

Nieuwe aandacht voor praktijkvariatie

Grip op volume

Marc Berg, arts,
partner Plexus Medical Group

Correspondentieadres:
berg@plexus.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Het ene ziekenhuis voert veel meer cholecystectomieën uit dan het andere, zonder dat daarvoor in het patiëntenbestand een verklaring is. Hetzelfde doet zich voor bij andere ingrepen. Grip op die variaties moet de hoogste prioriteit hebben.

Begin maart kopten kranten dat de liberalisering van de ziekenhuiszorg heeft geleid tot een kostenexplosie door forse groei van het aantal DBC's in het B-segment: 12 procent, zonder vergelijkbare prijsdalingen.¹ NRC Handelsblad suggereerde dat de indicatiestelling voor sommige interventies, zoals niersteenvergruizing, is versoepeld.² Twaalf procent groei is immers veel meer dan je op basis van de 'normale' effecten van een verouderende populatie mag verwachten. Ook het wegwerken van wachtlijsten kan zo'n groei niet verklaren.

Zorgverzekeraars en ziekenhuizen reageerden fel. Er was wel sprake van groei, stelde de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), maar veel minder dan was geclaimd en niet meer dan in de jaren daarvoor.³ Bovendien was er geen sprake van scheefgroei tussen het A- en het B-segment. De totale volumegroei zou in 2007 zelfs onder die van 2005 en 2006 liggen

- met maar 3,8 procent groei van het volume in het B-segment.⁴

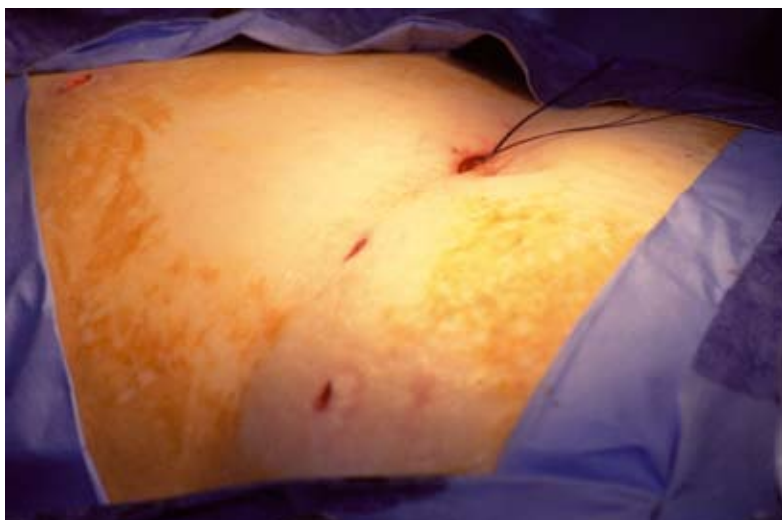
Afgesproken bedrag

Al tientallen jaren is bekend dat er een directe relatie is tussen de wijze van bekostiging en het volume. Budgetfinanciering drukt de productie, bekostiging per verrichting of behandeling stimuleert die juist.^{5 6} Met de stelselwijziging poogt de overheid het budgettaire keurslijf voor ziekenhuizen en specialisten op te heffen en te vervangen door productfinanciering. Voor de behandeling van een patiënt met een liesbreuk staat een afgesproken bedrag (de DBC), waaruit het ziekenhuis de operatie, de verpleging, de medicatie en de tijd van specialisten moet betalen.

Productfinanciering in de zorg is wereldwijd in opmars. Het stimuleert zorgorganisaties tot een efficiënte inzet van middelen. De zorgorganisaties hebben immers geen baat bij onnodige herhaalbezoeken, onnodig gebruik van medicatie of patiënten die te lang een bed bezet houden. De organisatie krijgt betaald voor wat wordt gedaan en voor wat ertoe doet: geen individuele verrichtingen, maar afgeronde zorgtrajecten.⁷ Maar productfinanciering is ook een vorm van betalen per behandeling: iedere patiënt bij wie de oogarts besluit tot een cataractoperatie, betekent extra inkomsten. En dus kan productfinanciering ook het volume opdrijven. Een stijgend volume leidt tot hogere kosten en dus tot een hogere premie voor verzekeren. Maar daarvoor heeft de verzekeraar anno 2008 beperkt aandacht. Door allerlei overgangsmaatregelen lopen verzekeraars weinig risico op een stijging van de uitgaven voor medisch-specialistische zorg. Bovendien willen zorgverzekeraars dat hun verzekerden snel worden geholpen.

Cholecystectomieën vinden in de ene regio vijftienmaal vaker plaats dan in de andere.

beeld: ANP



1. Praktijkvariatie medisch-specialistische zorg

type interventie	variatie tussen regio's*
coronaire bypassoperatie	factor 3
percutane coronaire interventie	factor 4
opnamen voor lagerugpijn	factor 80
cholecystectomie	factor 15
opname voor heelkunde	factor 2
opname voor gynaecologie	factor 6
hysterectomie	factor 8

Praktijkvariatie in de medisch-specialistische zorg in Nederland.

Bron: RVZ 2004

* Extreme waarden zijn buiten beschouwing gelaten.

Dit lijkt tot een impasse te leiden: voorspelbare volumestijgingen, met voorspelbaar ongewenste kosteneffecten en een al even voorspelbare groei van niet-gepaste zorg (overgebruik). Dat dit voor het stelsel, de samenleving en voor individuele patiënten ongewenst is, is duidelijk.

Vergelijkbare klachten

Moeten we dan terug naar budgetfinanciering? Nee. We moeten grip krijgen op de praktijkvariatie. John Wennberg beschreef in de jaren tachtig de grote verschillen (praktijkvariatie) in zorggebruik tussen Noord-Amerikaanse ziekenhuisregio's, die niet worden verklaard door regionale verschillen in de zorgbehoefte. Tussen twee ziekenhuizen kan de kans om

bij vergelijkbare klachten een hysterectomie te ondergaan wel verschillen met een factor vijf.

De verklaring hiervoor is de 'practice style factor', aldus Wennberg. Ofwel de gewoonten die zich lokaal (per groep samenwerkende specialisten, of per indi-

vidu) ontwikkelen bij het stellen van indicaties voor behandeling en diagnostiek.^{8 9}

Praktijkvariëaties komen vooral voor bij aandoeningen waarbij indicatiestellingen niet zwartwit zijn. Denk bijvoorbeeld aan een relatief gezonde patiënt met een versleten heup, waarbij niet helder is of en wanneer er moet worden geopereerd. Bij aandoeningen die gevoelig zijn voor praktijkvariatie drukken de persoonlijke voorkeuren van individuele vakgroepen of specialisten een groot stempel op de indicatiestelling, en daarmee op het volume.

Het gaat niet om kleine verschillen. Bij totale heupoperaties kan het bijvoorbeeld gaan om een verschil van een factor vier. Overigens zijn de zorguitkomsten van de 'grootgebruikers' niet beter. In de VS lijkt er zelfs sprake van een omgekeerde relatie.¹⁰⁻¹² De consequenties voor de kosten én de kwaliteit van de zorg zijn enorm.

Borstsparende chirurgie

We weten in Nederland veel over de variatie in voorschrijf- en doorverwijsgedrag bij huisartsen, maar relatief weinig over praktijkvariëaties in de medisch-specialistische zorg.¹³ Wel lijkt de regionale variatie de afgelopen twintig jaar af te nemen.¹⁴ En we weten dat er, net als elders in de wereld, grote verschillen bestaan in de mate en snelheid waarmee specialisten best practices overnemen, zoals bijvoorbeeld voor borstsparende chirurgie bij borstkanker.¹⁵ We weten ook dat we in Nederland relatief veel opereren voor rughernia: zesmaal zo vaak als in Schotland en ruim tweemaal zo vaak als in Zweden.¹⁶

In 2004 heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) een onderzoek laten uitvoeren. Daarbij kwamen variaties tussen regio's naar voren die niet onderdeden voor die in de VS.¹⁷ Ook in Nederland zijn de verschillen zo groot dat ze niet kunnen worden verklaard door verschillen in patiëntkenmerken (zie tabel 1). Uit het RVZ-onderzoek bleek overigens ook dat het niet zo is dat de variatie bij de coronaire interventies komt doordat in de ene regio meer wordt gedotterd en dat in een andere regio meer bypasses worden verricht. In tegendeel: waar veel wordt gedotterd, worden ook veel bypasses verricht.

Elke interventie draagt een risico met zich mee. Bij variatie van deze omvang kan het niet anders of er is sprake van overgebruik. Waar ruim bovengemiddeld galblazen en baarmoeders worden verwijderd, zullen zeer waarschijnlijk patiënten onnodig risico lopen en worden onnodige kosten gemaakt. Maar ook zal er na jaren budgettering in Nederland sprake kunnen zijn van ondergebruik, waarbij onterecht niet wordt geïntervenieerd. Waar precies de bandbreedte van 'gepast gebruik' ligt, weten we meestal niet en dat is een grote ommissie.

Grip

De kostenstijgingen in de ziekenhuiszorg als gevolg van de liberalisering vallen in het niet bij de verschillen tussen regio's in zorggebruik: geen 10 procent, maar vele tientallen tot hon-

In regio's waar specialisten meer dotteren, worden ook meer bypasses verricht



De literatuurlijst vindt u onder de digitale versie van dit artikel op www.medischcontact.nl.

derden procenten. Meer grip op deze ‘*practice style factor*’, is de manier om ook grip te krijgen op de productfinanciering. In de literatuur is terug te vinden welke aandoeningen gevoelig zijn voor praktijkvariatie (zie *tabel 2*).

De DBC's in het B-segment (waar de budget-systematiek het eerst wordt losgelaten) blijken gevoelig voor praktijkvariatie. Eerder is al vastgesteld dat productfinanciering volumestijgingen in de hand werkt.

Inspectie

Wat nu te doen? Het antwoord is eenvoudig: transparantie en onderzoek. En vervolgens zowel ziekenhuis, specialist en verwijzer aanspreken op mogelijk over- of ondergebruik.

Een eerste stap is het zichtbaar maken van de regionale praktijkvariatie van DBC's die daarvoor gevoelig zijn en enige omvang hebben. Omdat deze informatie vanuit efficiëntie-alsook vanuit kwaliteitsoogpunt belangrijk is, kan zij worden toegevoegd aan de aandoenings-specifieke indicatoren die onder regie van de inspectie worden ontwikkeld. De wetenschappelijke verenigingen moeten hierin een sleutelrol spelen. Het ligt voor de hand hierbij de groeiende groep interventies te betrekken waarbij een ruime hoeveelheid ervaring is gerelateerd aan betere uitkomsten.¹⁸⁻²⁰

Ten tweede moet bij aandoeningen en/of interventies met een grote praktijkvariatie onderzoek worden gedaan naar de ‘bandbreedte’ van

2. Gevoeligheid voor praktijkvariatie

aandoening/interventie	variatie van wat?	praktijkvariatiegevoeligheid	DBC-segment
totale heup	operatieve interventie	++	B
totale knie	operatieve interventie	++	B
mammacarcinoom	type operatieve interventie	++	B
CVA	opname	-	B
cholecystectomie	operatieve interventie	++	B
myocardinfarct/angina pectoris	PCI en CABG	++	A
zwangerschap en bevalling	opname en interventie	++	A/B
heupfractuur	operatieve interventie	-	A
cataract	operatieve interventie	++	B
COPD	opname	++	A
liesbreuk	operatieve interventie	+	B
hartfalen	opname	++	B
otitis media	operatieve interventie	+++	B
colon of rectumcarcinoom	operatieve interventie	+	A
meniscuslaesie	operatieve interventie	+++	B
peripheral artery occlusive disease	operatieve interventie	++	B
appendicitis	operatieve interventie	+	A
pneumonie	opname	++	A
hernia nuclei pulposi (HNP)	operatieve interventie	++	B
benigne prostaathyperplasie (BPH)	operatieve interventie	+++	B
incontinentie/prolaps	operatieve interventie	++	B
ziekten van adenoïd en tonsillen	operatieve interventie	+++	B
diverticulose	operatieve interventie	++	A
diabetes	opname	+ / ++	B

Praktijkvariatiegevoeligheid van top-DBC's in Nederland; DBC's die relatief kostbaar zijn en/of veel voorkomen. De DBC's voor deze aandoeningen zijn gezamenlijk goed voor bijna een kwart van de kosten van de ziekenhuiszorg.

In Nederland opereren we bij hernia nucleii pulposi zesmaal vaker dan in Schotland.


beeld: iStockphoto



gepast gebruik. Op basis van bestaande richtlijnen, literatuur en analyse van bijvoorbeeld gegevens van de Landelijke Medische Registratie is het mogelijk hiervoor snel aanwijzingen te vinden.

Vervolgens moeten ziekenhuizen en specialisten in wiens adherentiegebied voor deze ingrepen sprake is van een duidelijk onder- of overgebruik daarop worden aangesproken - door elkaar, de wetenschappelijke verenigingen, universiteiten, maar ook door patiëntenverenigingen, verzekeraars en/of de inspectie. Volgen de specialisten de evidence en/of de richtlijn adequaat? En als de kosten die gepaard gaan met de geconstateerde variatie significant zijn, kan het ziekenhuis dan aantonen dat de patiëntuitkomsten optimaal zijn? Wellicht ligt het landelijk gemiddelde zelf aantoonbaar te hoog of te laag? Idealiter komen wetenschappelijke verenigingen proactief met uitspraken over de grenzen waarbuiten de variatie specifieke uitleg behoeft of onaanvaardbaar is. Ten slotte zou de verzekeraar gepast gebruik financieel kunnen bevorderen en de eerste lijn financieel kunnen stimuleren om overgebruik van de tweede lijn tegen te gaan (de huisarts als poortwachter). Het is voor de verzekeraar zeer interessant om hiertoe iets meer in de eerste lijn te investeren en zo kosten voor vermijdbare ziekenhuiszorg uit te sparen.

Ondergeschoven kindje

'Volume' is een ondergeschoven kindje in de discussies over het nieuwe zorgstelsel. Bij toenemende liberalisatie ontstaat er - terecht - zorg over toenemend overgebruik. De dreiging van dit fenomeen valt echter in het niet bij de praktijkvariatie in het systeem. Aandacht hiervoor dringt ongefundeerde variatie terug en stimuleert dat alleen zorg wordt verleend die van toegevoegde waarde is voor patiënt en samenleving. 

veldwerk

Superdoctor

Vriend en collega Dolf Algra wees ons op de RTL 4 docusoap Supernanny. Voor wie nooit naar 'de commerciëlen' kijkt: het betreft hier een uit de kluiten gewassen maatschappelijk werkster die vastgelopen jonge gezinnen uit de problemen helpt. Kern van haar werk is dat ze de ouders duidelijk maakt dat het niet normaal is dat kinderen hun ouders schoppen. Of gillend de supermarkt terroriseren. Of... vul maar in.

We hebben naar aanleiding van Algra's observatie een vrolijk uurtje doorgebracht met Superdoctor. De bedrijfsarts, die voor de camera laat zien hoe hij (of zij) de meest idiote arbeidsverhoudingen aanpakt. De chef knipt in het weekend personeelsadvertenties uit voor een afgebrande medewerker. De bedrijfsarts bespreekt - paradoxaal - met de chef alle ontslagmogelijkheden, totdat deze begrijpt dat er eerst een gesprek moet worden gevoerd.

De collega's bestoken elkaar vanuit naast elkaar gelegen werkkamers met venijnige e-mails. De bedrijfsarts probeert - tevergeefs - een gesprek te arrangeren tussen beiden en de baas. Tevergeefs, want alle partijen vinden dat er 'niets te bespreken' valt. De hooggeplaatste vraagt de bedrijfsarts 'iets te doen' aan de epilepsie van zijn secretaresse, nadat ze op het werk een insult heeft gekregen. De bedrijfsarts biedt - vilein - aan om haar op te roepen, op voorwaarde dat de leidinggevende zelf vertelt wat hij aan de bedrijfsarts heeft gevraagd. U kunt gemakkelijk invullen dat Superdoctor kennelijk veel tijd besteedt aan het organiseren van normale gesprekken over ziekte, gezondheid en gedrag. Nederlandse leidinggevendenden hebben de laatste jaren met succes leren praten over verzuim. Nu nog een volwassen gesprek over ziekte en gezondheid. Daarna gaan we praten over leiderschap.

Jan Maasen,
bedrijfsarts

SAMENVATTING

- De verschuiving van budget- naar product-financiering werkt een stijging van het volume in de hand en daarmee van de kosten.
- Toch zijn deze kostenstijgingen beperkt in vergelijking tot de kosten die worden veroorzaakt door de kosten van ingrepen die eigenlijk niet nodig zijn.
- Door transparant te zijn over de variaties in zorggebruik per regio en door aanbieders aan te spreken op onder- of overgebruik, neemt de praktijkvariatie af en het gepast gebruik toe.

Referenties

1. Boo A. de, Kuenen JW, Liberalisatie en groei. Eerste indicatie van kostengroei in de ziekenhuiszorg binnen het geliberaliseerde B-segment. 2008: Vektis & The Boston Consulting Group.
2. Rosenberg E, Nierstenen gezocht, NRC Handelsblad. 2008.
3. Gupta Strategists, B-segment: Onderzoek naar belangrijkste ontwikkelingen 2008, Utrecht: NVZ Vereniging van Ziekenhuizen.
4. NVZ Nieuws 24 april 2008 nummer 15.
5. Cutler DM, Your Money or Your Life. Strong Medicine for America's Health Care System. 2004, New York: Oxford University Press.
6. Schut E, De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfalen en overheidsfalen in de gezondheidszorg. Oratie. 2003, Rotterdam: Erasmus Universiteit.
7. Porter ME, Teisberg EO. Redefining Health Care. Creating Value-Based Competition on Results. 2006, Boston: Harvard Business School Press. 64-76.
8. Wennberg JE. Dealing with Medical Practice Variations: a Proposal for Action. Health Affairs, 1984. 3: p. 6-32.
9. Wennberg JE, Barnes B, Zubkoff M. Professional Uncertainty and the Problem of Supplier-Induced Demand. Soc Sci Med, 1982. 16: p. 811-24.
10. Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, and Pinder EL. The Implications of Regional Variations in Medicare Spending. Part 2: Health Outcomes and Satisfaction with Care. Ann Intern Med, 2003. 138(4): p. 288-298.
11. Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, and Pinder EL. The Implications of Regional Variations in Medicare Spending. Part 1: The Content, Quality, and Accessibility of Care. Ann Intern Med, 2003. 138(4): p. 273-287.
12. Leatherman S, McCarthy D. Quality of Health Care for Medicare Beneficiaries: A Chartbook. Vol. 815. 2005, New York: The Commonwealth Fund.
13. Cardol M, Dijk L. van, Jong J. de, Bakker D. de, Westert G. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter? 2004, Utrecht/Bilthoven: Nivel/RIVM.
14. Westert GP. Geographical Variations in Surgery: Outpatient versus Inpatient Treatment. Revue médicale de l'assurance maladie, 2002. 33(1): p. 45-49.
15. Gort M, Broekhuis M, Otter R, Klazinga NS. Improvement of best practice in early breast cancer: actionable surgeon and hospital factors. Breast Cancer Res Treat, 2007. 102(2): p. 219-26.
16. Gezondheidsraad, Diagnostiek en behandeling van het lumbosacraal radiculair syndroom. Vol. Publicatie nr. 18. 1999, Den Haag: Gezondheidsraad.
17. Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, Gepaste Zorg. 2004, Zoetermeer.
18. Heintz PF, Vernooij F, Witteveen E, Graaf Y. van der, Concentratie loont. Behandeling ovariumcarcinoom in Nederland onder de maat. Medisch Contact, 2008. 63: p. 800-3.
19. Billingsley KG, Morris AM, Dominitz JA, Matthews B, Dobbie S, Barlow W, Wright GE, Baldwin LM. Surgeon and Hospital Characteristics as Predictors of Major Adverse Outcomes Following Colon Cancer Surgery: Understanding the Volume-Outcome Relationship. Arch Surg, 2007. 142(1): p. 23-31.
20. Kievit J, Legemaate J. Statistiek fluit de volumenorm terug. Aantal verrichtingen geen optimale maat voor kwaliteit chirurgie. Medisch Contact, 2005. 60: p. 1307-10.