

‘Oud’ instrument kan geldzoekcommissies van Klink helpen

Haal trechter van Dunning uit de la

dr. Michel A. Dutrée, arts en directeur Nefarma

Henri W.M. Plagge, arts en voorzitter Raad van Bestuur Lunet zorg

Beiden schreven dit artikel op persoonlijke titel.

Correspondentieadres:
madutree@gmail.com
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Hoe kan Nederland verantwoord bezuinigen op gezondheidszorg? Bijna twintig jaar geleden stelde de commissie-Dunning die vraag. En haar antwoorden zijn nog altijd actueel.

Hoe komt Nederland de crisis te boven? Om deze vraag te beantwoorden heeft het kabinet-Balkenende IV maar liefst twintig commissies ingesteld, waarvan twee voor de gezondheidszorg – één voor langdurige zorg en één voor curatieve zorg. Deze commissies gaan bepalen op welke onderdelen van de zorg kan worden bezuinigd. Om te voorkomen dat ze daarbij het wiel opnieuw gaan uitvinden, zouden ze gebruik kunnen maken van het rapport van de commissie-Dunning uit 1991, met de prachtige titel *Kiezen en delen*.¹ Destijds getuigde de bespreking van een hoog strategisch gehalte en belandde het rapport waarschijnlijk daarom in een la. Wat mensen van boven de 40 jaar er mogelijk alleen nog van hebben onthouden, is het begrip ‘de trechter van Dunning’.

Wie anno 2009 de moeite neemt om het rapport uit de la te halen, zal merken hoe verrassend actueel het nog is, getuige bijvoorbeeld dit citaat uit de aanbiedingsbrief van november 1991: ‘Doel van deze discussie is het tot stand komen van een maatschappelijk draagvlak voor toekomstige politieke besluitvorming in de gezondheidszorg’. Is dat nu niet precies de opdracht van de huidige geldzoekcommissies? Dat maakt de ‘oude’ trechter tot een ideale inspiratiebron. Het instrument geeft aan op welke punten radicale keuzes kunnen worden gemaakt. Dit kan gaan om pakketkeuzes (zie *figuur*), maar de trechter is ook breder inzetbaar.

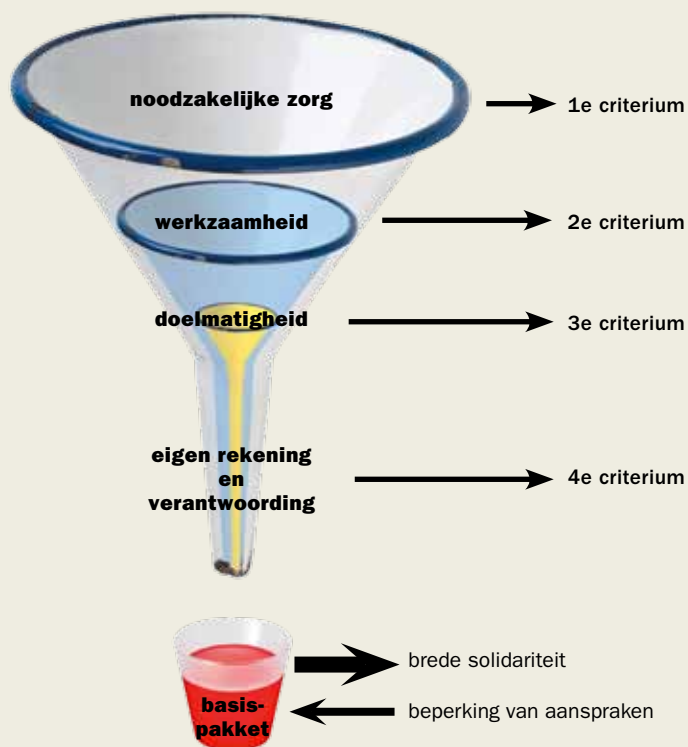
Dunning is nog verrassend actueel

Doelmatigheid

De trechter was oorspronkelijk opgebouwd uit vier ‘zeven’. Later is daar nog een vijfde zeef aan toegevoegd:

1. Noodzakelijke zorg: Dunning definieerde dit begrip als zorg die noodzakelijk is om deelname aan de samenleving mogelijk te maken (gemeenschapsgerichte benadering). Noodzakelijke zorg leidt tot hoge maatschappelijke kosten.
2. Werkzaamheid: Dit criterium behandelt de vraag of de interventie ook de beloofde effecten sorteert, met andere woorden of het werkt. Dit past bij de evidence-based benadering.
3. Doelmatigheid: Dit begrip geeft aan of met de inzet van de interventie het beoogde doel kan worden bereikt met zo weinig mogelijk menskracht en middelen. Het gaat hierbij om meer dan louter financiële middelen.
4. Eigen rekening en verantwoording: Bij dit criterium wordt de vraag beantwoord of de interventie tot de collectieve lasten moet worden gerekend of niet. De burger moet dan wel in staat worden gesteld de verantwoording ervoor te dragen. Dit is een echte politieke afweging, waarvoor de geldzoekcommissies wel handvatten kunnen leveren.
5. Relatieve ziektelast: In 2000 is er aan de trechter van Dunning het criterium relatieve (ziekte-)last toegevoegd als operationalisering van emotionele of ethische componenten die een rol spelen bij het waarderen van interventies.² Een geringe ziektelast kan een perspectief bieden bij de weging van het criterium ‘eigen rekening en verantwoording’.

De trechter van Dunning



Deze opsomming van criteria suggereert een stapsgewijs beslisproces, maar de trechter moet toch meer worden gezien als een integraal model waarin de verschillende afwegingen elkaar beïnvloeden. Zo kan noodzakelijke zorg een effect geven op kosteneffectiviteit. Een probleem moet op elke zeef worden gelegd en daar een rapportcijfer ontvangen op basis waarvan een gewogen eindcijfer kan worden berekend.

Herijking basispakket

De beide geldzoekcommissies van minister Klink ontkomen er niet aan om het wettelijke basispakket – de zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten – kritisch door te lichten op noodzaak en wenselijkheid. Het onderscheid tussen beide verzekeringsvormen is anno 2009 achterhaald en veroorzaakt veel bureaucratie, kosten en uitvoeringsproblemen. Het verdient aanbeveling om in plaats hiervan onderscheid te maken in noodzakelijke en wenselijke zorg. Hiervoor biedt de 'trechter van Dunning' handvatten. Noodzakelijk bevonden zorg hoort in het basispakket en wenselijke zorg niet. Wenselijke zorg kan prima worden opgenomen in aanvullende verzekeringen.

Noodzakelijke zorg moet een bewezen werkzaamheid hebben en van verschillende in het huidige basispakket opgenomen zaken is dat twijfelachtig. De werkzaamheid kan worden beoordeeld aan de hand van uitkomstindicatoren. Alles wat door die twee zeven is gevallen komt dan aan bij de doelmatigheid. Het toetsen van doelmatigheid is bij uitstek een taak voor de zorgverzekeraar. Hierbij moet deze vooral kijken naar de langere termijn. Een dure behandeling die even werkzaam is als een goedkope maar de patiënt langer zelfstandig houdt, is immers doelmatiger. De relatieve ziektelast is dan kleiner.

De noodzakelijke zorg die werkzaam en doelmatig is en de relatieve ziektelast verlaagt, dient in het basispakket te worden opgenomen. Een uitzondering kan zijn de zorg die niet veel kost en waarvan het individu de kosten zelf kan dragen. Langs deze lijn rationaliseer je een – in de kern politiek – besluitvormingsproces.

Voorbeelden

Twee voorbeelden uit de ziekenhuiszorg – de zorg voor chronisch zieken en spoedzorg – laten zien hoe de trechter van Dunning kan worden toegepast.

1. Noodzakelijke zorg: Het merendeel van de patiënten die een ziekenhuis poliklinisch bezoeken, behoren tot de categorie mensen met een chronische ziekte. Voor deze groep is er doorgaans sprake van een groot aantal poliklinische bezoeken en controles waarbij mensen een deel van hun zelfstandigheid en verantwoordelijkheid voor hun eigen gezondheid kwijtraken. Uitgaande van de trechter kan een deel van de verleende ziekenhuiszorg als niet-noodzakelijk worden betiteld. Als er wel sprake is van noodzakelijke zorg, moet de volgende zeef worden toegepast.

Ook in de spoedzorg wordt, met het grote aantal zelfverwijzers dat zich dagelijks aan de poort van de EHBO meldt, veel niet-noodzakelijke zorg verleend en ziekenhuisdiagnostiek verricht. De EHBO is een dure 24 urenvoorziening waarbij het makkelijke en overal beschikbare aanbod zeer zeker de vraag stimuleert. In sommige gevallen is er natuurlijk wel sprake van noodzakelijke zorg. De vraag is dan wat de volgende niveaus in de trechter brengen voor zorgvragers met verstuite enkels, snijwonden, koorts en dergelijke.

2. Werkzaamheid: Bij de zorg aan chronische patiënten wordt – zeker in de controlesfeer – nog veel gedaan wat niet bewezen

Politiek en burger moeten bereid zijn fundamentele keuzes te maken

werkzaam is. Wetenschappelijk onderzoek naar de werkzaamheid van behandel- en controleprogramma's (en DBC's) moet altijd de basis zijn van de te verlenen zorg. Behalve de 'harde medische interventies' gaat het

bij chronische patiënten juist om de vormgeving en uitvoering van het totale programma. Als een programma duidelijk werkzaam is, zal deze zeef moeten worden gecombineerd met zeef 3.

Voor de spoedzorg is de werkzaamheid vaak wat makkelijker te toetsen. Op micro- en mesoniveau kunnen wel analyses worden gemaakt van de werkzaamheid van veel gedane diagnostiek in vergelijking met behandeling in 'lichter zorgvormen' zoals de huisarts. Hier is dan een directe relatie te leggen met zeef 3.

3. Doelmatigheid: Doelmatigheid in de gezondheidszorg kan alleen worden bereikt als de politiek bereid is fundamentele keuzes te maken. Op enkele plaatsen in het land wordt al enige tijd gewerkt aan de vormgeving en uitvoering van eerstelijns-DBC's voor chronische patiënten waarbij de zorg al door de eerste twee zeven van de trechter van Dunning is gekomen. Een goed voorbeeld hiervan is het zorgaanbod in de vorm van multidisciplinaire zorgprogramma's (DBC's) voor onder meer diabetes mellitus en COPD, zoals de organisatie Pozob in Brabant die de afgelopen jaren heeft ontwikkeld.³ Wetenschappelijk onderzoek (zeef 1, 2 en 3) en een organisatievorm waarbij zelfmanagement en kleinschaligheid prevaleren in de uitvoering staan hierbij voorop. Op het microniveau van de patiënt is deze zorg zeker doelmatiger dan vergelijkbare chronische zorg die wordt geboden in een ziekenhuis. Op macroniveau kan deze winst alleen worden verzilverd als er daadwerkelijk wordt gesneden in de ziekenhuiscapaciteit zonder een alternatief aanbod te genereren.

Voor spoedzorg aan zelfverwijzers geldt eenzelfde redenering. Het hechten van een wondje of het diagnosticeren van keelontsteking is aantoonbaar goedkoper te realiseren door een huisarts, ook 's avonds en 's nachts. Ook hier geldt weer dat de winst op macroniveau alleen kan worden gerealiseerd als een groot aantal EHBO's wordt gesloten en er meer triage aan de poort plaatsvindt.

4. Eigen rekening en verantwoording: De vraag of patiënten bepaalde zorg zelf kunnen en moeten betalen is er vooral één van politieke en maatschappelijke normen en waarden.

Marktverstoring

Toepassing van de zeven van Dunning op de hierboven beschreven wijze kan leiden tot grote besparingen op de basisverzekeringen zonder kwaliteitsverlies. De politiek en de burger moeten dan wel bereid zijn fundamentele keuzes te maken. Doelmatigere zorgvormen moeten daadwerkelijk een kans krijgen zich in een marktcontext te bewijzen. Op dit moment wordt de markt nog teveel verstoord door

Op macroniveau kan alleen worden bespaard door te snijden in zorgcapaciteit.

beeld: iStockphoto



SAMENVATTING

- De twee geldzoekcommissies van Klink zijn gestart met hun zoektocht naar 20 procent bezuinigingen in de zorg.
- Zij kunnen gebruikmaken van de trechter van Dunning uit 1991.
- Deze trechter filtert beleidsbeslissingen en pakketkeuzen op noodzakelijkheid, werkzaamheid, doelmatigheid en eigen rekening & verantwoording.
- Deze aanpak werkt ook op macroniveau, rationaliseert besluitvorming en geeft invulling aan gereguleerde marktwerking in de zorg.



Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

Literatuur

1. Rapport Kiezen en delen, advies in hoofdzaak, Commissie Keuzen in de zorg, Zoetermeer 1991.
2. CvZ-rapport Breedte geneesmiddelenpakket, Toenders 2001. Het iMTA-rapport van Stolk e.a. getiteld 'Uitwerking criteria noodzakelijkheid, eigen rekening en verantwoording, en lifestyle' is als bijlage aan dit rapport toegevoegd.
3. www.pozob.nl


overheidssteun bij ziekenhuizen en andere zorginstellingen, naast de ijver van bijvoorbeeld de Nederlandse Zorgautoriteit om veel marktinitiatieven meteen van knellende beleidsregels te voorzien.

De door het kabinet gestelde bezuinigingsdoelen voor de gezondheidszorg – minus 20 procent van het huidige collectieve uitgaven-niveau – kunnen alleen worden gehaald door fundamentele keuzes. De commissies kunnen daarbij goed gebruikmaken van de trechter van Dunning. Het is een eenvoudige, doordachte methode met een grote impact. Juist nu is het van belang om invoerbare voorstellen te doen die niet weer leiden tot uitgebreide wik- en weegsessies. Politiek opportunisme is immers een reëel risico nu verschillende verkiezingen naderen.

Indertijd hebben de voorstellen van de commissie Dunning alleen geleid tot het schrappen van de vergoeding van de anticonceptiepil. En binnen korte tijd had de politiek zelfs deze beperkte bezuiniging alweer losgelaten. Anno 2009 – achttien jaar na dato – is er nog weinig gedaan aan fundamentele politieke besluitvorming over het basispakket.

Politieke moed

Het hanteren van de trechter van Dunning – oftewel het maken van fundamentele keuzes over wat noodzakelijk is – vergt politieke moed, maar leidt dan zeker tot een beperkt en herijkt basispakket. De uitvoering hiervan kan vervolgens in een meer marktgericht stelsel prima ter hand worden genomen, mits de belangrijkste actoren (naast de patiënt zijn dat de zorgaanbieders en zorgverzekeraars) hun rol goed spelen. Vooral bij zeef drie (doelmatigheid) kan de zorgverzekeraar een belangrijke rol vervullen, als hij zich hierbij niet beperkt tot de kosten. De politiek moet dan stoppen met het met overheidssteun in stand houden van failliete zorginstellingen, en de markt zijn werk laten doen.

De trechter is ook prima geschikt voor de care en voor allerlei door de overheid bedachte bureaucratische regelsystemen. Denk daarbij aan de zeer omslachtige indicatiestelling, waarbij artsen en andere professionals een ondergeschikte rol spelen, en aan hulpmiddelenverstrekking die in de knel komt tussen de AWBZ en de Wet maatschappelijke ondersteuning. Het hanteren van de trechter van Dunning – en het daadwerkelijk maken van keuzes in de zorg – leidt bij echte marktwerking in de zorg tot minder kosten, minder bureaucratie en een betere kwaliteit. 

veldwerk

Translatio, imitatio...

Ik probeer zoveel mogelijk van mijn opleiders het vak af te kijken. Zowel de technische vaardigheden als de communicatieve, dus variërend van indicatiestelling en operatietechniek tot afwegingen en intercollegiaal overleg. Veel van deze aspecten komen aan bod tijdens de dagelijkse overdrachtsmomenten.

Tijdens de middagoverdracht worden er twee patiënten besproken die acuut geopereerd moeten worden. Dr. Overdijk, dienstdoende chirurg, mompelt achter in de zaal over de eerste patiënt, een man met een geïnfecteerde necrotische teen: 'Dat teentje gewoon een beetje trimmen dus.' De Vecht, vaatchirurg, beaamt lachend: 'Gewoon knippen en open laten. Maar laat nog wel een beetje outflow van de pedale bypass bestaan Overdijk.' De tweede patiënte, mevrouw Belle, heeft een complexe voorgeschiedenis en heeft nu een necrotisch ileostoma. Over haar ontstaat een soortgelijke vage discussie. 'Stukkie ileum eraf en gewoon even opnieuw inhechten. Oh en probeer wel even de buik te sluiten. Ze heeft al een open-buikbehandeling achter de rug', zegt Stekking, GE-chirurg. Onderweg naar de ok probeer ik te bedenken wat er in vredesnaam wordt bedoeld met 'een stukkie ileum eraf', en 'beetje trimmen'. Ik bel Overdijk om hem om verduidelijking te vragen. Hij neemt op en zegt: 'Akkers, gewoon doen wat we altijd doen.' Zoals wel vaker zijn chirurgen meer van daden dan van woorden. Bij binnenkomst op de ok krijg ik een spervuur aan vragen op me af. 'Rugligging? Antibiotica? Arm uit? Scopisch? Omnitract? De oude Ligasure? Vicryl mat? Beensteunen? Katheter? Maagsonde?' Vertwijfeld antwoord ik: 'Gewoon wat we altijd doen.' Ik word al een echte chirurg.

Bram Akkers,
aios