

Doelmatigheid van zorg: kostenbesparing door kwaliteitsverbetering

De kosten voor de Nederlandse gezondheidszorg zijn gemiddeld ten opzichte van andere landen en de kwaliteit is goed maar kan beter. Om de kosten in de hand te houden en de kwaliteit te verbeteren, moet er worden geïnvesteerd in landelijke implementatie van die activiteiten en organisatiemodellen, waarvan is aangetoond dat ze de kwaliteit verhogen en kosten kunnen verlagen. Hierbij moet er aandacht zijn voor de motivatie van zorgverleners. Het is nodig om verder te zoeken naar kwaliteitsverhogende en kostenbesparende interventies via een systematische, landelijke aanpak waarbij alle betrokken partijen worden uitgedaagd om mee te denken.

Door: M. Ouwens, H. Wollersheim, J. Burgers, M. Wensing en G. Westert

Recent vergelijkend internationaal onderzoek laat zien dat de Nederlandse gezondheidszorg van redelijk niveau is tegen acceptabele kosten.^{1,2} Echter, sommige aspecten van zorg kunnen beter en de variatie in zorgaanbod en kwaliteit zou in Nederland minder groot moeten zijn.³ De curatieve zorg is de grootste en snelst groeiende collectieve uitgavenpost (bijna 10% van het BNP) en verdringt daardoor andere publieke uitgaven.⁴ Door de toename van het aantal ouderen, het aantal patiënten met (meerdere) chronische ziekten en de technologische vooruitgang, zullen de kosten verder stijgen. De overheid wil deze stijging beperken. Sterker nog: vanwege de financiële crisis moet er zelfs bezuinigd worden.

Hervormingen of bezuinigingen

Om de kosten voor zorg in de hand te houden en de kwaliteit te verbeteren, zijn er hervormingen ingevoerd die uitgaan van het stimuleren van marktwerking. Deze zijn gebaseerd op de aannamen dat zorgverzekeraars namens hun verzekerden kwalitatief goede en goedkope zorg inkopen en dat kritische, goed geïnformeerde verzekerden de mogelijkheid hebben van zorgverzekeraar te wisselen als ze ontevreden zijn. Echter, selectief inkopen door verzekeraars is lastig door suboptimale informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg en gebrek aan keuzen. Verder bepaalt de overheid nog steeds prijzen, stelt maximumbudgetten vast en herverdeelt de risico's van zorgverzekeraars middels een vereveningssysteem. De keuze van de zorgverzekeraar wordt vooral bepaald door scherpe zorgpremies en door aanbiedingen aan werkgevers en andere collectiviteiten. Het oorspronkelijke idee van de overheid was om een stapje terug te doen en gereuleerde marktwerking te laten plaatsvinden. Maar de flinke stijging van de kosten voor de zorg en de economische crises hebben ertoe geleid dat de minister toch weer heeft gegrepen naar het middel bezuinigingen en meer bemoeienis.

Motivatie zorgverleners

Impliciet lijkt de visie te worden gehanteerd dat de zorg per definitie een kostenpost is. Een andere visie is dat de gezondheidszorg veel werkgelegenheid biedt en rendement

oplevert.^{5,6} Onze levensverwachting is in de afgelopen vijftig jaar met meer dan acht jaar toegenomen. Dat zou nog meer kunnen zijn als er wordt geïnvesteerd in preventie, zoals stoppen met roken, en in het verminderen van medicatiefouten. Daarnaast verbetert de gezondheidszorg onze kwaliteit van leven en draagt een fitte en gezondere beroepsbevolking bij aan vermindering van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid en aan een hogere productiviteit.³

Als zorg niet alleen maar zou worden gezien als een kostenpost, zou dit de motivatie van zorgverleners ten goede komen. Klakkeloos bezuinigen op de zorg door het schrappen van zorgvoorzieningen of verhogen van eigen bijdragen⁴ kan leiden tot morele dilemma's bij zorgverleners. Bijvoorbeeld als bepaalde zorg, die gezien wordt als laatste redding voor een patiënt, niet vergoed wordt door de zorgverzekeraar. Aan de andere kant is er ook weinig kostenbewustzijn bij artsen⁷ en hebben zij moeite met de vuistregel om bij twee gelijkwaardige alternatieven de goedkoopste te kiezen. Landelijke richtlijnen zouden een steun in de rug kunnen bieden voor verantwoorde en doelmatige zorg. Helaas wordt in de meeste 'evidence-based' richtlijnen weinig aandacht besteed aan veiligheid en doelmatigheid.⁸ Daarnaast blijkt dat er vele barrières zijn voor het naleven van richtlijnen en dat de implementatie van richtlijnen vaak onvoldoende aandacht krijgt.⁹

Voorbeelden uit de VS en UK

De politiek kan ervoor kiezen zich terug te trekken en de sturing over te laten aan de marktpartijen, maar waarschijnlijk is het beter om een krachtig beleid te voeren waardoor de kwaliteit van zorg verbetert en de kosten dalen. In de Verenigde Staten zijn er vier grote instituten die zich bezighouden met kwaliteit en veiligheid in de zorg (Agency of Healthcare Research and Quality (AHRQ); National Forum on Quality (NFQ); Joint Commission for Accreditation (JCQ) en het Institute for Healthcare Improvement (IHI)). Deze instituten hebben alle overzichten gemaakt van activiteiten die de zorg beter maken en ook kosten kunnen verlagen.¹⁰ In het Verenigd Koninkrijk heeft de NHS Institute for Innovation and Improvement (NII) een lijst gemaakt van gebieden waarvan zij verwachten dat er betere en veiligere zorg geleverd kan worden tegen minder kosten.¹¹ Daarnaast heeft Øvretveit in opdracht van The Health Foundation onderzocht of het verbeteren van de kwaliteit ook kosten kan besparen¹² (zie ook zijn artikel elders in dit tijdschrift). Wij

Thema	Voorbeelden van interventies
Communicatie	Verbeterde communicatie met de patiënt; goede identificatie van de patiënt; betrekken van de patiënt bij de zorg
Infectiepreventie	Gebruik antibiotica profylaxe; preventieve maatregelen; voorkomen van lange lijn infecties
Medicatiegebruik	Juist medicatiegebruik; medicatiechecks; voorkomen medicatiefouten
Operatieveiligheid	Verminderen van operatiegerelateerde complicaties en voorkomen van fouten
Decubituspreventie	Goed gebruik van preventieve materialen; volgen van richtlijnen
Snelle respons	Instellen van 'rapid response teams'; opleiden medewerkers; opzetten van een acute-opnameafdeling
Valpreventie	Gebruik van bedhekken; beoordeling van valrisico
Voorkomen van pneumonie	Voorkomen van pneumonieën door kunstmatige beademing
Hartfalen	Leveren van zorg volgens de richtlijnen; inzetten van een 'casemanager'; voorkomen van trombose

Tabel 1. Thema's uit de VS en het UK over betere kwaliteit en minder kosten

hebben alle genoemde activiteiten beschreven¹³ en geordend en komen tot negen hoofdgebieden die zijn weergegeven in tabel 1.

Voorbeelden uit Nederland

Ook in Nederland is er een aantal interessante rapporten geschreven over het thema kwaliteit en kosten. ZonMw heeft een quickscan uitgevoerd naar afgeronde projecten binnen ZonMw waar mogelijk kosten kunnen worden bespaard bij landelijke invoering¹⁴ (zie ook de drie voorbeelden elders in dit tijdschrift). Het rapport geeft aan dat in de curatieve zorg besparingen kunnen worden gerealiseerd door invoering van nieuwe tests en behandelingen die minder kosten met zich meebrengen dan de gebruikelijke aanpak. In de langdurige zorg kunnen

Voorbeelden uit de VS, UK en Nederland laten zien dat betere kwaliteit en minder kosten samengaan

veel kosten worden bespaard door de verblijfsduur te verkorten en de overheadkosten omlaag te brengen en door logistieke verbeteringen. In de thuiszorg is winst te behalen door inzet van domotica en in de langdurige GGZ en gehandicaptenzorg door het verhogen van de zelfredzaamheid en voorkomen van langdurige opnamen.

VWS heeft zelf een onderzoek uitgevoerd naar de invloed van het gevoerde gezondheidszorgbeleid in Nederland in relatie tot kosten en kwaliteit.¹⁵ Uit dit onderzoek komen niet direct

thema's en activiteiten naar voren maar wel een aantal interessante aanbevelingen in relatie tot kwaliteit en kosten. Enkele aanbevelingen uit dit rapport zijn: doorgaan met integrale financiering; verdergaan met uitkomstmetingen en zichtbaar maken van de geleverde kwaliteit; doorgaan met extramuralisering door inzetten passende thuiszorg; doorgaan op de ingeslagen weg van gereguleerde marktwerking. In Nederland is tweemaal een nationaal onderzoek geweest naar ziekenhuisgerelateerde schade die leidt tot nadelige gevolgen voor patiënten en hoge (herstel)kosten.¹⁶ Bij ongeveer

Uit berekening blijkt een potentieel aan besparingen van 200 miljoen

5,7% van alle opnames is er sprake van 'adverse events' die leiden tot ongeplande ziekenhuisopnames en blijvende of tijdelijke schade bij patiënten. Deze onbedoelde schade treedt vooral op tijdens het operatieproces (54%), het medicatieproces (15%) of medische invasieve procedures (17%). Soortgelijk onderzoek in de eerste lijn laat percentages zien tussen de 0,5 tot 5,8%¹⁷ (zie ook het artikel over risico's in de eerste lijn elders in dit tijdschrift). In andere landen varieert het percentage 'adverse events' tussen de 2,9% en 16,6%, dus Nederland doet het niet slecht. Toch kan en moet de zorg dus beter en veiliger en kunnen er tevens kosten worden bespaard. Maar wat zijn de meest effectieve interventies om dit te bereiken?

Kwaliteitsbevorderende kostenbesparing

IQ healthcare heeft in opdracht van VWS onderzocht hoe richtlijnen een rol kunnen spelen op het gebied van veiligheid en doelmatigheid.⁸ Daarnaast is er in opdracht van de IGG in 2010 een verkennende studie uitgevoerd

naar mogelijkheden om de kwaliteit te verhogen en kosten te besparen.¹³ Op basis van literatuuronderzoek en meningen van experts zijn 10 activiteiten beschreven die leiden tot betere zorg en minder kosten. Voor elk van de genoemde klinische praktijken is er uitvoerig wetenschappelijk bewijs dat zij belangrijke gezondheidswinst en besparingen opleveren. De eerste vier zijn doorgerekend en leiden tot voorzichtige aannames al tot 200 miljoen euro aan besparingen. In tabel 2 staan de activiteiten genoemd en van de eerste vier ook de geschatte besparingen. Als er een vergelijking wordt getrokken met de bevindingen uit het buitenland is het duidelijk dat kwaliteitswinst en kostenbesparing met name kunnen worden behaald op de volgende gebieden:

- (ziekenhuis)infecties: postoperatieve wondinfecties, lijnsepsis, pneumonie door mechanische beademing en gericht inzetten van antibiotica;
- medicatie: verminderen fouten, aandacht voor polyfarmacie, voorschrijven volgens richtlijnen van benzodiazepines en maagzuurremmers;
- zorggerelateerde problemen; vallen, decubitus, voeding;
- communicatie en informatie: met de patiënt, zorgverleners onderling, taakdelegatie.

In ons eigen overzicht vragen wij nadrukkelijker aandacht voor interventies die de kwaliteit voor de patiënt kunnen verhogen en opnameduur kunnen verkorten. Mogelijke interventies zijn: het instellen van een acute-opnameafdeling; meer behandelen in dagopnames en stimuleren van het gebruik van minimaal invasieve methodieken.

Kanttekeningen

Op basis van hetgeen hierboven is beschreven zou de conclusie kunnen worden getrokken dat de oplossingen voor betere en minder dure zorg voor het oprapen liggen. Hier moet echter een aantal kanttekeningen bij worden geplaatst. Veel studies die effecten van interventies evalueren kijken naar de effecten op patiëntniveau maar zetten deze niet af tegen de gemaakte kosten. En als er al een kosteneffectiviteitsanalyse is gemaakt, dan worden de kosten van de interventie zelf en van de implementatie vaak niet meegenomen. Dit maakt het lastig om een goede inschatting te maken van mogelijke kostenbesparingen. Toch zijn wij van mening dat er bij duidelijke signalen en ervaringen met interventies die leiden tot betere kwaliteit of veiligheid bij gelijkblijvende of minder kosten, actie moet worden on-

1	Voorkomen ziekenhuisinfecties, met name postoperatieve wondinfecties (30 miljoen)
2	Verminderen van medicatiefouten en verspilling van medicatie (24-85 miljoen)
3	Instellen 'Acute Opname Afdeling' (100 miljoen)
4	Verbeteren zorggerelateerde problemen, met name vallen (20 miljoen)
5	Behandelen volgens richtlijnen en verminderen praktijkvariatie
6	Voorkomen Intensive Care opnames en ongeplande heropnames in ziekenhuizen
7	Verbeteren interprofessionele communicatie en coördinatie
8	Stimuleren dagopnames en minimaal invasieve ingrepen
9	Taakdelegatie van artsen naar verpleegkundigen en inzetten praktijkondersteuners
10	Inzet computertechnologie ter bevordering van zorg op afstand en zelfmanagement

Tabel 2. Activiteiten die leiden tot betere zorg en minder kosten

Wat is bekend?

Bezuinigingsmaatregelen leveren vaak veel minder op dan verwacht; ook omdat de kosten van de interventie en de implementatie vaak niet worden meegenomen. Recent is er een aantal rapporten rondom dit thema verschenen met voorbeelden uit het buitenland. In Nederland heeft ZonMw een inventarisatie gemaakt van door haar gesubsidieerde projecten die de zorg beter en goedkoper lijken te maken.

Wat is nieuw?

Een recent uitgevoerde studie komt tot 10 activiteiten die de kwaliteit verbeteren, relatief eenvoudig te implementeren zijn en de kosten reduceren. De kostenbesparing wordt geschat op 20 tot 174 miljoen. Invoering van deze activiteiten zorgt er ook voor dat zorgverleners gemotiveerd blijven.

Wat kun je ermee?

Het verdient aanbeveling te kijken of deze 10 activiteiten geïmplementeerd kunnen worden in alle betrokken instellingen en praktijken. Voor een succesvolle implementatie dienen er afspraken te worden gemaakt over de besteding van de besparingen, zodat de mensen die de besparingen realiseren er zelf ook beter van worden.

dernomen voor landelijke invoering. Deze invoering zou wel begeleid moeten worden met een goede evaluatie van de effecten en het opsporen van mogelijke barrières.

Een tweede kanttekening betreft een belangrijke barrière bij de implementatie. Vaak zijn diegenen die de kosten dragen voor een interventie niet diegenen die hiervan profijt hebben. Zorgverleners worden vaak beloond als ze op de oude manier blijven doorwerken. Voor het invoeren van vernieuwingen is derhalve een aanpassing van de financierings- en beloningsstructuur noodzakelijk.

Een laatste kanttekening gaat over het tijdsbestek waarover de besparingen worden berekend. De meeste activiteiten geven vooral op de korte termijn besparingen. Preventieve zorg staat nu niet in de top-10 van activiteiten omdat de (kortetermijn)besparingen niet altijd eenduidig zijn.

Noten

- 1 G. Westert, J. Burgers en H. Verkleij, The Netherlands: regulated competition behind the dykes? *BMJ*, 2009, 339: 839-842.
- 2 C. Schoen, R. Osborn, D. Squires, M. M. Doty, R. Pierson en S. Applebaum, How Health Insurance Design Affects Access to Care and Costs, by Income, in Eleven Countries, *Health Affairs Web First*, Nov. 18, 2010.
- 3 G. Westert et al., *Zorgbalans 2010: de prestaties van de Nederlandse zorg*, RIVM, 2010.
- 4 Curatieve zorg 2.0 Rapport brede heroverwegingen, In-spectie der Rijksfinanciën, april 2010.
- 5 M. Pomp, *Een beter Nederland. De gouden eieren van de gezondheidszorg*, Balans, 2010.
- 6 J. Polder, F. van der Lucht, N. Post en L. Zwakhals, Zorg is niet alleen een kostenpost. *Medisch Contact*, 2010, 65: 1934-1937.
- 7 M. Cooke, Cost consciousness in patient care; what is medical education's responsibility? *N Engl J Med*, 2010, 362: 1252-1255.

- 8 J. Burgers, H. Wollersheim, M. Smolders, H. Tijink, G. Voermans en J. Havers, *GAP-analyse Nederlandse richtlijnen medische zorg*, CBO/IQ healthcare, Utrecht/Nijmegen, 2008.
- 9 R. Grol, Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice, *Med Care*, 2001, 39 (8 Suppl 2): II46-54.
- 10 USA: AHRQ www.ahrq.gov/clinic/ptsafety/summary.htm; NQF www.qualityforum.org/; JCA www.jointcommission.org/; IHI www.ihl.org.
- 11 UK: NHS http://www.institute.nhs.uk/quality_and_value/introduction/quality_and_value.html.
- 12 J. Øvretveit, *Does improving quality save money?* NHS, 2009.
- 13 M. Ouwens, M. Harmsen, J. Stienen, L. Boerboom, E. Adang, H. Wollersheim, J. Burgers en R. Grol, *Kwaliteit, veiligheid en kostenbesparing*, IQ healthcare, Nijmegen, 2010.
- 14 *Kostenbesparende projecten: quickscan van ZonMw programma's*, 2010, www.zonmw.nl.
- 15 *Werken aan de Zorg: Kosten en Kwaliteit*, Ministerie van VWS, mei 2010.
- 16 C. Wagner, M. Zegers en M.C. Bruijne, De patiëntveiligheid: onbedoelde en potentieel vermijdbare schade bij snijdende specialismen, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, vol. 153, 2009, nr. 8, p. 327-333.
- 17 M. Harmsen, P. Giesen, L. Martijn, Th. Mettes, W. Verstappen, R. Nijhuis-vander Sanden en M. Wensing, *Patiëntveiligheid in de Nederlandse eerstelijnszorg anno 2009*, IQ healthcare UMC St Radboud, Nijmegen.

Informatie over de auteurs

Marielle Ouwens, Hub Wollersheim, Jako Burgers, Michel Wensing en Gert Westert zijn allen werkzaam bij IQ healthcare.