

Vergaderjaar 2016–2017

33 654

Kostenbeheersing in de zorg

Nr. 22

BRIEF VAN DE MINISTER EN STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 29 november 2016

Uw Kamer heeft, met oog op het te houden Algemeen overleg over «Verspilling in de zorg» op 26 januari 2017, gevraagd om een duiding van de effectiviteit van de ingezette financiële middelen van het programma Aanpak verspilling in de zorg, alsmede inzicht in de besparingsagenda.

Inleiding

Het programma Aanpak verspilling in de zorg is van onderop begonnen, startend vanuit de praktijk zoals burgers en zorgverleners die beleven. Mensen hebben massaal verspillingen die zij zagen, gemeld bij het Meldpunt verspilling. Dat heeft veel inzicht gegeven. De meldingen zijn besproken met een brede vertegenwoordiging uit de zorgpartijen. De oplossingen zijn samen verkend en getoetst. Zo ontstond een gezamenlijke agenda. Gaandeweg het programma heeft dit zich ontwikkeld tot een nieuwe werkwijze vanuit de praktijk, die het Ministerie van VWS sindsdien vaker toepast, zoals bij praktijkteams. Het verbeteren van de zorg door en samen met de professionals in de gezondheidszorg leidt tot draagvlak en verspreiding van goede voorbeelden. Het is juist deze energie van professionals zelf die daadwerkelijk veranderingen tot stand brengen. De drie voorzitters hebben daarbij opgetreden als ambassadeurs om de resultaten verder te brengen.

Het programma is afgesloten en daarom kijken we terug op wat het heeft opgeleverd. Maar de geleerde lessen nemen we mee, want aandacht voor minder verspilling blijft nodig.

Het programma Aanpak verspilling in de zorg draagt bij aan het in de hand houden van de stijgende zorgkosten. Daarmee is het programma onderdeel van het brede beleid gericht op een doelmatige besteding van middelen. Een van de manieren om binnen de beschikbare financiële kaders te blijven is immers het verminderen van verspilling. De aanpak van verspilling levert daarmee een bijdrage aan de realisatie van de financiële afspraken in de zorgakkoorden over beperking van de groei van

de zorguitgaven. Zoals aangegeven bij de start van het programma kunnen daarom, in verband met de besparingen als gevolg van aanpak van verspilling, geen aanvullende besparingen worden verwacht bovenop de reeds afgesproken besparingen.

Met dat basisuitgangspunten biedt onderstaande kwantificering enig inzicht in de financiële effecten van de acties die genoemd zijn in de laatste kamerbrief over het programma Aanpak verspilling in de zorg.¹ Daarbij tekenen wij aan dat vanwege de overlap tussen verspilling en ondoelmatigheid de besparingen als gevolg van minder verspilling veelal niet goed apart zijn te onderscheiden. Toch is geprobeerd – voor zover mogelijk – per actie binnen het programma een kwantificering van de effecten te maken. Soms is dat gelukt, vaker niet. De uitkomsten van nog lopende pilots zullen mogelijk in de nabije toekomst meer inzicht bieden in de precieze effecten.

In genoemde kamerbrief is ook nadrukkelijk benoemd dat de toegenomen bewustwording van groot belang is voor het tegengaan van verspilling. De vele goede voorbeelden op de website (www.verspillingindezorg.nl)², waarvan enkele in deze brief worden aangestipt, zijn een illustratie daarvan.

Genees- en hulpmiddelen

Bij genees- en hulpmiddelen is gekozen voor een aanpak van verspilling bij de bron. Dat betekent het meer op maat voorschrijven en afleveren van medicijnen bij de eerste uitgifte en in de laatste levensfase en gepast gebruik bij dure middelen. Dat voorkomt dat medicijnen ongebruikt overblijven. Bij hulpmiddelen wordt onnodig omwisselen voorkomen door afspraken tussen leveranciers en gemeenten.

Het aanpassen van de verpakkingsgrootte heeft financieel gezien een beperkte opbrengst, maar kan een bijdrage leveren aan een grotere duurzaamheid. Fabrikanten kiezen namelijk voor de meest optimale omvang van de verpakking, mede gegeven de verschillen tussen landen in voorschrijfgewoonten. Een doorslaggevende rol hierbij spelen de kosten van de grondstoffen, die bij de meeste medicijnen heel erg laag zijn. Daarnaast vergt het veranderen van de verpakkingsgrootte van bestaande geneesmiddelen een nieuw, kostbaar registratieproces. In het geval van nieuwe geneesmiddelen, kan aangestuurd worden op een kleinere verpakking. Dit leidt niet tot financiële besparingen.

Bij sommige dure medicijnen ligt dit anders. Bij geneesmiddelen waarvan de hoeveelheid afhankelijk is van de kenmerken van de patiënt of de behandeling, is de verpakkingsgrootte per definitie niet passend. Hier wordt door verzekeraars en ziekenhuisapothekers gezocht naar doelmatig gebruik van medicijnen o.a. door pooling van patiënten. Bij bepaalde reumamedicatie kan hierdoor 15% worden bespaard. Een andere methode is het zoeken naar de optimale dosering. Door resulterende lagere dosering van reumaremmers wordt per patiënt een besparing van € 2.000 tot € 4.000 gerealiseerd. Dit concept wordt nu bij meerdere ziekenhuizen geïmplementeerd. Een andere besparing is mogelijk door gepast gebruik en te kijken welke patiënten baat hebben bij bepaalde middelen en welke niet.

Het naleven van de afspraken over de prescriptieregeling leidt enerzijds tot hogere afleverkosten bij de apotheek, anderzijds blijven minder medicijnen ongebruikt over. Slechts in een op de drie gevallen volgt na

¹ Kamerstuk 33 654, nr. 20.

² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

een eerste uitgifte een vervolguutgifte, blijkt uit cijfers van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK). We veronderstellen dat de extra kosten vanwege de extra aflevering opwegen tegen de besparing van de niet gebruikte medicijnen.

Het doorgebruiken van thuismedicatie in het ziekenhuis voorkomt allereerst het weggooien van medicijnen die mensen thuis hebben. Patiënten houden hun eigen medicijn en worden dus niet overgezet op het (mogelijk duurdere) medicijn dat de ziekenhuisapotheek in het assortiment heeft en ook hoeven ze niet te worden teruggezet naar het oude middel. Daarnaast hoeven minder voorraden op de afdelingen in het ziekenhuis te worden aangehouden doordat de geneesmiddelen die niet specifiek zijn voor de afdeling sterk afnemen. Bovendien zijn de verpleegkundige en apothekemedewerker 35% minder tijd kwijt. De lopende pilot zal hierover meer informatie opleveren.

De investeringen voor het introduceren van farmabuddy's in apotheken omvatten een cursus en implementatietijd in de apotheek. Apothekers geven aan dat deze aanpak leidt tot meer rust in het proces in de apotheek en minder (onnodig) gebruik van medicijnen in de laatste levensfase doordat de farmabuddy's veel intensiever betrokken zijn bij het zorgproces en meer in contact staan met andere zorgverleners. Uit tussentijdse resultaten blijkt dat verspilling bijvoorbeeld wordt tegengegaan door wijziging van de dosering of de afgeleverde hoeveelheid, substitutie van het product en niet leveren omdat er nog genoeg voorraad is of omdat de apotheek hoort van een acute ziekenhuisopname.

Heruitgifte van medicijnen is vanwege de kosten van het opnieuw in het proces brengen alleen rendabel bij vrij dure medicijnen. Het omslagpunt ligt bij € 206 en, in het geval van een gekoeld product, bij € 600. Dat betreft de kosten van de volgende handelingen: verpakken van alle afgeleverde medicijnen met een chip, beoordelen van de kwaliteit van de teruggebrachte medicijnen, in het magazijn plaatsen van de bruikbare medicijnen en inzamelen van de chips van niet teruggebrachte medicijnen. In 70% van de gevallen zijn de kosten van de medicijnen minder dan € 2 per patiënt per maand. Ongebruikte medicijnen met een waarde van meer dan € 100 worden sporadisch teruggebracht naar de openbare apotheek, zo is gebleken. Onderzocht wordt of orale oncolytica en reumamedicatie hergebruikt kunnen worden.

Het inzamelen van medicijnafval bij de apotheker heeft geen budgettaire gevolgen voor de rijksoverheid, maar is met het oog op het in het milieu komen van geneesmiddelen belangrijk. Een deel van de openbare apothekers moet betalen voor het aanleveren van medicijnafval bij de gemeente omdat het gezien wordt als bedrijfsafval. In andere gevallen is het aanleveren gratis voor de apotheker.

Dankzij gemaakte afspraken in de branche worden hulpmiddelen vaker gerepareerd en beter onderhouden. Ook worden niet-gebruikte hulpmiddelen door de leverancier opgehaald en gerecycled. Hergebruik van mobiliteitshulpmiddelen is daardoor toegenomen. Doelmatiger inkopen van hulpmiddelen door gemeenten leidt tot besparingen op de gemeentebegroting. Schattingen van brancheorganisatie Firevaned geven aan dat behoud van een hulpmiddel bij verhuizing circa € 3 miljoen aan ongebruikte hulpmiddelen oplevert en het behoud hulpmiddelen na contractering van een nieuwe leverancier tot € 9 miljoen. Daarnaast kan bij verhuizing van de thuissituatie naar een verpleeghuis het behouden van het eigen hulpmiddel tot € 1,5 miljoen aan ongebruikte hulpmiddelen besparen. Belangrijk punt is dat het voorkomen van omruil ook bijdraagt aan een hoge mate van cliënttevredenheid.

Care

In de intramurale langdurige zorg gaat het vooral om het leveren van zorg aan kwetsbare mensen. Deze zorg wordt meestal door grotere zorginstellingen georganiseerd en geleverd. De door melders ervaren verspillingen richten zich dan ook met name op de manier waarop deze zorg wordt geleverd en op uitgaven van de zorginstellingen. Het gaat dan om voedselverspilling, inkoopkosten, registratielasten, onnodige handelingen en betere samenwerking bij het verlenen van de zorg.

Onderzoek en praktijkcases wijzen uit dat de voedselverspilling bij verpleeg- en verzorgingsinstellingen substantieel is, circa een derde wordt weggegooid. In Zorgkeuzes in Kaart is becijferd dat wanneer in de hele langdurige intramurale zorg een deel van deze verspilling wordt tegengegaan dit een mogelijke besparing van 50 miljoen kan opleveren. Naast het voorkomen van voedselverspilling leidt dit tot aandacht voor gezonde en goede voeding waarmee ondervoeding kan worden voorkomen.

Ook op andere deelgebieden van inkoop door zorginstellingen is nog veel winst te behalen. Het besparingspotentieel betreft volgens het rapport «Inkoopbesparing en inkoop samenwerking» van GGZ-Nederland drie punten, namelijk besparing door alleen in te kopen wat onmisbaar is (50%), besparing door alleen producten en diensten af te nemen waar een contract aan ten grondslag ligt (35%) en inkoop samenwerking (15%). Verbetering van de inkoopfunctie door inkoopdoorlichting kan vooral bij de eerste twee punten een goede hulp zijn; een pilot onder care instellingen is hierop gericht. Inkoopcoöperatie Intrakoop, het grootste inkoop samenwerkingsverband in de zorg, geeft aan dat er zorgbreed nog een aanzienlijk jaarlijkse besparingspotentieel is als we er in zouden slagen om meer inkoop samenwerking te realiseren.

Bij het daadwerkelijk verlenen van zorg is het belangrijk dat zorgverleners zich vooral daarop kunnen richten. Een reductie van registratielasten zorgt voor meer handen aan het bed. Naar schatting gaat 20% van de tijd van verplegenden en verzorgenden op aan het invullen van formulieren. Sessies met zorgprofessionals waarin met behulp van een toolbox de bestaande registraties worden doorgelicht, laten zien dat dit percentage omlaag kan. Indien een reductie van 10% van de registraties mogelijk is zou 2% van de tijd van de professionals worden vrijgespeeld voor extra zorgverlening aan de cliënt. In financiële termen: de totale arbeidskosten in de geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, verpleeghuiszorg en thuiszorg zijn € 20 miljard. Ongeveer € 17 miljard daarvan betreft loonkosten in het primaire proces. Twee procent daarvan is € 340 miljoen, die beschikbaar zou komen voor directe zorgverlening. Ook het voorkomen van onnodige zorghandelingen zorgt ervoor dat er meer tijd aan zorg voor de cliënt kan worden besteed. Uit de pilot «Slim zorgen» van Vilans blijkt dat een thuiszorgteam gemiddeld 290 minuten per week bespaart door onnodige handelingen na te laten en over te stappen op modernere werkwijzen. Voorbeelden hiervan zijn het zelfstandig aantrekken van steunkousen met hulpmiddelen en het overstappen op verzorgend wassen. Veelal zijn cliënt en medewerker meer tevreden met de nieuwe situatie.

Cure

Het tegengaan van verspilling valt in de curatieve zorg vaak samen met hogere doelmatigheid. Dat geeft zorgaanbieders een sterke prikkel om verspilling in de eigen organisatie tegen te gaan door interne verbetertrajecten. Binnen de keten kan door betere samenwerking en afstemming de verspilling worden teruggedrongen en de kwaliteit van de zorg verbeterd.

De aanpak van verspilling is onderdeel van de afspraken over de beperking van de groei van de zorguitgaven in het hoofdlijnenakkoord voor de medisch-specialistische zorg. Daarom kunnen als gevolg van aanpak van verspilling geen aanvullende besparingen worden verwacht, bovenop wat al is afgesproken.

Onderzoek van Wageningen Universiteit heeft uitgewezen dat van de warme maaltijd in algemene ziekenhuizen 40% tot 60% in de prullenbak belandde; de totale voedselverspilling is ongeveer 25%. Door meer aandacht voor voedselverspilling slagen ziekenhuizen erin dit percentage te verlagen naar 10%. Wanneer alle ziekenhuizen dit zouden doen is de besparing in potentie € 17 miljoen.

Bundeling van inkoopmacht door gezamenlijke inkoop kan ook in de cure-sector besparingen opleveren. Aangezien nog niet alle ziekenhuizen gebruik maken van de mogelijkheid om gezamenlijk in te kopen of om op dit gebied samen te werken, kan hier waarschijnlijk nog veel worden bereikt. Twee voorbeelden uit de ziekenhuissector.

- De acht UMC's hebben zich onlangs aangesloten bij een Duitse inkoopcombinatie; al langer bestaan tal van inkoopverbanden.
- IAZ, een inkoopcombinatie van acht ziekenhuizen, geeft aan dit jaar naar verwachting € 6,5 miljoen te besparen door de inkoop samenwerking.

De verwachting is dat door «samen beslissen» de behandelingen beter aansluiten bij wat de patiënt wil en de zorgmiddelen beter worden ingezet. Er is een pilot gestart met het time-out consult bij borstkanker om dit te implementeren en nader te onderzoeken.

Toepassing van het Transfer Interventie Protocol (TIP) zorgt ervoor dat het ontslag van een patiënt uit het ziekenhuis gestructureerder verloopt. Dit leidt tot een goed geïnformeerde patiënt, een beter geïnformeerde opvolgende zorgverlener en 10% minder heropnames als gevolg van een onvolledige overdracht. Mogelijk dat ook de ligduur wordt verkort. De lopende pilot moet hierin meer inzicht geven.

In de opleidingen van medisch specialisten wordt in overleg met de beroepsgroepen kostenbewustzijn verankerd in de opleidingsplannen. Het beoogde effect is dat artsen bewust leren kiezen voor hoogwaardige en kosteneffectieve zorg.

Samenwerking in de keten kan verspilling voorkomen, zoals lokale initiatieven aantonen. De initiatieven zijn echter veelal sterk bepaald door de plaatselijke omstandigheden en verschillen daarom sterk per regio, ook wat de mogelijke besparingen betreft.

- Medisch coördinerend centrum Omnes in de Westelijke Mijnstreek heeft ruim € 300.000 op jaarbasis bespaard door betere diagnostiek en afspraken tussen huisartsen en specialisten (diagnostisch toetsoverleg). Daarnaast werken zij in één digitaal systeem waardoor de toepassing van spertijden mogelijk is. Dit betekent dat het systeem een melding geeft als de arts een aanvraag doet die recent als is uitgevoerd. Hierdoor wordt dubbeldiagnostiek voorkomen.

In de meldingen wordt diagnostiek geregeld genoemd als bron van verspilling. In de eerstelijn valt winst te behalen door uitsluitdiagnostiek die doorverwijzing voorkomt, of het inschakelen van een specialist die spreekuur houdt bij de huisarts. Specialist in het ziekenhuis kunnen diagnostisch onderzoek gericht inzetten waardoor onnodige doorverwijzingen worden voorkomen.

- Een lopend onderzoek bij meerdere ziekenhuizen op de afdeling interne geneeskunde gericht op het aantal diagnostiekaanvragen en de

kosten, kan nader inzicht geven in de besparingen. Dat er besparingen mogelijk zijn is al eerder aangetoond op de afdeling interne geneeskunde van het VUmc. In 2009 werd het aantal diagnostische tests daar met 10% gereduceerd, vooral door artsen meer kostenbewust te maken van de kosten van een test.

Samenwerking van huisartsenpost en spoedeisende hulp (SEH) in nieuwe spoedposten leidt tot 22% minder patiënten op de spoedhulp in ziekenhuizen, maar het resulteert vooralsnog niet in lagere kosten. Dit komt onder meer doordat patiënten na een consult bij de huisarts alsnog worden doorverwezen naar de SEH voor bijvoorbeeld aanvullende diagnostiek, aldus promotieonderzoek van Van Gils-van Rooij, «The Paradox of Urgent Care Collaborations». In het onderzoek is geen rekening gehouden met vervolgcosten.

Tot slot

De meeste reductie van verspilling wordt behaald op de werkvloer, door professionals die met elkaar besluiten anders te werken en op die manier de verspilling verminderen. *Lean management* is de vakterm voor een meer gestructureerde aanpak; op heel veel plaatsen zien we in zowel care als cure dat organisaties daarmee resultaten boeken. Voor elke organisatie is de winst anders, maar de ervaringsverhalen laten zien dat aanzienlijke productiviteitswinsten mogelijk zijn. Een deel van die voorbeelden zijn de afgelopen jaren op de website van het programma geplaatst.

- Brabant Zorg heeft op haar locaties bewoners gemotiveerd om beter om te gaan met het gebruik van *energie*. Hierdoor hebben ze 15% weten te besparen in twee maanden.
- Zorgorganisatie Zorgspectrum heeft *Lean* verbeteringen aangebracht waardoor medewerkers gemiddeld 15 minuten per 8-uursdienst meer aan cliëntenzorg kunnen besteden. Daarnaast is het ziekteverzuim gedaald met 1,8 procentpunt
- Het Groene Hart Ziekenhuis heeft de zorgvraag en de beschikbare capaciteit (personeel, middelen) *efficiënter op elkaar afgestemd*. Zo wordt bij de planning van de Operatie Kamer beter rekening gehouden met de beschikbare capaciteit in de kliniek.
- Het Elisabeth-Tweesteden ziekenhuis heeft op verschillende afdelingen een *optimale geneesmiddelenmix* waardoor minder geneesmiddelen de houdbaarheidsdatum voorbijgaan en dus minder weggegooid hoeft te worden.

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis heeft al zijn *medicijnkamers omgebouwd* zodat het werken in deze kamers meer is gestandaardiseerd en medicijnen uniform zijn opgeslagen. Dit leidt tot minder medicatiefouten en minder verspilling van geneesmiddelen.

Deze verbeteringen van de interne organisatie dragen er aan bij dat organisaties binnen de afgesproken budgettaire kaders kunnen blijven. Niet elke organisatie is even ver, daarom zijn er ook verschillen. Maar de verwachting is dat de praktijken bij de voorlopers gaandeweg ook de achterblijvers bereiken, wanneer de zinnen in de sector gezet worden op tegengaan van verspilling. De intrinsieke drive van professionals, maar ook van bestuurders van organisaties is daarbij een voorwaarde. Goed bestuur doet er toe. Uiteindelijk is het ook in het belang van organisaties zelf om verspilling te verminderen.

Dat betekent dat de winst als gevolg van minder verspilling weliswaar lastig kan worden gekwantificeerd en niet zonder meer als extra besparing wordt kan worden ingeboekt, maar wel bijdraagt aan een beheerste ontwikkeling van de zorgkosten en ook betere zorg voor de patiënt.

Programmakosten

Binnen het programma Aanpak verspilling in de zorg is in totaal € 1,5 miljoen besteed aan zes pilots, een meldpunt en website, drie stuurgroepen en communicatie en onderzoek.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn