

DICA opent deuren voor zorgverzekeraars

Ziekenhuizen leveren hun inkoopindicatoren dit jaar via het transparantieportaal van het Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA) aan de zorgverzekeraars. Dit gebeurt onder strikte voorwaarden en met bescherming van de privacy, legt DICA-directeur en gastro-intestinaal chirurg Eric Hans Eddes uit.



Op moment van schrijven is het drie dagen voor de grote dag. Tot 17 april kunnen ziekenhuizen hun gegevens controleren en afvinken in de elf registers van het Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA). Daarna kunnen zorgverzekeraars de gegevens zien via het 'transparantieportaal'. Niet alle gegevens worden zichtbaar voor de zorgverzekeraar. Het gaat alleen om de gegevens waarover de betrokken beroepsverenigingen en zorgverzekeraars inkoopindicatoren hebben afgesproken. Door het plaatsen van een vinkje accorderen de ziekenhuizen doorlevering van scores op deze indicatoren aan de zorgverzekeraar.

Directeur Eddes vindt het spannend. Vorig jaar had slechts 30 procent van de ziekenhuizen zijn controlevinkjes gezet, maar dat was nog een aanloopjaar. Dit jaar verwacht Eddes dat meer dan 80 procent van de ziekenhuizen zijn gegevens wil delen met Zorgverzekeraars Nederland.

Welke afspraken zijn met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) gemaakt?

'De zorgverzekeraars krijgen een getrapte toegang tot de registers. Het eerste jaar gaat het om deelname, het tweede en derde jaar om proces- en structuurindicatoren en pas daarna om echte uitkomstindicatoren. Deze indicatoren worden opgesteld door de beroepsverenigingen en de zorgverzekeraars, op een jaarlijkse bespreking die DICA organiseert. Zo kunnen de zorgverzekeraars inkopen op kwaliteit, op daadwerkelijk geleverde prestaties, op basis van gecontroleerde gegevens, gecorrigeerd voor casemix. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) zijn nauw betrokken bij deze procedure.'

Hoe gingen de besprekingen?

'De zorgverzekeraars wilden eerst alle gegevens uit de databank jaarlijks overhevelen, maar zo werkt het natuurlijk niet. Een greep uit de kas kun je maar één keer doen, daarna is het vertrouwen weg. Vandaar dat er een getrapte transparantie is afgesproken. Alle afspraken zijn ook goed

vastgelegd in overeenkomsten en een privacyreglement tussen DICA, de ziekenhuizen, de bewerker van de gegevens (Medical Research Data Management; MRDM), ZN, de NVZ en de NFU.’

Betalen de zorgverzekeraars mee aan de dure registers?

‘Zorgverzekeraars Nederland heeft de opstart van tien registers gefinancierd. Wanneer het succesvol verloopt, gaat de financiering van de registers na twee jaar over op structurele financiering.’

Hoe is de privacy van patiënten geregeld, nu de poorten van DICA langzaam opengaan?

‘DICA heeft geen gegevens die tot patiënten herleidbaar zijn, zoals burgerservicenummer of geboortedatum in combinatie met postcode. Die patiëntgegevens liggen wel bij de bewerker (MRDM). Deze partij heeft een bewerkersovereenkomst met de ziekenhuizen, waardoor MRDM vanuit privacy-oogpunt een verlengde van het ziekenhuis is en daarmee privacygevoelige gegevens mag hebben. Juristen van alle partijen hebben deze werkwijze goedgekeurd.’

Hoe weet men zeker dat de aangeleverde gegevens kloppen?

‘Door bovengenoemde constructie is het mogelijk dat binnen het domein van de bewerker MRDM en het ziekenhuis steekproefsgewijs de gegevens worden gecontroleerd op validiteit en volledigheid. Dat kan alleen met echte persoonsgegevens, vandaar. Deze controles zorgen ervoor dat ziekenhuizen *nog* meer zorg besteden aan het juist aanleveren van de gegevens. Ook weten ziekenhuizen hierdoor zeker dat anderen ook hun gegevens volledig en valide aanleveren. Dat neemt voor ziekenhuizen de laatste drempel weg om hun kwaliteitsindicatoren openbaar te maken.’

En de privacy van de behandelend arts – is die gewaarborgd?

‘Ja, want de prestaties worden niet op artsenniveau geregistreerd, maar op ziekenhuisniveau.’
DICA begon tien jaar geleden met de

Dutch Surgical Colorectal Audit. Dit register is opgericht als een reactie op de toenemende vraag naar gegevens van zorgverzekeraars, inspectie en veel andere partijen. ‘We zijn niet zomaar gegevens gaan verzamelen’, herinnert medeoprichter Eddes zich. ‘Het is heel wat anders als iemand van middelbare leeftijd tijdens kantooruren wordt geopereerd, dan wanneer iemand van tachtig jaar met allerlei bijkomende kwalen midden in de nacht een operatie ondergaat. Die heeft een heel ander risicoprofiel. Alleen als je een zorgzwaartecorrectie doet, kun je gegevens vergelijken met elkaar.’

Het leverde spiegelinformatie op voor darmkankerchirurgen. Inmiddels ontvangen de specialisten wekelijks een update over hun prestaties ten opzichte van die van collega’s en de landelijke benchmarks. In de beroepsgroep zijn spectaculaire resultaten behaald. De ligduur nam af, het aantal complicaties verminderde, het aantal ic-opnames daalde en de praktijkvariatie nam af. Onderzoeksbureau Performation keek naar de medische kosten per patiënt bij acht ziekenhuizen en liet zien dat er 2,9 miljoen euro minder was uitgegeven na invoer van de registratie. Geëxtrapoleerd naar 92 ziekenhuizen in Nederland zou er 20 miljoen euro zijn bespaard dankzij de registratie. De Boston Consulting Group heeft voor Nederland becijferd dat 2,3 miljard euro bespaard kan worden, als we *alles* zouden registreren. Dat smaakt naar meer. Het darmkankerregister is uitgebreid met zestien andere registers. Er zijn veel subsidies verstrekt, onder meer van VWS, de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten, het KWF en sinds twee jaar dus ook ZN.

Wat te doen als je ziekenhuis slecht scoort op een indicator?

‘Dan heb je wat uit te leggen. Maar als je zorgt dat gegevens regelmatig worden ingevuld, dan word je nooit verrast en heb je tijd om bij te sturen. Zo scoorden wij zelf in het begin slecht op het percentage patiënten met voldoende verwijderde lymfeklieren; dat was halverwege het jaar te laag. Tegelijk scoorden we juist positief

op mortaliteit en complicaties. Het bleek dat de patholoog-anatoom er niet goed naar keek. Daar zijn we het gesprek over aangegaan en vervolgens scoorden we een stuk beter.’

Welke rol speelt DICA in zo’n geval?

‘DICA voert alleen de registraties uit waaraan de beroepsverenigingen hun mandaat hebben gegeven. Dat is belangrijk, niet alleen omdat resultaten zich zullen vertalen naar certificering en normering. Maar ook omdat de aangesloten beroepsvereniging een verantwoordelijkheid heeft voor maatschappen die slecht scoren. Zo heeft de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde een speciale commissie die maatschappen ondersteunt bij verbetertrajecten. Wanneer geen verbetering optreedt, heeft dat consequenties en treedt men in de openbaarheid.’

Waarom houdt DICA het niet bij anonieme spiegelinformatie alleen?

‘Als dokter ben je verplicht om te zorgen dat er goede informatie voorhanden is. Een patiënt wil zeker weten dat een ziekenhuis de zaken goed voor elkaar heeft.’

Wat als er een ‘rotte appel’ in de maatschap zit? De hele maatschap kan daardoor ‘onder aan de puntenwolk’ terechtkomen.

‘Met de gegevens kun je op grond van de inhoud met elkaar in gesprek gaan. Dat is het voordeel. Door de casemixcorrectie kun je je nergens achter verschuilen.’

Wat zijn de gevolgen als de zorgverzekeraars misbruik zouden maken van de toegang?

Dan houdt iedereen op met registreren en houdt het systeem op te bestaan. Doodzonde, want dit is de enige manier om betekenisvolle en betrouwbare informatie te krijgen. Gekoppeld aan financiële gegevens en PROM’s (*patient reported outcome measures*) is dit de enige manier om tot goede en betaalbare zorg te komen met tevreden patiënten. ■

web

Meer berichten over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl/artikelen.