dr. Wouter van Furth
neurochirurg LUMC, voorzitter kwaliteitscommissie en bestuurslid Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie

REGISTER IS VAN ONSCHATBARE WAARDE VOOR ZIEKENHUISZORG

Laat ziekenhuizen kwaliteitsregistratie betalen

De kwaliteitsregisters maken de kwaliteit van zorg inzichtelijk maar kosten wel tientallen miljoenen per jaar. Omdat ziekenhuizen financieel het meest profiteren van de kwaliteitsverbetering, zouden zij voorlopig de rekening moeten betalen.

De Nederlandse ziekenhuiszorg telt intussen ruim 150 kwaliteitsregisters. In die registers verzamelen medisch specialisten voor bepaalde patiëntengroepen klinische data, met als enige doel de kwaliteit van zorg te verbeteren. Door een exponentiële groei van het aantal kwaliteitsregistraties van de laatste jaren zijn ook de kosten en de registratielast gestegen. Alhoewel het nut van deze registraties veelal breed gedragen wordt, staat de financiering hiervan op losse schroeven. Ontwikkel- en opstartkosten worden veelal gefinancierd vanuit de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS). De kosten van gebruik (ICT platform, anonimiseren via trusted third party, helpdesk, data-invoer, data-analyse en rapportage, enzovoorts) zijn veel moeilijker te financieren. Er zijn geen betrouwbare getallen bekend, maar de schatting is dat kwaliteitsregistratie tussen de 10 en 50 euro per patiënt kost. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) denkt dat het om in totaal 70 tot 165 miljoen euro per jaar gaat. Vacatiegelden voor de medisch specialist die de data invoeren, zijn daarin niet meegerekend.
In welke vorm en onder welke voorwaarden structurele financiering voor kwaliteitsregistraties mogelijk is, wordt nu met alle betrokken partijen (NVZ, NFU, ZKN, ZN en NPCF) besproken onder auspiciën van FMS. Tot die tijd is er een noodoplossing voor de financiering van een aantal lopende DICA-registraties (tijdelijke financiering door zorgverzekeraars en uit reserve van SKMS). Het is maar zeer de vraag of er geld is voor alle huidige kwaliteitsregistraties. Vandaar de prangende vraag: wie gaat het betalen?

Subjectief
Kwaliteit meten is een lastig opgave. Zonder filosofisch te worden zal iedereen begrijpen dat kwaliteit tenminste deels subjectief is. Begin maar eens een gesprek over de kwaliteit van auto's en welke auto het beste is. In autotesten bijvoorbeeld wordt kwaliteit meestal niet als zodanig benoemd. Het zijn in feite gebruikerstesten met de insteek: wat zou ik als potentiële gebruiker aan deze auto hebben?
Het meten van kwaliteit van zorg is nog vele malen complexer. Daarbij gaat het een breed scala van factoren zoals medische en sociale vaardigheden van de arts, organisatiestructuren, wachttijden, equipment, de ernst van de ziekte, comorbiditeit, eerdere behandelingen, leeftijd, design van het gebouw, de schoonmaak, de verpleging, enzovoorts. Landelijk wordt kwaliteit van zorg op ziekenhuisniveau bepaald door Elsevier en het AD in een top-100 van ziekenhuizen. Ook de overheid probeert de kwaliteit van een ziekenhuis te illustreren via de verplichte publicatie van de Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR). Het is zeer de vraag of de patiënt op enigerlei wijze door een van deze initiatieven geholpen wordt in zijn keuze voor de beste behandeling. Bij kwaliteitsregistraties is er veelal sprake van registratie van een aantal deelaspecten van de behandeling of een uitkomst bij een subgroep patiënten. Van overlevingsduur van heupprothesen tot mortaliteit bij openhartoperaties; van liquorlekkage bij operaties voor de ziekte van Cushing tot naadlekkage bij darmanastomose na coloncarcinoom. In zekere zin meten we in deze registraties kwaliteiten van zorg, in de zin van eigenschappen, maar niet de totale zorgkwaliteit. En hoewel deze registraties van onschatbare waarde zijn om de kwaliteit van deze

Kwaliteitsregistratie kost 10 tot 50 euro per patiënt



ANP PHOTO

In 2014 werd het Albert Schweitzer ziekenhuis in Dordrecht voor het tweede jaar op rij verkozen tot beste ziekenhuis van Nederland volgens de AD Ziekenhuis Top 100.

specifieke elementen van zorg te verbeteren, zijn de registers op dit moment geen geschikt hulpmiddel voor de patiënt om tot een keuze voor de beste behandeling te komen.

Meeste baat

De kost gaat voor de baat uit, is een oer-Hollands spreekwoord dat in deze context heel toepasselijk is. Ten eerste omdat ook hier geldt dat er eerst kosten gemaakt moeten worden, voordat men er iets aan kan verdienen. In de tweede plaats dat de kosten gedragen worden door degene die straks ook de baten krijgt. Overheid, zorgverzekeraar, patiënt, arts en ziekenhuis kunnen er allemaal van profiteren. Maar wie heeft er de meeste baat bij de huidige kwaliteitsregistraties en betaalt de rekening?

De overheid heeft als taak een minimumniveau van gezondheidszorg te garanderen, IGZ is hierbij de toezichthouder. Kwaliteitsregistraties kunnen informatie bevatten over centra waar een onderprestatie geleverd wordt. Echter, op elke rangschikking zal iemand onderaan staan, maar betekent dat ook dat de kwaliteit onvoldoende is? Ook duurt het lang voordat de betrouwbaarheid van data groot genoeg is om uitspraken over kwaliteit te doen. Hoe dan ook, IGZ heeft de kwaliteitsregisters niet nodig om slechte kwaliteit te identificeren, daarvoor zijn voldoende andere instrumenten voorhanden.

De informatie van kwaliteitsregistratie is interessant voor zorgverzekeraars. Het is ten eerste al een goede bron voor demografische gegevens: waar wordt wat precies gedaan? Verder zal de verzekeraar op de onderdelen die geregistreerd worden, streven naar de hoogste kwaliteit. Als bekend is welke heupprothese de langste levensduur heeft, dan verdient die de voorkeur. Maar heeft de verzekeraar er ook baat bij? Hogere kwaliteit geeft op termijn kostenreductie. Maar zolang deze kostenreductie niet doorberekend wordt in de DOT-zorgproductprijs zijn de baten niet ten gunste van de verzekeraar.

Uiteraard heeft de patiënt belang bij een zo hoog mogelijke kwaliteit van zorg. Maar is het reëel dat de patiënt betaalt (premieverhoging) voor een kwaliteitsregistratie? Consumenten betalen wel voor gebruikerstesten van auto's, omdat deze helpen tot de juiste keuze te komen – en zo dus baat opleveren. Patiënten

zullen dus ook bereid zijn te betalen voor kwaliteitsregistraties die de patiënt helpt bij het kiezen van behandelaar of behandeling. Maar totdat de kwaliteitsregistratie informatie geeft over zorguitkomsten, patiëntenperspectief (PROMs) en lange termijn follow-up (gebruikerstest van de zorg), moet de rekening niet bij de patiënt komen te liggen.
Streven naar verbetering van kwaliteit is onderdeel van professioneel gedrag van de arts. We willen het allemaal goed doen, tenminste net zo goed als je collega. Kwaliteitsregistraties zijn dus van belang voor artsen, maar hebben ze er ook baat bij? Naast mogelijk grotere arbeidssatisfactie levert verbetering van kwaliteit van zorg geen directe baten aan de arts op. Toename van patiëntvolume zal in de meeste gevallen niet meer inkomsten voor de arts opleveren – mogelijk is dit trouwens voor zelfstandige klinieken anders. Pas als de beloningsstructuur zodanig aangepast wordt dat bij hogere kwaliteit de arts ook hoger beloond wordt, is het reëel dat de artsen de kwaliteitsregistraties (deels) zelf betalen.
De laatste partij die baat heeft bij kwaliteitsverbetering is het ziekenhuis. Onderzoek toont aan dat hogere kwaliteit van zorg bijna altijd samengaat gaat met lagere kosten. In de huidige vorm van productbekostiging heeft het ziekenhuis direct baat bij kostenreductie. Verbeteren van de concurrentiepositie, door het kunnen aantonen van hogere kwaliteit, geeft toename van patiëntenvolume, waardoor het ziekenhuis ook een schaalvoordeel krijgt.

Toekomst
Van de vijf 'besproken' partijen hebben ziekenhuizen in economische zin het meeste baat bij de huidige vorm van kwaliteitsregistraties. Als zij de kosten van kwaliteitsregistraties op zich zouden nemen, hebben ze ook meteen een incentive om registratie aan de bron nog meer te faciliteren, zodat de registratielast gereduceerd en de kwaliteit van data verbeterd kan worden.
Vorig jaar hield KPMG een pleidooi voor uitkomstbekostiging[1], waarin betere kwaliteit hoger wordt beloond. Dat is om vele redenen een aantrekkelijke toekomstoptie, maar vooralsnog niet van toepassing. Dat betekent dat artsen wel de regie over kwaliteitsregistraties moeten houden, maar niet zelf de kosten moeten dragen. Vanuit een economisch perspectief is het logisch dat ziekenhuizen de kosten op zich nemen. Door koppelingen met EPD en schaalvergroting van gebruikte registratieplatformen zullen de kosten van kwaliteitsregistraties omlaag kunnen. Als de door verhoogde zorgkwaliteit gerealiseerde kostenreductie in het ziekenhuis doorberekend wordt aan de zorgverzekeraar, kunnen ook de kosten van de kwaliteitsregistraties worden doorberekend. Dit kan zeker zodra de kwaliteitsregistraties betrouwbare uitkomstmaten geven, beschreven vanuit patiëntenperspectief en met voldoende lange termijn. Kwaliteitsregistraties worden dan, net als autotesten, zinvol bij het maken van een keuze door de consument. ■

Ziekenhuizen hebben het meeste baat bij kwaliteitsregistratie

contact
w.r.van_furth@lumc.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web
De voetnoten en eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

PRAKTIJKPERIKEL

ONTBIJTEN

Als huisarts maak je van alles mee. Uitersten: vrolijke en minder vrolijke zaken, ziekte en gezondheid, jong en oud. Geen dag is hetzelfde. Dat is het leuke van ons vak. In de loop der jaren denk je dat je alles wel een keer hebt meegemaakt, maar dat is slechts schijn: ik blijf mij verbazen!
Laatst kwam er een jongedame op mijn spreekuur. Ze had een dubbele afspraak gemaakt. Het is een pittige tante. Ze heeft in haar jonge leven al veel voor haar kiezen gehad. En toch klautert ze er steeds weer bovenop.
Ze kwam dus mijn spreekkamer binnen, groette mij en ging zitten. Ik dacht dat het consult kon beginnen. Ze bukte zich, zocht eindeloos in haar tas... Ik wachtte nieuwsgierig af wat er komen ging.
Er verscheen een fles drinkontbijt op tafel en een flesje water. Ik was even sprakeloos, moest het tafereeltje een paar seconden op me in laten werken. Ik keek mijn spreekkamer eens rond: werd ik misschien gefilmd? Was dit een grap?
Toen ik haar vroeg wat ze van plan was, antwoordde ze dat ze nog moest ontbijten. En ze vervolgde, waarschijnlijk als reactie op mijn uiterst verbaasde blik, met de vraag of ik daar soms bezwaar tegen had!

Heeft u ook een perikel?
Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl