters zijn sterk gericht op kwaliteit van eigen werk. We kunnen er dus van uitgaan dat de meeste specialisten een goed certificaat zullen krijgen. Het gaat erom slecht presterende instellingen en dokters te identificeren zodat de patiënt en de verzekeraar keuzen kunnen maken. Belangrijker nog is het signaal aan dokters en instellingen dat verbeterprocessen onverwijld in gang moeten worden gezet, als ze zichzelf niet uit de markt willen prijzen. Want dat gaat gebeuren als ons stelsel tot een gereguleerde markt wordt omgevormd.

Door certificatie te koppelen aan honorering - zoals de Leapfrog-groep³ propageert - wordt de kwaliteitscirkel gesloten. De financiële prikkel die van deze koppeling uitgaat, goede kwaliteit extra belonen, zal verbeterprocessen initiëren. Instellingen of maatschappen die uit de boot dreigen te vallen, zullen hun uiterste best doen hun rating te verbeteren om daarmee hun inkomen op peil te houden.

De introductie van marktwerking maakt krachtig flankerend kwaliteitsbeleid noodzakelijk. Als de koepels hun verantwoordelijkheid niet nemen, moet de minister van Volksgezondheid de partijen dwingen - desnoods door nieuwe wetgeving. We hebben tot 2008 de tijd. ■

SAMENVATTING

- *Marktwerking in de zorg staat volop in de belangstelling. Als de prijs bepaalt welke zorg de verzekeraars inkopen, vrezes sommigen verschrapping en kwaliteitsverlies.*
- *Kwaliteitscontrole op grond van de zorgprofielen die bij DBC's horen, is administratief niet doenlijk. Voorgesteld wordt om visitatie en accreditatie te combineren tot een instellingsbreed kwaliteitsonderzoek.*
- *De visitatoren gebruiken hierbij onder meer kwaliteitsindicatoren zodat objectieve vergelijking tussen de instellingen mogelijk wordt. De gecombineerde visitatie leidt tot eenvoudige en begrijpelijke certificering van instellingen en maatschappen.*
- *Onafhankelijke waarnemers en gepubliceerde ratings zorgen voor een transparant kwaliteitssysteem. Koppeling van de rating aan honorering initieert een continu verbeterproces.*
- *Marktwerking vergt een krachtig kwaliteitsbeleid waarbij de minister voor Volksgezondheid de partijen moet dwingen de handen ineen te slaan.*

dr. H. Bruins Slot,
chirurg, thans adviserend geneeskundige van Delta Lloyd/Ohra

drs. J.W. Schouten,
adviserend geneeskundige bij de koepelorganisatie Zorgverzekeraars Nederland

Correspondentieadres: bruins_slot@planet.nl.

VELDWERK

Ererondje



K. zit voor me aan het bureau, met tranen in zijn ogen. Vorige week was hij bij de huisarts. Die raade hem streng aan om met werken te stoppen.

Stoppen met werken! 58 jaar oud en 41 dienstjaren. Het werk is zijn lust en zijn leven. Pracht baan heeft-ie. Met gepaste trots vertelt hij dat hij nog altijd zijn targets ('en die hebben ze aardig opgeschroefd de laatste jaren, hoor') haalt. Met twee vingers in de neus, weet u! Wat moet hij in vredesnaam thuis doen? Winkelen met de vrouw, de hond uitlaten, gaan vissen, puzzeltjes leggen? Klaverjassen op dinsdagen biljarten op woensdagmiddag? Dat is pas écht doodgaan. Neen, hij heeft geen ander hobby dan zijn werk. En om op slechts twee jaar en drie maanden voor de eindstreep te moeten opgeven en te worden ingehaald door de bezemwagen ... kijk, dát doet pas echt pijn.

Die enige échte target die hij zich de laatste jaren had gesteld, wordt dus niet gehaald.

Plotseling valt hij stil en kijkt me doordringend aan: 'En, dokter, wat raadt u me aan?'

Ik ken K. al lang. Hij heeft ernstige chronische klachten met heel veel pijn. Ik deel de visie van de huisarts. Het probleem van K. is dat zijn geest heel veel sterker is dan zijn lichaam. Zijn lichaam is uitgewoond en opgebrand. Maar ja, hoe vertel je iemand dat als het echt niet meer gaat, stoppen inderdaad beter is, terwijl je weet dat het werk zijn enige anker is?

Geen 'cold turkey' in ieder geval, dat is te pijnlijk. Een (langdurig) getrapt afkickschema met vooral een mooi ererondje lijkt me de minst slechte manier. ■

Dolf Algra

de bedrijfsarts

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

Via www.medischcontact.nl/dezeweek kunt u de in het artikel genoemde sites vinden. Ook bij het artikel kunt u doorklikken naar deze webpagina's.



Referenties

1. www.niaz.nl/niaz_accreditatie/index.html.
2. www.nivra.nl/index.asp?registeraccountant/home.asp.
3. www.leapfroggroup.org/rewards_compendium.