

Verzekeraar houdt stoelendans en haalt ineens vier stoelen weg

CZ-aanpak nekt kleine ziekenhuizen

dr. Hans Verheul,
cardioloog, Flevoziekenhuis

Correspondentieadres:
jverheul@flevoziekenhuis.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

CZ zegt met haar voorkeursbeleid patiënten te willen helpen bij het kiezen van goede borstkankerzorg. In werkelijkheid zal de 'zwarte lijst' vooral leiden tot minder keus, vooral buiten de Randstad.

Zorgverzekeraar CZ kondigde in september aan geen rekeningen meer te betalen voor borstkankerzorg in zes 'slechte' ziekenhuizen. Volgens de CZ-normen is een ziekenhuis gewoon 'slecht' als er minder dan 70 borstkankeroperaties per jaar worden uitgevoerd. Ziekenhuizen met 70 tot 150 ingrepen scores 'matig' en 'krijgen het zwaar aan de onderhandelingstafel'. Ziekenhuizen die meer dan 150 operaties per jaar uitvoeren zijn 'goed'

of 'best', afhankelijk van het gemiddeld aantal ingrepen per chirurg per jaar (minder of meer dan 30), de snelheid waarmee de diagnose wordt gesteld, de wachttijden en de patiëntenbeoordeling.

De SAZ vereniging van samenwerkende algemene ziekenhuizen vond deze volumenorm willekeur, voorzag reputatieschade en stapte naar de rechter voor een publicatieverbod van de zogenaamde 'zwarte lijst' van CZ. Na een verplichte adempauze voor hoor en wederhoor verscheen deze lijst op 15 oktober alsnog op de website van CZ, met aangepaste kwalificaties. Zo werd 'matig' veranderd

in 'kan beter'. En uiteindelijk stonden er maar vier ziekenhuizen op die 'te ver achterblijven' en niet worden gecontracteerd.

Ieder zijn eigen norm

Inmiddels was er al grote commotie ontstaan. De NVZ vereniging van ziekenhuizen en de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde vinden dat CZ onzorgvuldig te werk is gegaan. Ook de BorstkankerVereniging Nederland (BVN), samenwerkende Nederlandse oncologen en de Orde van Medisch Specialisten hebben forse kritiek. De organisaties zijn bezorgd dat iedere partij zijn eigen normen gaat hanteren. CZ geeft toe dat er voor de volumenormen geen keihard bewijs bestaat, maar verwijst naar een recent rapport van KWF Kankerbestrijding. Tegelijkertijd blijkt dat sommige ziekenhuizen ondanks het lage aantal operaties goed scoren op andere prestatie-indicatoren, zoals het aantal gespecialiseerde chirurgen en het percentage achtergebleven tumorresten. CZ heeft wel geprobeerd om deze hardere indicatoren te gebruiken bij haar voorkeursbeleid, maar heeft dat uiteindelijk niet gedaan.

Een andere harde indicator is het percentage recidief borstkanker binnen vijf jaar, maar dat lijkt CZ geen bruikbare norm. Bij groot Nederlands onderzoek bleek immers het aantal recidieven laag, gemiddeld 2,6 procent. Het resultaat is dus te goed om hiermee ziekenhuizen te vergelijken.

Bezuiniging

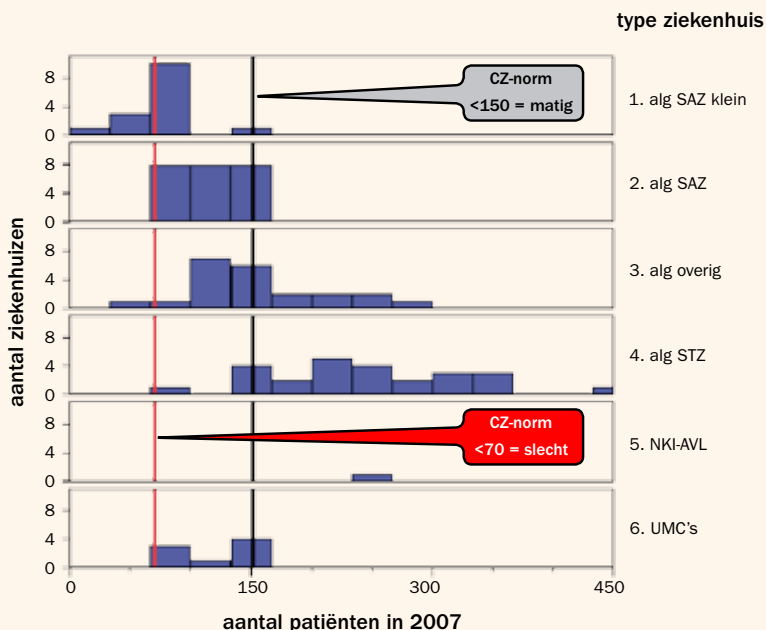
De laatste drie jaar betrof de totale borstkankerzorg ongeveer 100 duizend ziekenhuisopnames.

CZ geeft toe dat voor de volumenormen geen keihard bewijs bestaat.

beeld: Melin Daleman, HH

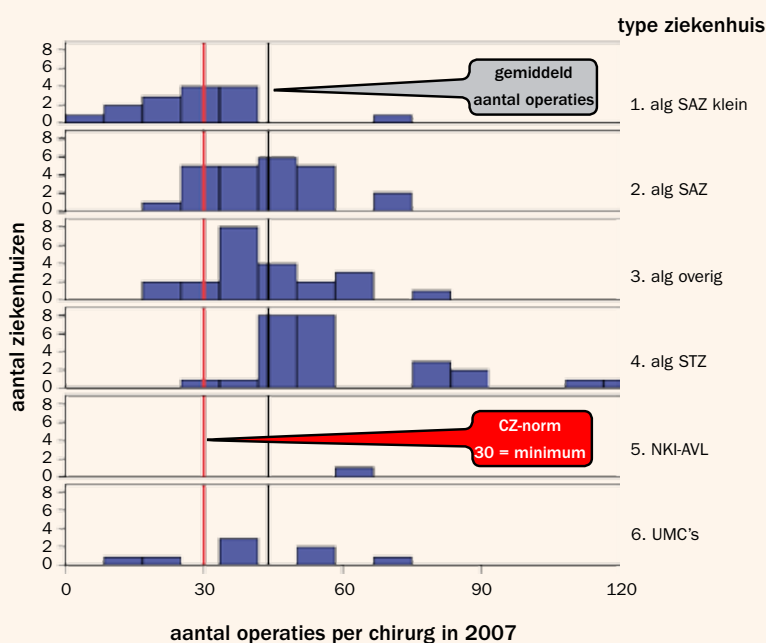


1. Aantal operaties per categorie ziekenhuizen



De verdeling van aantallen operaties in de verschillende groepen ziekenhuizen: 1. kleine algemene ziekenhuizen (lid van SAZ); 2. overige algemene ziekenhuizen (lid van SAZ); 3. overige algemene ziekenhuizen; 4. algemene ziekenhuizen (lid van STZ); 5. NKI-AVL; 6. de acht academische ziekenhuizen.

2. Aantal operaties per chirurg



De verdeling van het gemiddeld aantal operaties per chirurg per jaar in de verschillende groepen ziekenhuizen (zie figuur 1 voor uitleg over de categorieën).

De helft is dagverpleging. Ruim 50 duizend operaties werden in deze periode uitgevoerd, een kleine twee derde in opzet borstsparend. Het voorkeursbeleid van CZ lijkt met uitsluiting van vier 'te ver achterblijvende' ziekenhuizen maar een fractie van de patiënten te helpen. Waar gaat dit over?

In een uitzending van Pauw en Witteman op 27 september kreeg CZ-bestuursvoorzitter Wim van de Meeren de vraag voorgelegd of er ook een 'bezuinigingsdoelstelling' bestond. Het antwoord was ja. Met de gegevens van de IGZ over aantal chirurgen en de operatiegegevens wordt snel duidelijk waar de klappen gaan vallen: bij de kleinere ziekenhuizen.

De periode 2007 tot 2009 toont een consistent beeld van de ervaring van ruim 300 chirurgen met ongeveer 14.000 operaties per jaar. De figuren tonen de verband tussen ziekenhuisgrootte en deze ervaring in 2007. De algemene ziekenhuizen worden verdeeld in vier groepen: 37 leden van de SAZ (gemiddelde omzet in 2008 71 miljoen), verder onderverdeeld in een groep allerkleinsten en een groep overige kleine algemene ziekenhuizen, 26 leden van de grote Stichting Topklinische Ziekenhuizen (omzet 223 miljoen) en de 22 overige algemene ziekenhuizen (omzet 132 miljoen). De 8 universitaire centra vormen een aparte categorie en het Nederlands Kanker Instituut-Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis (NKI-AVL) ook.

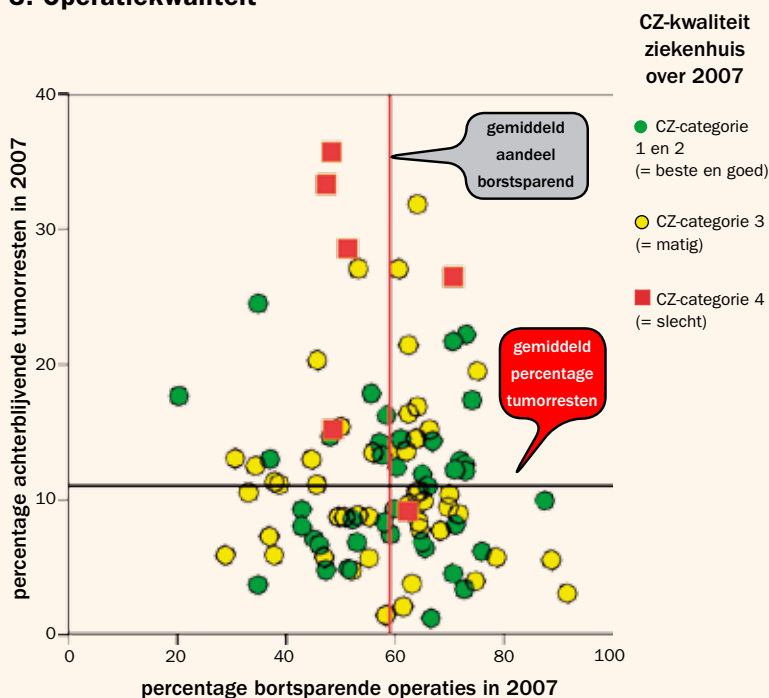
In figuur 1 wordt de verdeling getoond van de aantallen operaties. Er valt onmiddellijk een schaafeffect op. De kleinste ziekenhuizen komen deels niet aan de vereiste aantallen. Figuur 2 toont de verdeling van het gemiddelde aantal operaties per chirurg. De gemiddelde chirurg heeft in 2007 46 operaties uitgevoerd.

*Wat als iedereen naar
het beste ziekenhuis wil?*



De meest ervaren chirurgen werken vanzelfsprekend in de grotere ziekenhuizen. Andersom geldt dit echter niet; niet ieder groot ziekenhuis heeft 'ervaren' chirurgen, zoals sommige universitaire centra. Ongeveer 1 op de 5 ziekenhuizen haalt niet de CZ-norm van 30 operaties per chirurg per jaar.

3. Operatiekwaliteit



Het aandeel borstsparende operaties (gemiddeld 59%) en de kans op achterblijvende tumorresten (gemiddeld 11%) per ziekenhuis. De ziekenhuizen zijn ingedeeld volgens de CZ-volumenorm: slecht (categorie 4), matig (categorie 3), goed of best (categorie 1 en 2). Het kwadrant rechtsonder toont de ziekenhuizen die bovengemiddeld scoren op beide criteria.


is aantrekkelijk voor de zorgverzekeraar om de lat dan zo hoog mogelijk te leggen en ieder jaar nog hoger. Dit lijkt op een stoelendans waarbij CZ gewoon vier stoelen heeft weggenomen. En er volgen meer stoelen. Uiteindelijk zal er stomweg geen plaats meer zijn voor kleine ziekenhuizen.

Ingrijpende gevolgen

Figuur 3 toont de ziekenhuizen, ingedeeld volgens de CZ-volumenormen, met hun aandeel borstsparende operaties (gemiddeld 59%) en de kans op achterblijvende tumorresten (gemiddeld 11%). Slechts 8 van de 'goede' of 'beste' ziekenhuizen (20%) scoren bovengemiddeld op beide criteria. Overigens geldt dit ook voor 1 van de 6 'slechte' ziekenhuizen (17%). Helaas scoren 8 topziekenhuizen (20%) voor beide criteria onder het gemiddelde. Het is niet gezegd dat deze 8 ziekenhuizen geen topkwaliteit leveren, maar dat geldt misschien ook voor het 'matige' ziekenhuis in de buurt.

Er is dus reden genoeg om te twijfelen aan het belang van de CZ-norm. Daarover bestaat ook veel discussie. Maar nog belangrijker zijn de gevolgen van het voorkeursbeleid. Die kunnen ingrijpend zijn. Zo tellen de drie noordelijk provincies maar één 'beste' ziekenhuis. Moeten de inwoners van deze provincies straks ver gaan reizen? En wat als iedereen in het allerbeste ziekenhuis van Nederland wil worden behandeld? Verder is het de vraag of de verzekeren instemmen met de mogelijke sluiting van lokale ziekenhuizen, zoals dreigt in Den Helder, Dokkum, Hoogeveen of Boxmeer. Welke positie kiest de nieuwe minister van VWS als het zover komt? Zal zij de kleinere ziekenhuizen steunen zoals haar voorganger de IJsselmeerziekenhuizen? En wie betaalt uiteindelijk de rekeningen?

Minder keus

CZ heeft de opinie mee. Iedereen kiest voor kwaliteit, iedereen kiest voor transparantie. En het lijkt natuurlijk goed dat CZ de kwaliteitslat hoog wil leggen. Maar het gaat ondertussen wel over de inkoop van zorg en eigenlijk wordt bedoeld: de prijs moet lager. Het lijkt ook vriendelijk dat de verzekeraar de patiënt wil ondersteunen bij het maken van keuzes, maar daarmee wordt eigenlijk bedoeld: de patiënt krijgt minder keus. 

SAMENVATTING

- Op basis van vooral aantallen operaties heeft zorgverzekeraar CZ eigen normen opgesteld voor de kwaliteit van borstkankerzorg. Hierop is veel kritiek vanwege de willekeur.
- Vooral de kleine ziekenhuizen krijgen te maken uitsluiting of kortingen door het voorkeursbeleid bij de zorginkoop, waardoor hun voortbestaan wordt bedreigd.
- De waarde voor de patiënt is in veel gevallen onduidelijk.

Kwetsbaar

CZ heeft een punt dat er een minimumvolume nodig is voor een zekere kwaliteit. Maar het voorkeursbeleid van CZ gaat ervan uit dat zo'n 60 procent van de ziekenhuizen slecht of matig is. Kleinere ziekenhuizen kunnen onmogelijk goed of best scoren. En dat klopt niet. Ziekenhuizen zijn soms klein omdat zij een geografisch bepaald, klein verzorgingsgebied hebben. Er is geen concurrentie mogelijk. Alle volumes blijven klein. Op ieder zorgtype scoort een klein ziekenhuis dan slecht. Als iedere zorgverzekeraar een voorkeursbeleid gaat voeren, zijn er snel aanzienlijke productieverliezen te verwachten. Dat terwijl de kleine ziekenhuizen kwetsbaar zijn doordat ze maar kleine financiële marges hebben.

De zorgverzekeraar kan door uitsluiting van slechte ziekenhuizen – met een bonus-malus-systeem bij zogenaamde matige kwaliteit en met kwantumkortingen bij de zorginkoop van extra productie – een belangrijk financieel voordeel halen met behoud van kwaliteit. Het



Eerdere MC-artikelen over de CZ-kwestie vindt u in het dossier Volumenorm CZ op www.medischcontact.nl.