

OVERLAP ZORGT VOOR ONNODIGE ADMINISTRATIEVE ROMPSLOMP

IGZ en verzekeraar moeten niet dubbel controleren

Inspectie en zorgverzekeraar moeten allebei de kwaliteit van zorg bewaken. Om onnodige overlap en bureaucratie te vermijden, is het zaak zo goed mogelijk samen te werken en informatie met elkaar te delen, zeggen Geert Groenenboom en Bas Geerdes, beiden werkzaam bij Achmea Zorg & Gezondheid.

In de zorg hebben we in Nederland, naast de zorgaanbieders, twee partijen die zich intensief bezighouden met de kwaliteit en de veiligheid van de geboden medische zorg, namelijk de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de zorgverzekeraars. De IGZ is belast met het toezicht op de naleving en de opsporing van overtredingen van wet en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden op het gebied van de gezondheidszorg. De zorgverzekeraar heeft in het kader van de Zorgverzekeringswet de zorgplicht: zij moet ervoor zorgen dat verzekerden worden voorzien van kwalitatief goede zorg die binnen hun bereik tijdig wordt geleverd. De kwaliteit van de geboden zorg moet dan ook, volgens de wet, uitdrukkelijk worden meegewogen in het contracteringsbeleid van de verzekeraar. Dat dubbele 'toezicht' roept de vraag op of we het wel efficiënt en effectief hebben georganiseerd. Deze vraag is des te prangerender, nu zowel de IGZ als de verzekeraars te maken hebben met een publieke druk om hun taken met meer gezag uit te voeren. Die druk zou ertoe kunnen leiden dat beide organen, los van elkaar, meer

gaan investeren in de controle en daarmee niet alleen de administratieve last voor de aanbieders vergroten, maar ook het risico dat de samenhang in dat 'toezicht' (verder) wordt gereduceerd. Dit laatste heeft ook gevolgen voor het publieke vertrouwen in de rol van zowel de IGZ als de verzekeraars.

Tegenstrijdige conclusies

Op dit moment houdt de inspectie toezicht op meer dan 40.000 aanbieders van zorg. Zij doet dit met de werkmethode van gefaseerd toezicht. Eerst brengt ze de risico's voor de kwaliteit van de zorg in kaart. Vervolgens spoort zij via inspectiebezoeken of handhavingsmaatregelen

zorgaanbieders aan tot kwaliteitsverbetering. De eerste fase gebeurt door analyse van kwaliteitsinformatie en op basis van aanvullende informatie over de zorg en zorgaanbieder. Deze informatie, veelal afkomstig uit de basisset en enquêtemateriaal, is vaak niet recent of adequaat.

De zorgverzekeraar heeft diverse bronnen om de kwaliteit van zorg in kaart te brengen, zoals declaratiegegevens, materiële controle uitgevoerd door haar eigen artsen en haar eigen kwaliteit-uitvragen bij zorgverleners en verzekerden (o.a. Patient Reported Outcome Measures, PROM's, die patiëntervaringen meten), maar vooral de indicatoren uit het NFU-programma Zichtbare Zorg en de eigen uitvragen van verzekeraars. Declaratiegegevens geven bijvoorbeeld informatie over type behandelingen, patiëntenmix, behandel frequentie, behandelduur, prijs, eventuele herstelingsgrepen of het overlijden van de patiënt.

Al met al leiden deze kwaliteit-uitvragen en bezoeken tot een forse regeldruk en administratieve last voor de zorgaanbieders en kunnen deze mensen en middelen niet ingezet worden ten behoeve van de patiënt. Tevens leidt het optreden van de IGZ en de verzekeraar soms tot niet strokende of zelfs tegenstrijdige conclusies en boodschappen die voor zorgaanbieder en publiek moeilijk te begrijpen zijn en niet bijdragen aan het vertrouwen in het stelsel. Zo zal het niet voor iedereen duidelijk zijn dat een verzekeraar een aanbieder contracteert – dus impliciet zegt dat de

IGZ en verzeke-
raars komen soms
tot tegenstrijdige
conclusies



HET WONDERLAB

kwaliteit van zorg voldoende is – en de IGZ toch ‘ineens’ kan vaststellen dat de kwaliteit van zorg *niet* voldoende is.

Maatregelen

Naar onze mening kan het toezicht effectiever en efficiënter. Om bij te dragen aan een betere invulling van de rol van zowel de IGZ als de verzekeraars en tegelijkertijd de (administratieve) lasten voor de zorgaanbieders niet op te laten lopen, stellen wij in ieder geval onderstaande maatregelen voor.

Onnodige ongerustheid bij patiënten moet worden voorkomen

1. Gebruik van kwaliteitsdata

Ten behoeve van de eerste fase van het toezicht, het signaleren van risico's, zou de IGZ een 'kopie', of een vooraf nauwgezet omschreven bewerking, moeten krijgen van alle declaratiedata die de eerste- en tweedelijnsaanbieders indienen bij de zorgverzekeraar. Dit hoeft niet de volledige declaratieregeling te omvatten – de feitelijke gedeclareerde kosten of de naam van de patiënt doen er in het geheel niet toe voor de taken van de IGZ. Wie op een verstandige manier analyses maakt van deze data kan veel gericht op zoek gaan naar aanbieders die een grotere kans hebben dat er iets aan hun kwaliteit schort. Een voorbeeld uit de fysiotherapie. Uit declaratiedata kan worden berekend wat, over een jaar gemeten, het gemiddelde aantal behandelingen per patiënt van een fysiotherapeut is. Als dit aantal meer dan 20 procent afwijkt van het (landelijk) behandelgemiddelde, is er een vergrote kans dat deze therapeut de richtlijnen niet goed naleeft. Daarmee is de kans dat

de kwaliteit – en ook de doelmatigheid – van zorg in het geding zijn, ook toegenomen. Tezamen vormt dit aanleiding voor een bezoek 'op locatie', om te bezien of de aanbieder daadwerkelijk de richtlijnen niet naleeft.

In de intramurale setting kunnen dergelijke analyses uiteraard ook worden gemaakt. In de declaratiedata kan de verzekeraar bijvoorbeeld zien dat een bepaalde zorgaanbieder na een operatie een significant groter aantal heroperaties of een significant hogere mortaliteit heeft. Vaak heeft de betreffende vakgroep of de bestuurder dit inzicht op dat moment nog niet, laat staan de IGZ.

2. Contact

Verzekeraars moeten zich ervan vergewissen dat een zorgaanbieder veilige zorg biedt en dus een zekere minimumnorm haalt. Alle zorgverzekeraars hebben dan ook artsen in dienst die betrokken zijn bij de inkoop van zorg – waaronder ook de materiële controle – en zeer geregeld met een zorgaanbieder in gesprek gaan over diens kwaliteit. Bij een 'niet-pluisgevoel' zou er contact met de IGZ kunnen worden opgenomen. Meerdere signalen over een aanbieder zouden bij de IGZ tot extra alertheid of extra controle kunnen leiden bij deze aanbieder.

Als de situatie ernstig is, zou de verzekeraar deze aanbieder moeten uitsluiten van een contract. Vaak stuit dit bij lokale partijen op veel weerstand en zelfs onbegrip 'omdat de IGZ nog nooit iets verkeers heeft gezien'. Dat is op zichzelf ook juist, maar er wordt dan uit het oog verloren dat het voor de IGZ niet doenlijk is alle 40.000 (!) aanbieders in de eerste en tweede lijn geregeld te bezoeken.

Andersom komt het ook voor dat een verzekeraar een contract heeft met een ziekenhuis dat in de loop van dat contractjaar 'ineens' onder verscherpt toezicht van de IGZ komt te staan. Daar wordt nu of door de IGZ of door de betreffende instelling over gecommuniceerd. In die situatie is het voor de patiënt weer onduidelijk wat dan de toezichthoudende rol van zijn verzekeraar is geweest. Immers: de verzekeraar had gezegd

'alles pluis' en de IGZ roept ineens 'niet pluis'.

Het zou goed zijn als de IGZ en de zorgverzekeraar hun kwaliteitsprotocollen naast elkaar leggen zodat als een verzekeraar besluit dat ergens sprake is van ondermaatse zorg, men mag veronderstellen dat de IGZ dat ook zou hebben gevonden mocht ze op dat moment een oordeel moeten geven. Dit voorkomt dat er divergerende opvattingen rondzingen over de minimumkwaliteit van zorg, hetgeen het (vertrouwen in het) toezicht per definitie verzwakt. Maar misschien nog belangrijker: onnodige ongerustheid bij patiënten moet te allen tijde worden voorkomen.

3. Formaliseren

Een andere verbetering kan gevonden worden in het opstellen van communicatieprotocollen tussen de twee toezichthoudende instanties. Meer in het algemeen gaat het om de vraag óf en hoe de verzekeraar zijn signalen (uit analyses van data of uit controle) communiceert met de zorgaanbieder en de IGZ. Het rendement van de toezichtfunctie zou verhoogd kunnen worden door dergelijke informatie-uitwisseling te formaliseren. Vanzelfsprekend kan niet zomaar alle informatie worden gedeeld. Het belang van een zorgaanbieder moet worden beschermd. Ook is het relevant dat de Wet openbaarheid van bestuur op de IGZ wél en op een verzekeraar níet van toepassing is. Daarnaast is van belang hoe de patiënt of verzekerde bij de communicatie betrokken wordt.

Maar het rendement van de toezichtfunctie kan zeker worden verhoogd door meer en geformaliseerde onderlinge informatie-uitwisseling. ■

contact

geert.groenenboom@achmea.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld