

Zorgverzekeraars prikkelen het veld

INKOPEN OP KWALITEIT

De zorgverzekeraars, ze staan de laatste jaren volop in de belangstelling. Per 1 januari jl. stapten ruim een miljoen verzekerden over naar een andere verzekeraar. Een markt in beweging, waarbij niet alleen op prijs wordt geconcentreerd. Waarom bemoeien zorgverzekeraars zich eigenlijk met de kwaliteit van zorg?

Door Eveline van Herwaarden

'We hebben een maatschappelijke opdracht binnen het zorgstelsel uit te voeren en een verantwoordelijkheid naar onze verzekerden toe', zegt Jolyn van Vuuren. Zij is *programmamanager Waarde* bij CZ, een van de vier grote zorgverzekeraars in Nederland. 'Er is een centrale rol voor de zorgverzekeraars weggelegd in het zorgstelsel en die rol proberen wij zo goed mogelijk waar te maken. Onze taak, het inkopen en contracteren van zorg, is de laatste jaren enorm in ontwikkeling. Waar we vroeger nog wel eens los van de kosten naar kwaliteit keken en andersom, zoeken we nu steeds meer naar de verbinding tussen die twee elementen. Daarom werken we bij CZ sinds twee jaar niet meer alleen met het begrip *kwaliteit*, maar ook met het begrip *waarde*. Een begrip dat ontwikkeld is door Michael Porter. Omdat we als verzekeraar de plicht hebben om de zorg betaalbaar te houden maar tevens te letten op kwaliteit, is *waarde van zorg* een begrip dat voor ons goed werkt. De prestaties van zorgaanbieders wegen in de contractonderhandelingen steeds zwaarder mee. Het is een nieuw proces dat nog in ontwikkeling is, waarbij we ons ervan bewust zijn dat er kritisch naar onze rol wordt gekeken.'

ONDSCHIEDEN OP KWALITEIT

'Sinds de invoering van de zorgverzekeringswet in 2006 kijken we bij het inkopen veel nadrukkelijker naar de kwaliteit',

beaamt Ninke Hagoort. Hagoort is medisch adviseur bij Achmea en speelt in dat inkoopproces een belangrijke rol. Zij bespreekt het onderwerp kwaliteit samen met de zorgaanbieders en de inkopers. 'We hebben hierin inmiddels stappen kunnen zetten. Er is steeds meer informatie beschikbaar. Voor Achmea is dit belangrijk omdat wij ons ten opzichte van andere verzekeraars niet alleen willen onderscheiden op prijs, de premie dus, maar ook op kwaliteit. Onze focus in de inkoop ligt tevens zo nadrukkelijk op kwaliteit omdat wij ervan overtuigd zijn dat goede kwaliteit goedko-

voor de kwaliteit van leven van de patiënt en diens toekomstige zorgkosten. Preventief verdachte poliepen verwijderen is een stuk goedkoper dan de behandeling van kanker. Dit soort parameters bespreken we dus in de inkoop en afspraken hierover nemen we mee in de zorgcontracten.'

'We kunnen de kwaliteit van zorg op twee manieren verbeteren', legt Jolyn van Vuuren uit. 'Enerzijds kun je prikkelen door je zorginkoop, door eisen te stellen in je contract. Anderzijds kun je heel direct in het zorgproces zelf gaan zitten en als zorgver-

'IN DE INKOOP FOCUSSEN WE STEEDS MEER OP KWALITEIT'

per is. Als je een operatie in één keer goed uitvoert en een heroperatie voorkomt, bespaart dat kosten. Zelfs wanneer de eerste operatie iets duurder is dan bij de buurman, die meer heroperaties heeft. Ook de kwaliteit van een darmscopie is bijvoorbeeld belangrijk. Als bij een minder goed uitgevoerde scapie afwijkingen over het hoofd worden gezien, heeft dat gevolgen

zekeraar, samen met de zorgaanbieder, actief iets in het proces gaan verbeteren. Ons doel is dat we, bij alles wat we inkopen, gaan voor waardegedreven inkoop. Dat lukt op het ene terrein eerder dan het andere. Voor sommige vormen van zorg hebben we al veel kwaliteitsinformatie voorhanden, voor andere nog nauwelijks. We willen vooral weten of de geboden zorg



voldoet aan de doelen die voor de patiënt belangrijk zijn. Neem nu een knieoperatie: iemand wil na de operatie weer beter kunnen lopen dan voor de operatie. Daar is een indicator voor, de PROM-verschilscore. Wij gebruiken die indicator om iets te kunnen zeggen over de kwaliteit van de geleverde zorg. Dit model van waardegedreven inkoop is onze basis en de zorgaanbieders weten daardoor wat ze van ons mogen verwachten. Inmiddels hebben we voor een aantal zorgaanbieders selectieve inkooptrajecten, die zorg kopen we heel gericht in. We clusteren de aanbieders in groepjes: beste zorg, goede zorg, kan beter en geen contract. Dat betekent dus dat we bij sommige zorgaanbieders niet meer inkopen. Daar zit overigens wel een beperking aan omdat we ook een plicht

hebben om de toegankelijkheid van de zorg te bewaken. We moeten altijd kijken wat haalbaar is voor onze verzekerden'.

Ninke Hagoort zegt hierover: 'Als een aanbieder het niet goed doet, dan zullen we eerst stimuleren dat het aanbod verbeterd wordt. Je probeert verbeterafspraken te maken voor de komende jaren. Het is dus niet zo dat we een aanbieder meteen niet meer contracteren. Soms is dat inderdaad niet eens een optie, bijvoorbeeld als een ziekenhuis in een dunbevolkt gebied staat en er weinig alternatieven in de buurt zijn. Zorgverzekeraars hebben namelijk ook een zorgplicht.'

ZORGPROCESSEN VERBETEREN

Achmea en CZ zijn beide grote verzeke-

raars die beschikken over de kennis en menskracht om zelf kwaliteitstrajecten in de zorgsector op te starten. Jolyn van Vuuren: 'Je ziet goede dingen gebeuren die je wilt stimuleren of je initieert verbeteringen waar je ze nog mist. De zorg voor chronisch zieken bijvoorbeeld hangt soms als los zand aan elkaar. We constateerden dat in de diabeteszorg onvoldoende werd samengewerkt tussen het ziekenhuis, de diëtist, de huisarts en andere zorgverleners. De kwaliteit is dan niet optimaal. We hebben het model *Integrale Keten zorg* bedacht, dat ervoor zorgt dat die samenwerking er wel is. Het model is eerst uitgetoetst in kleine regionale settings en wordt nu uitgebreider toegepast. In dit soort trajecten brengen we als verzekeraar kennis en contacten in, maar we kunnen een

project ook financieren. Een ander voorbeeld van direct werken aan kwaliteit is het *project e-health* bij hartfalen. Stap voor stap is met de ziekenhuizen aan invoering van deze kwaliteitsverbetering gewerkt. We doen dat grondig, met nulmetingen en effectmetingen. Soms schakelen we zelfs een extern bureau in dat een compleet zorgproces doorlicht vanuit het perspectief van de patiënt, zoals onlangs nog voor dementie. Pas als we voldoende informatie en ervaring hebben, zetten we een concept breder uit en nemen we het als eis mee in de contractonderhandelingen.'

Ook Achmea probeert de zorgprocessen te verbeteren door zelf in projecten te participeren. 'We zoeken bijvoorbeeld naar meer samenwerking tussen partijen in een regio en nemen daarin het voortouw', vertelt Hagoort. 'Een ander voorbeeld: samen met de patiëntenfederatie NPCF hebben we veiligheidskaarten voor patiënten ontwikkeld. Daar staat bijvoorbeeld op dat je een lijstje van je huidige medicatie moet meenemen naar het ziekenhuis en moet aangeven wanneer je iets niets begrijpt. Het is belangrijk om samen op te trekken in het verbeteren van de kwaliteit in de zorg.'

LASTIG METEN

Ninke Hagoort: 'Het is een enorme uitdaging om de kwaliteit in de zorgsector in-



Jolyn van Vuuren 'We werken bij CZ sinds twee jaar niet meer alleen met het begrip kwaliteit, maar ook met het begrip waarde.'

nodig zijn et cetera. Eerst doen we proeven en houden we alle informatie binnenskamers. Pas als iedereen het erover eens is dat een indicator betrouwbaar is gaan we ermee naar buiten. Dan kan het gebruikt gaan worden in de inkoop en in een nog later stadium beschikbaar worden gesteld aan onze verzekerden. Zo groeien we langzaam in de transparantie en openbaarheid van kwaliteitsinformatie. Het zijn lange trajecten, waarbij alle stakeholders betrokken worden. Het creëren van draagvlak is in deze sector essentieel. Wij vinden

maken wij graag gebruik zodat we daar een oordeel over kunnen vormen. Veel informatie ontbreekt echter nog. Daarom kijken we ook naar onze declaratiegegevens. Zo kunnen we bijvoorbeeld het verwijzgedrag naar de fysiotherapeut of diëtist analyseren en relateren aan kwaliteit. Het is inderdaad lastig om alles goed te kunnen meten en interpreteren. We gebruiken dan ook veel bronnen, zoals wetenschappelijke richtlijnen, informatie uit internationale en nationale studies en de kennis van onze medisch adviseurs. We praten met voorlopers in het veld, met patiëntenverenigingen en in verzekerdpanels met de patiënt zelf. Een deel van de betrouwbaar bewezen kwaliteitsdata wordt overigens op landelijk niveau bij Zorgverzekeraars Nederland (ZN) gedeeld. Gezamenlijk is besloten hierop niet te concurreren en deze informatie met elkaar te delen.'

WEERSTAND UIT HET VELD

Veel zorgverleners hebben er moeite mee dat de zorgverzekeraars zich met hun praktijk en met de inhoud van behandelingen bemoeien. Zij spreken zich hierover duidelijk uit in de media. Hagoort: 'Deze zorgaanbieders zien kwaliteit nog als een interne aangelegenheid. Zij willen de kwaliteitsinformatie vooral gebruiken om te spiegelen en te verbeteren, terwijl wij voor onszelf ook een rol zien. We zijn zelfs wettelijk verplicht om na te gaan of hetgeen we inkopen van voldoende kwaliteit is. Maar de zorgsector is nog altijd een zeer intransparante sector als je het vergelijkt met andere sectoren. Een deel van de weerstand zit in het feit dat de data lastig te interpreteren zijn. Kwaliteit van zorg is niet zo eenduidig. Een ander deel komt voort uit de angst om afgerekend te worden door de zorgverzekeraars. Daarom trekken we samen op om betrouwbare en vergelijkbare informatie te krijgen. We belonen de koplopers die hun kwaliteit verbeteren en inzichtelijk maken. Toch is het van beide kanten soms een beetje duwen en trekken. Indicatorontwikkeling en onderhandeling over prestaties zijn relatief nieuw in de zorg. Het veld moet daar nog aan wennen en dat is te begrijpen.'

De weerstand is ook herkenbaar voor Van Vuuren. 'We merken bijvoorbeeld dat er veel huiver is bij huisartsen om zich

'HET WORDT NORMALER OM KWALITEITSINFORMATIE TE DELEN'

zichtelijk te krijgen. Eigenlijk zijn we daar met elkaar nog helemaal niet ver in. Er is weinig kwaliteitsinformatie beschikbaar en de data zijn vaak moeilijk te interpreteren. Achmea wil daarin een grote rol spelen en dat doen we met ons programma Kwaliteit van Zorg. Het creëren van kwaliteitsinformatie, voor onze inkoop en voor de verzekerden, staat daarin centraal. We werken samen met de koplopers uit het veld, bijvoorbeeld met een groepje van enkele ziekenhuizen. Stapsgewijs kijken we naar de beschikbare data, wat betrouwbare informatie oplevert, waar casemix-correcties

uitkomstindicatoren die de medisch inhoudelijke kwaliteit inzichtelijk maken heel belangrijk, maar ze hebben ook hun beperkingen. De zorg is moeilijk te vatten in tellers en noemers. Daarom kijken we ook naar andere aspecten zoals patiëntgerichtheid. We gebruiken daarvoor onder meer de gevalideerde CQI-index waarmee patiëntervaringen in kaart worden gebracht en informatie uit onze eigen klantenpanels.'

Van Vuuren: 'Artsen en andere zorgverleners meten zelf ook wat de kwaliteit is van de zorg die ze bieden. Van die informatie

te committeren aan informatie van een verzekeraar. En ik moet toegeven dat we het hen ook niet altijd makkelijk maken. Ons lijstje van beste borstkankercare kan bijvoorbeeld verschillen van het lijstje van Menzis. Dat komt omdat we andere criteria en indicatoren gebruiken. Kwaliteit in de zorg is sowieso heel persoonlijk; vraag tien mensen wat ze goede kwaliteit vinden en je krijgt tien verschillende antwoorden. Huisartsen willen daar graag hun eigen oordeel over kunnen vormen. Er is helaas een zweem van wantrouwen overheen gekomen, alsof we dit allemaal doen omdat we mensen niet vertrouwen. We moeten werken aan vertrouwen, overtuigen dat we echt samen willen werken aan het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Er is beweging gekomen in de sector doordat verzekeraars zijn gaan prikkelen. Als de zorgverleners zien dat het ons ook in de eerste plaats om kwaliteit te doen is, zal de acceptatie voor onze rol groeien.'

Achmea noemt in dit kader een nieuwe vorm van inkoop waarmee vorig jaar geëxperimenteerd werd. Hagoort: 'In plaats van het gebruikelijke laten beantwoorden van onze vragenlijsten en het stellen van minimale voorwaarden, hebben we voor twee aandoeningen de rollen omgedraaid. We hebben de zorgaanbieders gevraagd om zelf hun prestaties voor borstkanker en cataract te beschrijven en te onderbouwen. Een bureau met expertise op het gebied van prestatie-inkoop heeft ons daarbij begeleid. Aan de hand van door de zorgaanbieders opgestelde beschrijvingen en onderbouwing van hun prestaties en daaropvolgende gesprekken, hebben we de beste aanbieders geselecteerd. Pas na het beoordelen van de kwaliteit van zorg werd naar de prijs gekeken. Deze manier van inkopen is door alle betrokkenen als heel positief ervaren. We kregen nu meer informatie en zicht op de kwaliteit van zorg. De aanbieders waren positief over onze openheid en de manier waarop zij zelf konden laten zien wat kwaliteit is. De beste aanbieders hebben we beloond met een meerjarencontract en een vrij volume. Het is tijdrovend, maar we overwegen zeker om dit vaker te doen.'

PATIËNT INFORMEREN

'We doen ons best de kwaliteitsinformatie

klip en klaar te maken voordat we deze aan onze verzekerden tonen', zegt Ninke Hagoort. 'Er is dan al een heel traject aan voorafgegaan. Bij de zorgaanbieders en zorgverzekeraars zitten mensen die de data kunnen interpreteren, maar voor verzekerden is dat niet altijd even makkelijk. Voor hen moet je een duidelijk verhaal hebben, met grafiekjes en poppetjes. Je moet goed nadenken hoe je informatie aan

'WE MOETEN WERKEN AAN VERTROUWEN'

verzekerden voorlegt. Spreek je bijvoorbeeld over de kans op overlijden of over de kans op overleven. Er zijn veel verzekerden die helemaal niet alle kansen en risico's willen weten. We zijn voortdurend met patiëntpanels aan het aftasten hoe we die informatie het beste kunnen brengen. Zo hebben we in het afgelopen jaar geëxperimenteerd met een persoonlijk zorgrapport. Als een verzekerde bijvoorbeeld belt voor informatie over een knieprothese, dan maken wij op basis van zijn voorkeuren een rapport met alle relevante informatie. Het



Ninke Hagoort: 'Het is een enorme uitdaging om de kwaliteit in de zorgsector inzichtelijk te krijgen.'

rapport geeft informatie over patiënttevredenheid, maar vooral ook over kwaliteitsaspecten zoals infecties en heroperaties. We spreken het samen door om zeker te weten dat alles duidelijk is. Onze verzekerden zijn enthousiast, het rapport helpt bij het maken van een keuze.'

Het delen van kwaliteitsinformatie met verzekerden is duidelijk een nieuwe ont-

wikkeling. Van Vuuren: 'Wanneer de kwaliteitsinformatie betrouwbaar genoeg is om selectief in te kopen, kunnen we ook de patiënt informeren. We doen dat via onze website en onze zorgservice. Je moet zeker goed bekijken welke informatie je met verzekerden deelt, omdat het soms complexe informatie is die een goede uitleg nodig heeft. Bijvoorbeeld voor borstkanker, blaaskanker en verslavingszorg hebben we inmiddels hele goede data die we beschikbaar stellen aan verzekerden. We monitoren ook of patiënten hier iets mee doen. Er zijn voorzichtige aannames dat je een verschuiving in de zorgmarkt op gang brengt als vijf procent van de patiënten zich zou laten leiden door deze informatie. We merken dat steeds meer verzekerden zich bewust worden dat er kwaliteitsverschillen zijn in de zorg en hierover informatie gaan zoeken. Toch is de groep die op basis van kwaliteitsinformatie beslissingen neemt nog erg klein, ongeveer één procent. Het behalen van die vijf procent zal moeilijk zijn, maar we zijn al blij dat het bewustzijn toeneemt, dat is de basis voor gedragsverandering in de toekomst. De rol van de patiënt zal absoluut toenemen.'

Ninke Hagoort sluit af: 'Zorgverzekeraars zullen steeds meer informatie delen met hun verzekerden en in de toekomst hebben zij dus meer te kiezen. Ik verwacht een toenemende transparantie, ook vanuit het veld zelf. Het wordt steeds normaler om open te zijn over kwaliteit en informatie te delen.' **Q**