

Patiënt is dupe van voorkeursbeleid CZ

De beste dokter kan het niet alleen

dr. Roger A.M.J. Damoiseaux,
huisarts, Hattem

Correspondentieadres:
rdamoiseaux@hotmail.com
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Altijd geholpen door 'de beste' dokter. Dat is wat CZ haar verzekerden belooft en dat klinkt natuurlijk aantrekkelijk. Maar het is niet moeilijk te bedenken wat er met de wachtlijsten gebeurt als alle 'gemiddelde' artsen ineens buitenspel komen te staan.

Zorgverzekeraar CZ wil alleen nog maar de beste dokters contracteren. CZ-verzekerden zouden daardoor voortaan altijd worden geholpen in het ziekenhuis dat voor een behandeling de beste zorg levert. Een klein stukje in de Volkskrant van 3 mei meldt dit terloops.¹ Het klinkt als een loffelijk streven, maar dit kan vergaande, negatieve gevolgen hebben voor de patiënt. Met het huidige tekort aan artsen zal zo'n voorkeursbeleid ongetwijfeld tot lange wachtlijsten leiden, en zal noodzakelijke zorg worden uitgesteld. Alleen al de toenemende zorg voor ouderen vraagt momenteel alle hensen aan dek, en als er dan dokters worden uitgesloten, moet de patiënt langer wachten.

Incidenten

Het is op zich begrijpelijk en volledig legitiem dat mensen de best mogelijke zorg willen als ze ziek worden. Wat de beste zorg is, is echter niet altijd eenduidig aanwijsbaar. Medische profes-

sionals zijn verplicht om de best mogelijke zorg te leveren die in hun vermogen ligt. Kwaliteitsverbetering moet een intrinsiek onderdeel zijn van hun werk. In Nederland hebben we

bewust gekozen voor herregistratiecriteria voor artsen die zijn gericht op competentie. Deze herregistratie heeft geen selectief doel – het opsporen van disfunctionerende dokters – maar een educatief doel: de competentie van artsen

verbeteren.² Hiermee probeert de beroepsgroep een goede kwaliteit te garanderen.

Slechte dokters zullen er echter ook altijd zijn. Die zijn soms betrokken bij incidenten, die toenemende aandacht krijgen in de media. Deze incidenten beschadigen het vertrouwen van patiënten in de medische sector, en moeten dan ook worden aangepakt. Daarover bestaat geen twijfel. En daarvoor bestaat de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Die moet de uitwassen signaleren en ertegen optreden.

Incidenten mogen echter niet tot de conclusie leiden dat het slecht is gesteld met de gezondheidszorg in Nederland. Hoewel verbeteringen altijd mogelijk zijn en we daaraan ook moeten werken, hebben we nog steeds een van de beste gezondheidszorgsystemen in de wereld, waar men in het buitenland naar kijkt om ervan te leren. En incidenten mogen al helemaal niet leiden tot een beperking van het aanbod. Dat is het paard achter de wagen spannen.

Patiëntenoordeel

De vraag wie de beste dokter is, is ook nauwelijks te beantwoorden. Bij de beoordeling van de kwaliteit van zorgprofessionals wordt vaak gebruikgemaakt van prestatie-indicatoren en het oordeel van patiënten. Om een goede signaalfunctie te kunnen vervullen moeten prestatie-indicatoren betrouwbaar en valide zijn. Ze kunnen echter onbetrouwbaar zijn door verschillen in de patiëntenpopulaties van artsen.³ Het gebruik van prestatie-indicatoren leidt zelfs tot strategisch gedrag, zoals het

De vraag wie de beste dokter is, is nauwelijks te beantwoorden

SAMENVATTING

- Zorgverzekeraar CZ wil alleen de beste dokters contracteren.
- Het vaststellen wie de beste dokter is, is discutabel.
- Uitsluiten van dokters leidt ongetwijfeld tot lange wachtlijsten en uitstel van noodzakelijke zorg.
- De beroepsgroep zelf moet kwaliteit garanderen, de inspectie controleert en de patiënt kiest.

Als we alleen de bovengemiddelde dokter contracteren, dan wordt per definitie de helft van alle artsen gediskwalificeerd.

beeld: Corbis



weren van hoogrisicopatiënten en het manipuleren van data.⁴

Literatuuronderzoek naar het gebruik van prestatie-indicatoren toont aan dat er qua kwaliteitsverbetering wel enig effect is op instellingniveau, maar niet bij de individuele zorgverlener.⁴ Tegelijkertijd verhuut alle aandacht voor de meetbare prestatie-indicatoren de andere kerncompetenties van een arts, zoals de communicatieve vaardigheden en het inboezemen van vertrouwen.

Moeten we dan blindvaren op het oordeel van patiënten? Dat is evenmin een betrouwbare maat. Patiënten kunnen de technische kwaliteit van een arts immers moeilijk inschatten.⁵ Zij kunnen wel iets zeggen over de andere genoemde competenties, maar het is onbekend hoeveel patiënten we moeten raadplegen voor een betrouwbaar oordeel over deze competenties. En als we dan al de goede dokters van de slechte kunnen onderscheiden, waar leggen we dan de grens? Welke dokter behoort tot 'de beste'?

Wie mag wel meedoen en wie niet? Stel dat we uitgaan van de gemiddelde dokter en alleen de bovengemiddelde dokter contracteren, dan wordt per definitie de helft van alle artsen gediskwalificeerd. Zelfs in een rijk land als Nederland kunnen we ons dat niet permitteren.

Recht van spreken

Zorgverzekeraars zijn niet bij uitstek diegene die zich moeten uitspreken over de kwaliteit van artsen. Patiënten hebben hier meer recht van spreken en artsen moeten zorgen dat patiënten op goede kwaliteit kunnen rekenen. Hierbij moeten patiënten zich gesteund weten door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Zorgverzekeraars moeten financieren wat ze verzekeren en waar de Nederlandse burger voor betaalt. Over de omvang van het pakket kunnen ze debatteren met de politiek en het College voor Zorgverzekeringen. De uitvoering ligt bij de zorgprofessionals, en de keuze bij de patiënt. 



De literatuurlijst en eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

Referenties

1. CZ: alleen in zee met beste ziekenhuis, de Volkskrant, 3 mei 2010, bron: ANP
2. Kooij LR. Onze (her)registratie en accreditering in internationaal perspectief (ingezonden). Huisarts Wet 2004; 47: 383-4.
3. Landon BE, Normand SL, Blumenthal D, Daley J. Physician clinical performance assessment (prospects and barriers). JAMA 2003; 290: 1183-9.
4. Wollersheim H, Faber MJ, Grol RPTM, Dondorp WJ, Struijs AJ. Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren. Centrum voor ethiek en gezondheid, Den Haag, 2006. www.ceg.nl/data/download/Versie_B5_15_juni.pdf.
5. Rao M, Clarke A, Sanderson C, Hammersley R. Patients' own assessment of quality of primary care compared with objective records based measures of technical quality of care. Cross sectional study. BMJ 2006; 333: 19, doi: 10.1136/bmj.38874.499167.7C.