

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
t.a.v. Hare excellentie mevrouw E.I. Schippers, minister van Volksgezondheid
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Betreft:
kwaliteits & financieel beleid

Datum:
3 juni 2014

Hooggeachte mevrouw Schippers,

Graag neem ik de vrijheid u een voorstel te doen voor een kwaliteitsbeleid welke naar ruwe schatting een toename geeft van 10% effectiviteit van verleende zorg.

Het zal u niet zijn ontgaan dat afgelopen weken de vrije artsenskeus (lees vrije keus van zorgverlener) tot veel ophef in "zorgverlenersland" heeft gezorgd. De achterliggende gedachte is de druk op zorgverzekeraars om transparantie te geven aan hun verzekerden betreffende de kwaliteit van geleverde zorg. Uiteindelijk doel is natuurlijk om de beste zorg in te kopen voor de laagste prijs. Om één en ander te kunnen realiseren staat thans artikel 13 ter discussie opdat zorgverzekeraars selectief kunnen inkopen.

Het meten van kwaliteit van zorg blijft uitermate lastig. Zelfs een harde uitkomstmaat "sterfte cijfer" zorgt al voor enige problemen bij academische, topklinische of algemene ziekenhuizen. Diverse ziektespecifieke en generieke meetinstrumenten zijn beschikbaar om de gezondheidstoestand te kunnen meten met een evaluatief, prognostisch en / of diagnostisch doel. Het meten van de gezondheidstoestand van patiënten / zorgconsumenten wordt vaak verward met het meten van kwaliteit van geleverde zorg. Zeer zeker zal er een correlatie aanwezig zijn tussen meten van kwaliteit van zorg en gezondheidstoestand. Bij retrospectieve en prospectieve (niet gerandomiseerde) studies worden homogene groepen vergeleken met elkaar en kan worden gecorrigeerd voor potentiële confounders en effectmodificatoren. Bij randomised clinical trials is voornoemd probleem niet aanwezig a.g.v. de randomisatie. Bij het meten van behandel-effecten van de dagelijkse zorg zal door aanwezigheid van heterogeniteit en diverse effectmodificatoren het meten van de kwaliteit van zorg bemoeilijkt worden.

Medio jaren '90 is het principe van evidence based medicine door Sackett geïntroduceerd. Evidence Based Medicine (EBM) is het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen voor individuele patiënten. De praktijk van evidence-based medicine impliceert het integreren van individuele klinische expertise met het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is, in combinatie met de voorkeuren, wensen en verwachtingen van de patiënt. Wanneer Evidence Based Medicine daadwerkelijk wordt toegepast neemt ruwweg de effectiviteit met 10% van de verleende zorg toe. Probleem bij Evidence based Medicine is beschikbaarheid van externe evidentie voor alle zorgprofessionals. Van real time toegang tot externe evidentie op niveau van de individuele patiënt is al helemaal geen sprake ondanks dat de technische mogelijkheden hiertoe aanwezig zijn. Alleen binnen een academische setting is de toegankelijk tot externe evidentie wel geborgd. Van alle betrokken partijen, zowel zorgconsumenten, zorgverzekeraars, zorgverleners en beleidsmakers mag verwacht worden dat zij de beste zorg willen. Het spanningsveld is gelegen in de beste zorg voor de laagste prijs. Spijtig genoeg is het landelijk elektronische patiënten dossier (EPD) er (nog) niet gekomen. Het gebruik van diverse soorten EPD systemen met / zonder declaratiemodule via Vecozo is inmiddels gemeengoed geworden.


Wanneer landelijk een generiek systematiek ontwikkeld wordt waarbij via slimme EPD systemen real time externe evidentie wordt gezocht op individueel patiënniveau dan stimuleert dat het toepassen van het principe van Evidence Based Medicine en neemt naar verwachting de effectiviteit van geleverde zorg met circa 10% toe. Zo'n systeem zou de zorgprofessional moeten helpen bij het vinden van risico en / of prognostische factoren. Tevens kan zo'n systeem helpen met voorspellen van te verwachten resultaat en helpen bij het vinden van interventie voorstellen. Dit stimuleert eveneens het principe van "shared decision making" tussen zorgprofessional en zorgconsument. Diverse studies tonen momenteel het positieve effect wanneer het principe van shared decision making wordt toegepast. Vanuit het door mij voorgestelde mechanisme gaat een stimulerende werking uit enerzijds voor de huidige "achterblijvers" in het leveren van kwalitatief hoogwaardige zorg. Anderzijds stimuleert zo'n systeem een juiste multidisciplinaire samenwerking daar waar echt nodig of voorkomt juist onnodige multidisciplinaire samenwerking. Ook voor de voorlopers kan zo'n systeem stimulerend werken vanwege de real time functionaliteit. Benchmarking wordt mogelijk eenvoudiger omdat verzekeraars kunnen kijken naar kosten en gezondheidswinsten van geleverde zorg door zorgprofessionals welke actief met zo'n systeem werken versus zorgverleners welke dat niet doen. Gezien de huidige tendens van toenemende patiëntgebonden administratie kunnen slimme EPD systemen een lastenverlichting geven voor de zorgprofessional met juist toename van geregistreerde (en meetbare) gegevens.

Wanneer 10% toename effectiviteit gelijk staat in toename doelmatigheid (dus 10% kostenreductie) zou een dergelijk voorstel 9 miljard aan bezuiniging kunnen opleveren waarbij er niet op kwaliteit wordt ingeleverd maar juist op kwaliteit wordt gewonnen.

Wanneer zorgprofessionals weer meer tijd krijgen voor direct patiëntenzorg door gebruik te maken van slimme EPD systemen en onderwijl effectiever werken ontstaat een win-win situatie. Evidente kostenreductie, toename effectiviteit / doelmatigheid van zorg, administratieve lastenverlichting en vereenvoudiging van benchmarking.

Gaarne verneem ik uw reactie op voornoemd voorstel. Vanzelfsprekend ben ik bereid hierover met u van gedachten te wisselen.

Vertrouwende u hiermede vooralsnog voldoende te hebben geïnformeerd, verblijf ik,
hoogachtend,



Drs. Mark van Velzen
klinisch epidemioloog
fysiotherapeut / manueel therapeut