



beeld: Gettyimages

Specialisatie werkt alleen als alle verzekeraars dezelfde keuzen maken

# Voordelen van concentratie overschat

Chris Wiggers,  
ambtelijk secretaris

Binso Wymenga,  
voorzitter

Vereniging van Samenwerken-  
de Algemene Ziekenhuizen

Beiden schreven dit artikel op  
persoonlijke titel.

Correspondentieadres:  
cwiggers@zuwehofpoort.nl;  
c.c. redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling  
gemeld.

Specialisatie van ziekenhuizen zou leiden tot een beheerste kostenontwikkeling en verbetering van kwaliteit. Maar de minister rekent zich te rijk. De beoogde winst door het schaalvoordeel is niet realistisch.

**V**olgens minister Schippers is specialisatie de oplossing om de ziekenhuiszorg betaalbaar te houden. Ze gaf in het tv-programma Knevel en Van den Brink het voorbeeld van de concentratie van de behandeling van alvleesklierkanker in Brabant: daardoor was de postoperatieve sterfte teruggebracht van

24 procent naar 4 procent. Dit bracht haar tot de stelling: specialisatie leidt tot meer kwaliteit en doelmatigheid.

Voor de zomervakantie werd hierover een hoofdlijnenakkoord gesloten tussen verzekeraars, ziekenhuizen en het ministerie. Inmiddels heeft Zorgverzekeraars Nederland met

zijn uitspraak dat verzekeraars geen 2,5 maar 0 procent ruimte voor volumegroei zullen hanteren, zoals in het akkoord is afgesproken, een bom gelegd onder het akkoord. Ook wij schatten de mogelijkheden van de bedrijfstak ziekenhuizen om zich verder te verbeteren en steeds doelmatiger te werken positief in. Maar we moeten deze verwachtingen realistisch benaderen.

#### Hoe nieuw is specialisatie?

Alle ziekenhuizen in Nederland zouden hetzelfde doen. Dat is natuurlijk niet zo. De verschillen zijn echter met de huidige beschrijvingswijze van patiëntenzorg en diagnoses (DBC's en DOT) moeilijk vast te stellen. In academische en topklinische ziekenhuizen worden andere patiënten behandeld dan in algemene ziekenhuizen; voor 15 tot 20 procent van alle patiënten in Nederland geldt dat deze niet in een algemeen ziekenhuis kunnen worden behandeld, maar voor diagnose en behandeling aangewezen zijn op een academisch of topklinisch ziekenhuis. Dat

heeft alles te maken met de complexiteit van te behandelen ziektebeelden en het doelmatig inzetten van dure faciliteiten. Naast deze specifieke patiëntengroepen behandelen academische en topklinische ziekenhuizen overigens ook minder gecompliceerde patiënten.

#### Specialisatie en kwaliteit

Actueel zijn de *high risk*-behandelingen. De IGZ rekent tot *high risk, low volume*: operaties vanwege slokdarmkanker, alvleesklierkanker, blaaskanker, eierstokkanker, levermetastasen en hoofd-halstumoren. De inspectie hanteert hierbij als norm dat een ziekenhuis minimaal twintig van deze operaties per jaar moet verrichten. Bij de *high risk, high volume*-behandelingen gaat het volgens de IGZ om borstkanker, prostaatkanker, dikkedarmkanker en longkanker. De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) en de Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU) hebben hiervoor begin 2011 volumenormen opgesteld.

Het merendeel van de SAZ ziekenhuizen (SAZ is de vereniging van ruim veertig samenwerkende algemene ziekenhuizen) en overigens ook veel andere ziekenhuizen doen de *high risk, low volume*-operaties niet zelf. Na een inventarisatie door Agis/Achmea is het aantal ziekenhuizen dat deze operaties niet langer doet, verder toegenomen. Voor deze ingrepen is de specialisatie/concentratie dus al vrijwel maximaal (zie de tabel).

Leidt het opschroeven van die volumenormen tot betere resultaten in termen van heroperaties, complicaties of overlevingskansen (uitkomsten)?

Tot een bepaald volume is er sprake van een toename van de kwaliteit.<sup>1</sup> Daarna vlakkt die toename geleidelijk af. Het is zelfs mogelijk dat de uitkomst bij te veel routine weer minder wordt.<sup>2,3</sup> Er is dus een grenswaarde, een minimaal volume aan te geven – zeker als het gaat om complexe behandelingen. Maar het valt te bezien of de kwaliteit van de ingreep met een verdere vergroting van het volume nog verder toeneemt.

Verzekeraars hebben aangegeven dat ze ook veel voorkomende behandelingen, zoals operaties aan heupen, knieën, cataracten, liesbreuken, varices en dergelijke, per regio in één of in enkele ('beste') ziekenhuizen willen concentreren. Welke aanwijzingen zijn er dat een verdere volumevergroting van deze behandelingen tot een hogere kwaliteit zal leiden? Onderzoek van Ross laat zien dat er voor hartfalen, hartinfarct en longontsteking een positief verband is tussen volume en uitkomst van zorg, maar slechts

## Tot een bepaald volume is er sprake van kwaliteitstoename

Wat doen ziekenhuizen zelf?		
	algemene ziekenhuizen	overige ziekenhuizen
mamma	100,0%	100,0%
colorectaal	100,0%	100,0%
longcarcinoom	45,0%	92,2%
levermetastase	12,5%	60,8%
oesophagus	15,0%	54,9%
aneurysma	72,5%	98,0%
cystectomie	57,5%	92,2%

Percentage ziekenhuizen dat de operatie zelf doet.

Bron: inventarisatie Agis/Achmea, maart 2011.





tot een bepaald volume.<sup>4</sup> Ander onderzoek leidt tot vergelijkbare conclusies.<sup>1-3</sup> Boven dat volume wordt de uitkomst niet beter, een vergelijkbaar resultaat als voor de meer complexe, minder vaak voorkomende behandelingen. In Nederland, met internationaal gezien 'grote' ziekenhuizen wordt het minimale volume voor deze behandelingen in de meeste ziekenhuizen al gehaald.

#### Kwaliteitsbepalend

Dat voor goede zorg concentratie en specialisatie geen noodzakelijke randvoorwaarde zijn blijkt bijvoorbeeld ook uit het artikel van Verreussel.<sup>5</sup>

Verdere specialisatie voor vaker voorkomende ziekenhuisbehandelingen hoeft dus niet tot een betere zorguitkomst te leiden. Zoals gezegd geldt dat niet voor de minder vaak voorkomende *high risk*-behandelingen, maar die zijn al in belangrijke mate geconcentreerd. Overigens zijn alle deskundigen het erover eens: volume is zeker niet de enige kwaliteitsbepalende factor. Ook aan andere factoren moet blijvend aandacht besteed worden: organisatie van het proces, registraties en audits (bijvoorbeeld de Dutch Surgical Colorectal Audit). De signaleringscommissie Kanker van KWF kankerbestrijding constateert een relatief grote variatie op ziekenhuisniveau in kwaliteit en verbindt daaraan de conclusie dat concentratie van oncologische zorg op basis van volume, specialisatie en infrastructuur niet zonder meer zal leiden tot kwaliteitsverbetering.<sup>6</sup>

#### Kosten en volume

Een verbetering van de kwaliteit in termen van vermindering van complicaties en heroperaties leidt tot meer doelmatigheid. We constateerden hiervoor dat volume daarin waarschijnlijk niet zo'n grote rol speelt. De vraag is dan in hoeverre er sprake is van andere schaalvoordelen bij specialisatie.

Bij een stijging van volume nemen de gemiddelde kosten af totdat een nieuwe productie-eenheid in gebruik moet worden genomen. Door meer volume worden de gemiddelde kosten dan niet meer lager. Dat is ook wel te verklaren: de organisatie wordt groter, er is meer management nodig, meer overdrachtsmomenten, strakkere coördinatie en communicatie.

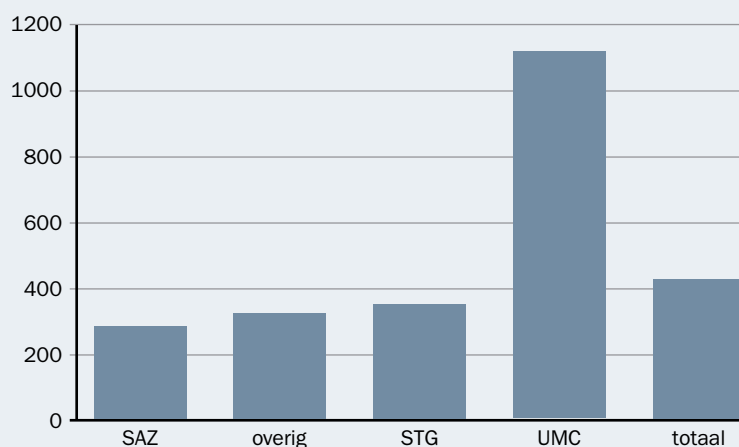
De *figuur* geeft een overzicht van de kosten per gewogen patiënteenheden naar type ziekenhuis. Deze figuur wijst in dezelfde richting: een grotere organisatie of meer volume leidt niet (automatisch) tot lagere kosten.

Twee opmerkingen hierbij: een ziekenhuis, ook een kleiner ziekenhuis, is een zeer complexe organisatie. Allerlei ondersteunende functies en voorzieningen (van radiologie, ok-complex, ic, laboratorium, apotheek tot management en administratie) worden voor alle door het ziekenhuis aangeboden typen zorg gebruikt. Daardoor is de bezetting van deze ondersteuning optimaal. Valt door specialisatie een (aanzienlijk) deel van deze zorg weg dan gaat op korte termijn de bezetting omlaag zodat de kosten van de resterende zorg per eenheid omhoog gaan. Een tweede opmerking: op termijn moet daardoor capaciteit verplaatst worden: het reduceren van capaciteit gaat gepaard met liquidatieverlies (verlies dat ontstaat bij het buiten gebruik stellen van voorzieningen: de economische waarde wordt daardoor minder) en elders dient aanvullende capaciteit te worden gerealiseerd.

#### Samenhangende zorg

Het ziekenhuis gaat steeds meer te maken krijgen met patiënten met multimorbiditeit. Een (oudere) patiënt die voor een oogoperatie komt, heeft ook cardiale problemen en diabetes; een oncologiepatiënt heeft ook parkinson en osteoporose. Als specialisatie in sterke vorm wordt doorgevoerd, kan dat ertoe leiden dat die patiënt, die nu nog op één locatie terecht kan, voortaan voor het ene deelprobleem naar ziekenhuis x moet, voor het volgende naar ziekenhuis y en voor het derde naar ziekenhuis z. Dat maakt de overdracht en informatieuitwisseling aanzienlijk complexer.

#### Kosten per patiënt



De kosten per gewogen patiënteenheden.

Bron: eigen bewerking gegevens Dutch Hospital Data over 2009.

## SAMENVATTING

- Specialisatie lijkt aantrekkelijk om kwaliteit en doelmatigheid van ziekenhuiszorg te vergroten.
- De beoogde effecten worden niet gerealiseerd zodat de minder wenselijke, onomkeerbare effecten van specialisatie overblijven.
- Gewenst is een aanpak die uitgaat van de samenhang in de zorg en die de patiënt als uitgangspunt heeft.
- Voor doelmatigheid is nader onderzoek naar de kostenstructuur van ziekenhuizen nodig; voor kwaliteit moeten we investeren in betere zorg.


## Voor de meeste patiënten betekent het een aanzienlijke toename van reistijden

Een tweede aspect is de samenhang tussen ziekenhuiszorg en de zorg door huisartsen. Volgens sommigen zijn er mogelijkheden om de zorg doelmatiger in te richten door verschuivingen tussen eerste en tweede lijn. Die worden door (verregaande) specialisatie sterk beperkt omdat de eerste lijn dan met meerdere ziekenhuizen die

telkens een deel van de zorg voor een patiënt op zich nemen moet overleggen. Dat geldt overigens ook voor de samenwerking tussen care en cure.

### Liesbreuken en varices

Specialisatie werkt alleen als alle verzekeraars dezelfde keuzen maken: liesbreuken in ziekenhuis x, varices in ziekenhuis y enzovoort. Als iedere verzekeraar een ander ziekenhuis aanwijst, komt er niets van terecht. Verzekeraars kunnen zich dan dus niet meer onderscheiden in de plaats van de gecontracteerde zorg, misschien nog wel in prijs.

Verzekeraars zullen met aanbieders meerjarenafspraken moeten maken. Immers de ziekenhuizen zullen hun 'productaanbod' aanzienlijk moeten wijzigen: capaciteiten bij- of juist afbouwen, samenstelling medische staf aanpassen en dergelijke. Er moeten keuzen worden gemaakt die in de praktijk onomkeerbaar zijn. De dynamiek verdwijnt dan volkomen na de eerste ronde van specialisatie. Een beperkt aantal verzekeraars, een beperkt aantal aanbieders en een ziekenhuislandschap dat voor langere tijd vastligt. Als er in een regio slechts één aanbieder resteert voor liesbreuken, bepaalt die aanbieder de leveringsvoorwaarden. Twee andere effecten nog: voor de meeste patiënten zal de situatie na verregaande specialisatie leiden tot een (aanzienlijke) toename van reistijden. Ook zal de keuzevrijheid van patiënten de facto worden opgeheven. 



De voetnoten en meer artikelen over de voor- en nadelen van concentratie en specialisatie vindt u onder dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).

# veldwerk

## De werkweigeraar

Je hebt ze niet meteen door, maar ze zitten overal. Op elk niveau, in elke functie. Werkweigeraars.

De werkweigeraar roept aanvallend sympathie op. Hij (of zij) is niet zelden goedlachs, joviaal en attent. Maar dan merk je dat hij vragen stelt om de aandacht op anderen te vestigen. Het antwoord doet er niet toe. Wanneer zelf bevroegd, antwoordt hij met een wedervraag.

In vergaderingen toont hij zijn aanwezigheid door het benadrukken van irrelevante zaken. Hij neemt royaal de tijd om lucht te laten trillen. Maar wat zegt hij nou eigenlijk echt? Hij hult zichzelf in nevelen. Rond zijn prestaties is het altijd mistig.

Als er werk aan de winkel is, toont de werkweigeraar zich formeel en predikt hij rechtvaardigheid en solidariteit. Zelf echter heeft hij geen tijd: zijn agenda is al 'overvol'. Druk met niks. Een enkele keer 'offert' hij zichzelf op, om dit vervolgens wekenlang in herinnering te brengen. Een werkweigeraar voelt zich per definitie benadeeld.

Diep van binnen is hij angstig. Hij leeft met een construct van overmatige eigenwaarde: beter dan de rest. Een psychiater zou narcistische afweer vermoeden. Samuel Shem wist het allang: 'Your colleagues will hurt you more than your patients'.

Paul Dinant,  
aios psychiatrie

/veldwerk

## Voetnoten

1. Agrell PJ, Bogetoft P, Halbertsma R, Mikkers MC. Yardstick competition for multi-product hospitals. An analysis of the proposed Dutch yardstick mechanism. NZA research papers, Utrecht, 2007.
2. Auerbach AD, Maselli J, Carter J, Pekow PS, Lindenauer PK. The Relationship between Case Volume, Care Quality, and Outcomes of Complex Cancer Surgery. *J Am Coll Surg* 2010; 211 (5): 601-8.
3. Com-Ruelle L, Or Z, Renaud T. The Volume-outcome relationship in hospitals. Lessons from the literature. *Questions d'economie de la Santé* 2008; 135: 1-4. Institut de recherche et documentation de la santé, Paris.
4. Ross JS, Normand SL, Wang Y, Ko DT et al. Hospital volume and 30-day mortality for three common medical conditions. *N. Engl J Med* 2010; 362 (12): 1110-8.
5. Verreusel R. De beste zorg vlakbij huis kan wel degelijk. *Trouw* 10 augustus 2011.
6. Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding. *Kwaliteit van Kankerzorg in Nederland 2010*