

MARIANNE LENSINK, DIRECTEUR ZORG ZORGVERZEKERAARS NEDERLAND:

‘Maak uitkomsten snel inzichtelijk’

Zorgverzekeraars gaan zorg inkopen op kwaliteit, op basis van echte klinische data. Maar voor veel aandoeningen ontbreekt het nog aan indicatoren en toegang tot de klinische registraties. Marianne Lensink van Zorgverzekeraars Nederland roept zorgaanbieders op tot speed, ‘ten gunste van onze verzekerden’.

Het staat in alle drie de hoofdlijnenakkoorden met medisch specialisten, ggz en huisartsen: de kwaliteit van zorg moet transparanter. Minister Edith Schippers heeft daarbij het jaar 2015 uitgeroepen tot het jaar van de transparantie. Zeker nu zorgverzekeraars risicodragend zijn geworden, en de stijging van de zorgkosten is begrensd, zitten ze te springen om goede inkoopinformatie, volgens Marianne Lensink, directeur zorg bij Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Het mag dus wel wat vlotter, wat haar betreft: ‘We moeten de krachten bundelen en zorgen dat die uitkomstindicatoren er komen, want er zijn nog te veel aandoeningen waarvoor ze ontbreken. We moeten uitkomsten registreren en inzichtelijk maken ten gunste van onze verzekerden.’

Kwaliteitsmodel

Het begon allemaal met darmkanker en borstkanker. Niet vreemd, want de patiëntenvereniging Borstkanker Vereniging Nederland publiceerde al kwaliteitsinformatie over borstkanker, CZ had volumenormenten gesteld, en ook Achmea timmerde aan de weg. Tegelijkertijd was

stichting Dutch Institute of Clinical Auditing (DICA) begonnen met de klinische registratie bij darmkanker. Deze initiatieven zijn nu voortgezet in samenwerking met ZN, aldus Lensink, en hieruit is het nieuwe model voor inkoop op kwaliteit geboren. Daarbij wordt een set van ongeveer tien uitkomstindicatoren opgesteld door wetenschappelijke verenigingen, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars. De set wordt vervolgens getoetst door Zorginstituut Nederland. Artsen registreren op basis van deze indicatoren klinische data over hun prestaties, inclusief casemixcorrectie. De ziekenhuizen geven toegang aan de zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties tot de eigen prestaties in de klinische registratie. Zorgverzekeraars kunnen vervolgens het gesprek aangaan over de kwaliteit bij de inkoop en de cirkel is rond. Als tegenprestatie vragen zorgverzekeraars geen extra data meer naast deze set centraal afgesproken indicatoren, wat de administratieve lasten in de zorg moet drukken. ‘Ziekenhuizen zaten soms met wel drie zorgverzekeraars rond de tafel, met steeds verschillende data-sets. Daar komt voor de afgesproken aan-

doeningen een eind aan. We hebben de handen ineengeslagen’, aldus Lensink. Het kwaliteitsmodel is gebruikt bij de inkoop van borst- en darmkanker voor 2015, maar er volgen binnenkort nog een twintigtal andere aandoeningen, als het aan ZN ligt. Daarvoor is er nog wel wat werk aan de winkel. Voor twaalf andere aandoeningen zijn net de indicatorensets aangeboden bij ZN: maag- en slokdarmkanker, longkanker, ovariumkanker, morbide obesitas, rughernia, knieoperaties, heupoperaties, CVA, melanoom, aneurysma, carotis en parkinson. Allemaal ‘tripartite’, oftewel in samenspraak met de drie partijen: aanbieders, patiënten en zorgverzekeraars. Voor deze aandoeningen bestaan bij het meetsysteem DICA of het orthopedenregister LROI al klinische registraties, dus de stap naar inzage door de zorgverzekeraar is niet groot meer.

Voor de overige tien tot vijftien aandoeningen moet nog wel veel gebeuren. Lensink: ‘We zouden sneller willen gaan. Voor veelvoorkomende aandoeningen als prostaatkanker, cataract en depressie ontbreken de indicatoren, dat zijn echt witte

‘In het begin was iedereen heel benauwd’



vlekken. Soms bestaat er geen minimumnorm, soms is er geen registratie. Ook zien we soms dat de hele registratie nog vertrouwelijk is. Al die stappen kosten veel tijd, je bent voor een aandoening zo drie jaar verder.'

Wat doen de zorgverzekeraars bij ontbreken van kwaliteitsinformatie?

'In dat geval kunnen we vanuit ZN de praktijkvariatie meten aan de hand van declaratiegegevens van Vektis. Dat hebben we ook gedaan bij herniaoperaties, inmiddels alweer een jaar geleden. In het begin was iedereen heel benauwd, maar inmiddels hebben we zes van deze praktijkvariatierapporten op onze site staan met naam en toenaam van de zorginstellingen. Dat is winst, daar heeft de zorg-

verzekeraar echt wel zijn nek voor uitgestoken. Het eerste herniarapport heeft gestimuleerd dat de gegevens uit de recentelijk opgezette registratie over de behandeling van hernia openbaar worden. Deze registratie gaat nu alleen nog over de operatieve aanpak van hernia, maar in de toekomst ook over de niet-operatieve aanpak. Maar ook zonder praktijkvariatierapport zetten de zorgverzekeraars stappen. Ze kunnen bijvoorbeeld een volumenorm stellen, als er geen goede kwaliteitsinformatie is. Dat is niet optimaal, maar het kan gebruikt worden.

Het eerste jaar gaf maar 30 procent van de ziekenhuizen inzage in de prestaties. Hoe is dat nu?

'Bij borst- en darmkanker geeft nu meer

dan 90 procent van de ziekenhuizen inzage in de prestaties. Dat is een grotere verbetering. Op 15 april zullen we weten of ze dat voor alle veertien aandoeningen doen.'

Waarom doen niet alle ziekenhuizen mee?

'Dat is misschien een beetje koudwatervrees. De ziekenhuizen leveren al wel aan bij DICA, maar daar worden de gegevens anoniem gedeeld. Het gaat toch een stap verder om de gegevens met de zorgverzekeraar te delen. Zorgverzekeraars willen vooral het gesprek aangaan over de geleverde kwaliteit. We zien dat nu al concreet gebeuren op het gebied van alle aandoeningen waarvoor registraties bestaan, bijvoorbeeld borst- en darmkanker. Natuurlijk willen zorgverzekeraars uit-



‘Helaas zijn er weinig uitkomstmaten voor depressie’

eindelijk kwaliteit van zorg stimuleren. Selectief inkopen op basis van uitkomstmaten en prijs kan daarbij horen, maar meestal zullen aanbieders zelf verbeterprocessen in gang zetten, waardoor selectief contracteren niet aan de orde zal zijn.’

Voor selectief contracteren is een aanpassing van de Zorgverzekeringswet nodig, en die ligt nog bij de Eerste Kamer.

‘Dit betreft een wijziging van artikel 13, zodat bij een naturopolis niet meer alle zorg volledig vergoed hoeft te worden. Ik ga ervan uit dat deze wet erdoor komt. Als klinische uitkomsten transparant worden, kunnen zorgverzekeraars de informatie gebruiken voor hun zorginkoop voor 2016. Op basis van de informatie kunnen zorgverzekeraars hun verzekerden beter informeren over de kwaliteit van de zorg én over wat dit betekent voor de polisvoorwaarden en vergoeding van zorg. Dit alles helpt patiënten bij het maken van een keuze.’

Bij veel aandoeningen is nog weinig bekend over de effecten van een behande-

ling op een patiënt, volgens Lensink, denk aan de zelfredzaamheid van de patiënt na een heupoperatie, of de kwaliteit van leven. ‘Bent u pijnvrij, kunt u weer lopen? Dit soort zaken waren niet bekend.’

Hierin is nu een kentering gaande, ziet Lensink. Naast de CQ-index die kijkt naar patiënttevredenheid, wordt er steeds meer gemeten op basis van PROM (*patient reported outcome measurement*). Er zijn vanuit het buitenland al veel PROM-vragenlijsten bekend, maar veel wetenschappelijke verenigingen hebben nog geen beslissing genomen over een landelijk te hanteren vragenlijst. Lensink: ‘Ik zou een oproep willen doen aan de wetenschappelijke verenigingen om dit op te pakken en tempo te maken met deze uitkomstmaten.’

De geestelijke gezondheidszorg registreert via *routine outcome measurement* (ROM) en heeft het ‘rommen’ al jaren geleden omarmd. ZN wil graag dat zorgverzekeraars hier inzage in krijgen, zodat ze ook in de ggz kunnen inkopen op kwaliteit.

Wat zijn de plannen?

‘In het hoofdlijnenakkoord met de ggz is afgesproken dat de kwaliteit prioriteit heeft en zorgverzekeraars zo spoedig mogelijk inzage krijgen in de prestaties. Het ‘rommen’ wordt door 80 procent van de instellingen gebruikt, dus dat kunnen we verder stimuleren, maar inzage hebben we nog niet. Helaas zijn er weinig uitkomstmaten voor bijvoorbeeld depressie, dus we vragen nu vooral naar proces- en structuur indicatoren. Internationaal worden wel veel uitkomstindicatoren gebruikt voor depressie, daar kunnen we van leren. Ons streven is om voor april 2016 een set uitkomstindicatoren te hebben voor depressie die we als zorgverzekeraars, patiënten en zorgaanbieders kunnen aanbieden aan het Zorginstituut Nederland.’

Dat is ambitieus.

‘De zorgverzekeraar heeft dit nodig, want vanaf 2017 wordt hij risicodragend voor de ggz. Dat kan alleen als hij een goed

model heeft waarmee hij kan zien wat het risico is voor zijn populatie en wat hij dus moet inkopen. Dat vraagt enorme inzet van iedereen. We beginnen met het meten van praktijkvariatie bij depressie in de ggz-instellingen en de ziekenhuizen, aan de hand van declaratiegegevens, net als destijds met het herniarapport. We publiceren de resultaten nog niet op aanbiedersniveau, maar bij een volgende versie willen we die namen ook publiceren. Zorgverzekeraars kunnen dan met zorgaanbieders het gesprek aangaan over de praktijkvariatie.’

Zijn declaratiegegevens wel geschikt?

Dokters moeten nu vooraf een DSM-indicatie vastleggen om vergoeding te krijgen, klinisch kan het anders uitpakken.

‘Hiervoor is een duidelijke productstructuur nodig, en die ontbreekt nu. Dbc’s in de ggz hebben helaas meer met tijdschrijven te maken dan met geleverde zorgproducten. Samen met de zorgaanbieders, patiënten, de NZa en DBC Onderhoud willen we nu zo spoedig mogelijk komen tot een nieuwe productstructuur in de ggz.’

Hoe ziet die nieuwe structuur eruit?

‘De Britse National Health Service werkt met een model, en wij onderzoeken nu of dit in Nederland ook gebruikt kan worden. De afspraken tussen de partijen zijn nog niet rond, maar als de nieuwe structuur er komt, kunnen we wel beter inzichtelijk maken hoe bijvoorbeeld depressie wordt behandeld. Iedereen die het bestuurlijk akkoord in de ggz heeft getekend praat hierover mee.’

De eerste lijn zit hier niet bij, terwijl de huisarts sinds 1 januari wel een heel grote rol heeft gekregen bij de verwijzing en bij de behandeling van depressie.

‘Het hoofdlijnenakkoord met de huisartsen is vorig jaar afgesloten, terwijl de kwaliteitsafspraken met de medisch specialisten en de ggz al langer lopen, dus daar zijn we gewoon al verder mee. Bij huisartsen maken we nu afspraken over het belonen van kwaliteit in de derde tranche van het bekostigingsmodel, dus

VAATDOEKJE

In 25 jaar kindergeneeskunde heb ik nog nooit een toxoplasma-voedselinfectie bij een kind gezien. Salmonella? Misschien een keer of tien. Sterfgevallen? Nooit. Toch benadrukt het ministerie van VWS met een grootscheepse campagne dat we een enorm probleem hebben met die voedselinfecties, vooral ouderen en kinderen. Dat leverde bij mij in de spreekkamer veel vragen op, vooral over de vijf nieuwe keukenregels waar we ons aan zouden moeten houden. De minister zelf benadrukte er één van: elke dag een nieuw vaatdoekje. Schippers bemoeit zich hier dus met onze vrije keuze of we in de keuken vies of schoon willen koken. Vreemd. Op andere beleidsterreinen houdt de minister zich nadrukkelijk afzijdig omdat zij dat onze 'vrije keuze' vindt, terwijl de gezondheidseffecten daar veel groter zijn. Elke dag steken in Nederland 200 kinderen uit 'vrije keuze' voor het eerst een sigaret op. 100 van hen gaan regelmatig roken, en 50 kinderen roken een jaar later dagelijks. Van die 50 zullen er 25 uiteindelijk overlijden aan hun rookverslaving. In Nederland rookt ongeveer 28 procent van alle volwassenen. In landen als Australië en de Verenigde Staten is dat de helft. Het verschil wordt vooral verklaard door twee maatregelen: sigaretten zijn er veel duurder, en op veel minder plaatsen verkrijgbaar. Met twee simpele maatregelen kan de minister dus elke dag minstens 12 kinderen redden van een dodelijke tabaksverslaving. Pakje sigaretten twee keer zo duur maken, en het aantal verkooppunten halveren. ELKE DAG 12 kinderen het leven redden. In plaats daarvan kiest ze voor getrut over vaatdoekjes. Een mooie illustratie hoe irrationeel onze 'vrije' keuzes doorgaans zijn.

Paul Brand

vooral bereikbaarheid, doelmatig voor-schrijven en verwijzingen naar de tweede lijn. Als huisartsen minder verwijzen naar de tweede lijn, kunnen de uitgaven in de eerste lijn meer groeien.'

Maar zorgverzekeraars blijven intussen gewoon inkopen in de tweede lijn.

'Ik weet van een zorgverzekeraar dat hij voor 2015 al meer dan veertig plannen heeft ontvangen voor substitutie van zorg uit de tweede lijn naar de eerste lijn, en dat daarvan slechts een klein deel is afgewezen omdat het onvoldoende was onderbouwd. We staan aan het begin van een proces om de zorg dicht bij de patiënt te organiseren. Zorgverzekeraars hebben goed onderbouwde businessplannen nodig om geld uit de tweede lijn over te hevelen naar de eerste lijn. Tot voor kort was het inderdaad zo dat als de huisarts wat overnam van de tweede lijn, er geen substitutie plaatsvond. Dit probleem kan de zorgverzekeraar niet alleen oplossen, daar hebben we elkaar voor nodig. De substitutiemonitor zal dat probleem niet oplossen, die gaat het alleen monitoren.'

Wat laat de substitutiemonitor wel zien?

'De substitutiemonitor gaat voor de domeinen ziekenhuiszorg, huisartsenzorg en ketenzorg, en ggz laten zien hoe de kosten zich ontwikkelen ten opzichte van de gemaakte afspraken. Over de cijfers over 2015 kan ik nu nog niets zeggen, want zorgverzekeraars zijn nog aan het inkopen. Als de contracten rond zijn, wordt de monitor gepubliceerd en kun je zien hoe de substitutie in 2015 plaatsvindt. Niet op het niveau van de dokter, maar wel op landelijk niveau heel hoog bovenover.'

Concurrentie

Die laatste opmerking van Lensink is niet vreemd, want Zorgverzekeraars Nederland mag uitdrukkelijk geen voorbeelden noemen van zorgverzekeraars, of sturing geven aan de contracten. Dat zou de concurrentie kunnen beïnvloeden tussen zorgverzekeraars en dat mag niet van de Autoriteit Consument & Markt (ACM). Ook de normen mag je niet gezamenlijk

afspreken, want dat rijdt de concurrentie tussen zorgverzekeraars in de wielen. Indicatoren mogen wel worden afgesproken, want elke verzekeraar kan zelf kiezen hoe hij de norm stelt binnen de indicatoren. Lensink: 'Dat vinden ziekenhuizen vaak heel lastig, maar dat is wel hoe het stelsel werkt.'

Dat het de ACM ernst is, werd afgelopen zomer duidelijk, bij het rapport over de spoedzorg van ZN. Het plan was om zes complexere behandelingen te concentreren in een beperkter aantal ziekenhuizen binnen elf regio's. Voor al deze zes aandoeningen is een 24-uursteam nodig, en dus veel middelen en mensen. 'Voor sommige gebieden is dat nogal kapitaalintensief', aldus Lensink. Artsen en ziekenhuizen maakten bij de ACM bezwaar tegen de plannen van de zorgverzekeraars. Ziekenhuizen en artsen maakten zich zorgen dat dit vergaande consequenties zou kunnen hebben voor de gehele ziekenhuiszorg. De ACM concludeerde dat dit mogelijk ten koste zou gaan van de keuzevrijheid van de patiënt. Daarom verlangt de ACM eerst landelijke kwaliteitsstandaarden voor de complexe zorgstromen.

Hoe staat het nu met de spoedzorg?

'Wij doen er nu gezamenlijk niets mee. We hebben de zes zorgstromen in de spoedzorg neergelegd bij het Zorginstituut, met de vraag om kwaliteitsstandaarden, waarmee de verzekeraars verder kunnen. Daar is het wachten op.'

Is het risico van een ACM-ingreep er ook niet bij de dertig gebieden waarin ZN inkoopinformatie verzamelt?

'Nee, want bij de spoedzorg wilden de zorgverzekeraars gezamenlijk inkopen. Bij deze dertig aandoeningen is dat niet het geval, en regelt ZN alleen inkoopinformatie.' ■

web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.