

CVZ-voorzitter Dik Hermans: 'Artsen moeten leren nee zeggen'

Geld besparen met stepped care

Henk Maassen

Bezuinigen in de zorg betekent meestal hogere premies en een kleiner basispakket. Te simpel, vindt Dik Hermans, bestuursvoorzitter van het College voor zorgverzekeringen. Hij ziet meer in 'stapsgewijze' zorg: beginnen met de goedkope behandeling, en als het echt nodig is de dure.

De voorstellen die het College voor zorgverzekeringen (CVZ) onlangs deed in haar 'Pakketadvies 2010' tellen op tot een besparing van 125 miljoen euro op het zorgbudget. Peanuts vergeleken met de bezuiniging van 11 miljard die twee ambtelijke commissies hebben voorgesteld. Volgens dr. Dik Hermans, bestuursvoorzitter van het CVZ, gaat het om een arbitraire keuze. 'Waarom geen 20 miljard? Als je 11 miljard in verzekerde zorg wil snoeien, dan kan dat niet anders dan door draconisch te snijden in de verzekering. Kijk nu eens naar de partij-

programma's: ik zie niet direct 11 miljard op tafel komen.'

Hermans legt graag uit, met onderstrepende gebaren – jasje uit, want het weer is mooi. Zijn stelling: er wordt vaak te simpel gedacht over kostenbeheersing in de zorg. Het is: of premie verhogen, of het basispakket verkleinen. 'Bij het CVZ zijn we voor doelmatig werken. Dat betekent over- of onderbehandeling zoveel mogelijk beperken. Behandelingen beoordelen op noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid van de zorg. En proberen die vier criteria steeds in onderlinge samenhang te wegen.'

Dik Hermans: 'De beroepsgroepen hebben zelf hun richtlijnen gemaakt, maar wijken daar massaal van af.'

beeld: De Beeldredactie,
Marco Okhuizen



Verzekeraars

Zo kan de financiering van de verzekeraars een stuk scherper, vindt Hermans. 'Ik doel op het vereveningssysteem. Daar zit ook een deel ex-postverevening in. Verzekeraars krijgen op basis van een risicocalculatie door het CVZ een startbudget. Als het boekjaar is afgesloten, gaan we kijken wat de werkelijke kosten zijn. Zijn er uitschieters, dan krijgen ze die bedragen verevend. Ik vind dat daar weinig stimulans in zit voor verzekeraars om scherp in te kopen. Als we die nacalculatie zouden verminderen of zelfs afschaffen, dan zouden we hun risico vergroten, met als indirect effect dat de kosten dalen.' Concurrentie, weet Hermans, stimuleert tot een betere prijs-kwaliteitverhouding. 'Maar', zegt hij er direct bij, 'de gezondheidszorg is geen perfecte markt en zal dat ook nooit worden. De

overheid zal daarmee altijd bemoeienis houden. Ook dat is een knop waaraan de minister kan draaien om te bezuinigen, en wel door een kwaliteitsinstituut op te richten. Let wel: dat moet geen nieuwe organisatie worden, maar een samengaan van een paar organisaties die nu een deel van die functie vervullen, zoals het CVZ, de Regieraad, of het CBO.'

Minste pijn

Je kunt ook de drempelwaarde van de CVZ-criteria verhogen, suggereert Hermans. 'Neem de ziektelast. Behandelingen van aandoeningen met een lichte ziektelast zouden uit het basispakket kunnen. Je moet dan wel een afkappunt formuleren. Cholesterolverlagers en maagzuurremmers voor een aandoening met een ziektelast die beneden dat punt vallen, worden dan niet langer vergoed uit de collectieve verzekering. Zo kun je dingen uit het pakket halen die letterlijk en figuurlijk het minste pijn doen. Ik vind dat een sympathieke redenering.'

De ambtelijke werkgroep die voor de minister heeft gekeken naar mogelijkheden om te bezuinigen op de cure heeft die keuze ook gemaakt. Niet zonder eerst het CVZ te raadplegen overigens. Hermans: 'Ze

hadden daarvoor aanvankelijk 2,3 miljard euro aan besparingen ingeboekt, maar toen we daar bij het CVZ wat nauwkeuriger naar keken bleef er uiteindelijk 500 miljoen over.'

Dat lag aan de zogeheten DIS-gegevens waarop de ambtelijke werkgroep zich baseerde. Ziekenhuizen en medisch specialisten leveren maandelijks verplicht DBC-gegevens aan het DBC-InformatieSysteem (DIS), maar die zijn niet goed te gebruiken om te bepalen hoe de ziektelast verdeeld is over de populatie. 'Dat komt omdat DBC's gemiddelde typering van aandoeningen en hun behandeling weergeven. Daar zitten aandoeningen met lichte en zware ziektelast in. De ziekte kan ernstig zijn, terwijl de DBC vrij eenvoudig is. Wil je het criterium ziektelast aanpassen en weten wat dat oplevert, dan is goede informatie onontbeerlijk. Dus zouden bij bepaalde interventies registraties mee moeten lopen.'

Hermans erkent dat het een eenzijdige benadering is, die kijkt naar 'de onderkant' van verzekerde zorg. Je zou ook moeten kijken naar 'de bovenkant'. Hoe zinvol is het, heeft hij zich in dit verband wel eens afgevraagd, ouderen massaal preventief statines voor te schrijven? Sommige ouderen hebben er baat bij en winnen

er gezonde levensjaren mee. Maar: 'Is ouder worden een te bestrijden ziekte?'

Onbewezen

Een ander geldvretend probleem vindt Hermans het veel te grote aantal onbewezen therapievormen. Een van zijn favoriete voorbeelden is het feit dat van de zestig beschikbare behandelingen van autisme maar van twintig bekend is of ze al dan niet werken. Er moet op den duur een basispakket komen dat alleen onderbouwde, evidence-based behandelingen omvat, vindt Hermans. Psychoanalyse was volgens sommigen het eerste slachtoffer van een hele reeks therapieën die om die reden niet langer voor vergoeding in aanmerking zullen komen. Hermans corrigeert: 'Strikt genomen is psychoanalyse niet uit het pakket verdwenen. Het heeft er namelijk nooit in gezeten. Je zou kunnen zeggen dat het ten onrechte is vergoed.' Hij roept de methodiek van het CVZ nog maar eens in herinnering. 'We hanteren een positieve lijst geneesmiddelen en hulpmiddelen die worden vergoed en alleen in het basispakket komen als de minister daartoe besluit op advies van het CVZ. Maar er is ook een open lijst die autonoom groeit. Zodra een behandeling door de beroepsgroep als verstandig wordt gezien en in de praktijk wordt toegepast geldt ze als verzekerde zorg, tenzij het CVZ adviseert niet te vergoeden.'

Stepped-care

Voor Hermans is *stepped care*, zelf spreekt hij liever van 'gepast gebruik', misschien wel dé sleutel om te komen tot een goedkopere, maar kwalitatief prima zorg. Hij geeft een voorbeeld: 'Bij incontinentie is de meeste effectieve behandeling bekkenbodempysiotherapie. Dat is nu overigens geen verzekerde zorg; vreemd genoeg, zeg ik erbij. Een chirurgische ingreep is dat wel. Maar die is heel erg duur en belastend voor de patiënt. Wij adviseren deze fysiotherapie in het pakket op te nemen en dan stapsgewijs te werk te gaan. Eerst bekkenbodempysiotherapie toepassen, en als dat niet werkt, overgaan op chirurgie.'

Ook het plaatsen van stents is een dure en riskante ingreep, die volgens Hermans vaak onnodig is. 'Medicatie blijkt vaak net zo goed te werken. Met zorgvuldiger beleid valt daar 106 miljoen euro op te besparen, zo hebben we berekend.'

Maar, concludeert het CVZ ook in haar rapportage, toepassen van *stepped care* bij deze patiënten is minder eenvoudig dan het lijkt. Waarschijnlijk omdat er onvoldoende

**'Hoe zinvol is het
ouderen massaal statines
voor te schrijven?'**





‘Geneeskunde is ook een sociale wetenschap; dat wordt wel eens vergeten.’



‘incentives’ zijn bij patiënten en artsen om te starten met optimale conservatieve behandeling. ‘De PCI-plaatsing is “gemakkelijker” voor de patiënt en lucratiever voor de arts en het ziekenhuis. Bovendien geldt in Nederland de eis dat een arts en een ziekenhuis een minimumaantal interventies per jaar moeten verrichten om hun expertise en vergunning te behouden.’

Massaal afwijken

Niet alle cardiologen zijn het eens met de analyse van Hermans. In een ingezonden brief in MC van 22 april schrijft cardioloog René Dijkgraaf bijvoorbeeld dat er al jarenlang een fel debat wordt gevoerd over de effectiviteit van stents versus die van medicatie. Daarbij wordt trouwens in Europa meestal medicatie gegeven en worden in de VS vaker stents geplaatst, schrijft Dijkgraaf.

Hermans zucht. Hij is niet overtuigd. ‘De beroepsgroepen hebben zelf hun richtlijnen gemaakt. Tegelijkertijd blijkt dat ze daar massaal van afwijken. Ik beschuldig niemand, maar we moeten het er wel over hebben.’

Hoe denkt hij professionals zover te krijgen dat ze zich (nog) meer conformeren aan hun richtlijnen? ‘Door ze te wijzen op dat massale afwijken – dat kan op zichzelf al leiden tot zelfcorrectie. Ik spreek vaak met professionals, ook van hen hoor ik vaak dat ze overbehandelen, dat ze te vaak toegeven aan patiënten. Dat ze te veel op inkomen letten en te weinig op de kwaliteit van zorg. Bedenk wel: in een verdienmodel waarin geld de motor is, kun je dat ook verwachten.’ Hermans hoort



van artsen dat maar liefst 40 procent van hun verrichtingen medisch zinloos is, in termen van controles of heronderzoeken. Dat gegeven, de verhoogde productie en de ‘hoogte van de tarieven van de zorgprofessionals’, zoals Hermans het diplomatiek omschrijft, kunnen zorgen voor overschrijdingen van de zorguitgaven. Daags na het interview greep de minister dan ook in en joeg de medisch specialisten tegen zich in het harnas.

Nee zeggen

De RVZ schat dat 30 procent van de kosten van de zorg gedragsbepaald is en de Rotterdamse hoogleraar Johan Mackenbach becijferde onlangs dat bijna de helft van alle aandoeningen potentieel vermijdbaar is. Zulke feiten maken Hermans tot een groot voorstander van het bij elkaar brengen van risico-opsporing en behandeling. Hij is ervan overtuigd dat ook dat op termijn kostenbesparend werkt.

Wat nu collectieve preventie heet, het terrein dus van de GGD's, daar kunnen naar zijn idee ook de eerste lijn, scholen en gemeentes actief worden. Hij wijst er daarbij fijntjes op dat er verzekeraars zijn die ‘nu wat ongelukkig in het vereveningssysteem zitten. Die daardoor extra gemotiveerd zijn het aantal patiënten met slechte risico's te verminderen en daarom baat hebben bij investeren in preventie.’

Hermans wijst er verder op dat in de zorgverzekeringswet geïndiceerde preventie wordt gedekt, ‘maar dat is nog iets anders dan dat het in de praktijk ook wordt toegepast. Een miljoen Nederlanders slijkt antidepressiva: het lijkt me verstandig dat huisartsen met een belangrijk deel van deze patiënten eerst eens praten, leefstijlverandering adviseren en aansporen tot bewegen.’

Dat artsen zo soms met recalcitrante patiënten te maken krijgen, hoort erbij. ‘In de beroepsopleiding van artsen hoort daarom een intensieve training “nee zeggen”. En het equivalent daarvan: technieken aanleren om mensen te motiveren de juiste dingen te doen, zich bewust te worden van hun leefstijl.’ Geneeskunde, bezweert de pedagoog Dik Hermans, is immers ook een sociale wetenschap. ‘Dat wordt wel eens vergeten.’ 



Een link naar het rapport ‘Pakketadvies 2010’ vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.