

ZORGVERZEKERAARS BELONEN KWALITEIT MET EEN MEERJARENCONTRACT

Win-win met prestatie-inkoop geboortezorg

Het verloskundig samenwerkingsverband van het Wilhelmina Kinderziekenhuis Geboortecentrum in Utrecht doet mee aan een proefproject van zorgverzekeraar Zilveren Kruis: prestatie-inkoop. De zorgverleners stellen zelf vast wat kwaliteit is, en hoe ze werken aan het verbeteren daarvan. De zorgverzekeraar biedt een meerjarig contract. Waarom doen beide partijen hieraan mee?

Op een zonnige donderdagochtend is een flink gezelschap bijeengekomen in een kamer in het WKZ, om uit de doeken te doen waarom het samenwerkt aan een proef met prestatie-inkoop. Voor verzekeraar Zilveren Kruis is het verloskundig samenwerkingsverband (VSV) Utrecht-WKZ Geboortecentrum één van de zes VSV's waar zij experimenteren met deze nieuwe manier van zorg inkopen. Namens de verzekeraar is aanwezig Peter Dohmen, beleidsadviseur en projectleider van de pilot. Dohmen promoveert op onderzoek naar zorginkoop, en zijn begeleider Erik van Raaij, bijzonder hoogleraar inkoopmanagement in de zorg (Erasmus Universiteit) is ook aanwezig. Van het VSV zijn aanwezig Rian Klein Koerkamp, relatiemanager bij Yunio Kraamzorg, Margo Lutke Holzik-Graatsma, gynaecoloog in opleiding, en Arie Franx, hoogleraar obstetrie, beiden werkzaam in het WKZ.

De beste aanbieders krijgen een driejarig contract

Het VSV waar we het over hebben, bestaat uit drie partijen: het Geboortecentrum van het WKZ, de eerstelijnsverloskundigenpraktijken en kraamzorginstellingen. Voor de duidelijkheid: het geboortecentrum is geen eerstelijnsinstelling, maar in dit geval een afdeling waar de afdelingen Verloskunde en Neonatologie zijn geïntegreerd.

Voor Zilveren Kruis is de geboortezorg niet het beginpunt van prestatie-inkoop: in 2014 begonnen zij al met deze methode bij staar- en borstkankeroperaties. Bij een tussenevaluatie zei 85 procent van de deelnemers aan die pilot deze inkoopactiek een verbetering te vinden. Zilveren Kruis ging daarom vorig jaar de boer op bij VSV's. Het idee: de zorgaanbieder definieert zelf wat er in de praktijk goed gaat en wat er beter kan, en stelt daar een beknopt, schriftelijk plan voor op. Het plan bestaat uit vier elementen (prestatieonderbouwing, risico-, kansen- en samenwerkingsdossier) die bij elkaar maximaal negen A4'tjes beslaan. De verzekeraar praat aan de hand van het plan met de aanbieders. De beste aanbieders krijgen een driejarig contract aangeboden, met budgetzekerheid in die periode. Voor de borstkanker- en staarpilot was de beloning ook een vrij productievolume en als aanbieder zelf de prijs kunnen bepalen.

Waarom zou een zorgverzekeraar een langdurig contract bieden aan zorgverleners die zelf bepalen wat kwaliteit is?

Van Raaij: 'De oude filosofie was: verzekeraars weten wat kwaliteit is, en schrijven dat voor. Dat is niet de beste manier om kwaliteit te bevorderen. Bij prestatie-inkoop gaan we ervan uit dat de professional zelf het beste weet wat goede zorg is.'

Dohmen: 'Voor ons is dat spannend: wij zijn gewend om op prijs en bepaalde vaste specificaties in te kopen, en dat laten we hiermee helemaal los.'

Franx: 'Die rol om op kwaliteit in te kopen is jullie al jaren geleden toebedeeld, maar dat gebeurde eigenlijk niet. Dit is een goede stap.'

Verzekeraars hebben toch wel geprobeerd op kwaliteit in te kopen, met indicatoren, en via volumenormenten?

Erik van Raaij (links), bijzonder hoogleraar inkoopmanagement in de zorg (Erasmus Universiteit) en **Arie Franx**, hoogleraar obstetrie.



V.l.n.r.: **Rian Klein Koerkamp**, relatiemanager bij Yunio Kraamzorg, **Margo Lutke Holzik-Graatsma**, gynaecoloog in opleiding en **Peter Dohmen**, beleidsadviseur en projectleider van de pilot.



Franx: 'Als professionals niet betrokken zijn bij de ontwikkeling van indicatoren, levert het onzinnige informatie op. Het aardige van deze pilot is dat bekostiging en kwaliteit nu samenkomen in één strategie.'

Lutke Holzik: 'En het interessante van deze pilot is dat wij de indicatoren bepalen.'

Hoe doe je dat?

Klein Koerkamp: 'Zo'n proces is een snelkookpan, je moet met een klein clubje vanuit de hele keten heel intensief samenwerken om tot die paar A4'tjes te komen. Het dwong ons om scherp te omschrijven waar wij als VSV voor staan en wat onze ambitie is. De indicatoren passen daarbij.'

Lutke Holzik: 'We keken bijvoorbeeld naar hoe we presteerden ten opzichte van andere instellingen. Neem hevig bloedverlies bij

de bevalling, daar doen we het relatief minder goed op. Ons doel is om dit met de helft te verminderen.'

Klein Koerkamp: 'Door dat te benoemen kun je gaan meten en maatregelen nemen. Je werkt met elkaar aan concrete doelstellingen.'

Hoeveel tijd kostte het?

Dohmen: 'Drie maanden. En een paar maanden later ging het contract al in. Dat is ongekend snel voor de zorg.'

Franx: 'We hebben wel een consultant ingehuurd die het proces begeleidde.'

Hoe breng je vervolgens in praktijk wat je afspreekt?

Klein Koerkamp: 'We hebben alle doelen die we hebben afgesproken in het jaarplan van het VSV opgenomen, en daar sturen we



continu op. Met werkgroepen, protocollen, zorgpaden.’
Lutke Holzik: ‘In het geval van fluxus: protocol aanpassen, wetenschappelijk onderzoek, bij elk ochtendrapport de bevallingen bespreken waarbij meer dan een liter bloedverlies was, zo nodig terugkoppelen naar de eerstelijnsverloskundige. We willen de praktijkvariatie binnen het VSV verminderen door eenduidige protocollen op te stellen. Dat is al gebeurd voor vijftien ziektebeelden en complicaties. En gynaecologen gaan consulten aanbieden in de eerstelijnsverloskundigenpraktijken. Prettig voor de zwangere die niet hoeft te reizen, en goed voor de samenwerking tussen eerste en tweede lijn. Er zijn dingen waar je elkaar niet voor zou bellen, maar als je elkaar ziet, bespreek je het toch.’

Franx: ‘Een groot voordeel vind ik dat dit project de verdere vorming van een VSV meer vaart geeft. We kunnen geen vrijblijvend overlegplatform blijven, maar moeten harde afspraken maken. Je zag het effect direct: de discussie op de werkvloer veranderde. We hebben gezamenlijk doelen afgesproken, die relevant zijn voor patiënten en hulpverleners. Die willen we natuurlijk wél halen.’

Heeft de patiënt ook nog een rol gehad bij het contract?

Lutke Holzik: ‘Niet direct bij het opstellen, maar we hebben wel goed nagedacht over complicaties die door de cliënt als het meest vervelend worden ervaren. Zoals een totaalruptuur. Die is moeilijk om te voorkomen, en ook een moeilijke maat om op te sturen. Maar heel essentieel voor de cliënt.’

Franx: ‘Maar dit aspect moet nog beter. Als je aan patiënten zelf vraagt wat goede uitkomsten zijn, krijg je heel andere antwoorden dan dit rijtje medische complicaties. Is een vrouw geïnteresseerd in hoeveel milliliter bloed ze heeft verloren? Nee, maar wel of ze een halfjaar postpartum continent is. Dat is lastiger meten voor ons, want wij zien de patiënt na zes weken al niet meer.

Maar de zorgverzekeraar weet of zij declaraties heeft ingestuurd voor incontinentiezorg. Wat dat betreft kan een goede samenwerking heel handig zijn.’

Waren er eigenlijk veel VSV's geïnteresseerd om mee te doen?

Dohmen: ‘Tien. Van VSV's die niet meededen, hoorden we van sommige dat ze nog niet ver genoeg waren in de samenwerking. Andere vertrouwden het niet. Van de tien die wilden meedoen, hebben we zes een contract kunnen bieden. Bij alle tien lukte het wel om hun processen goed te omschrijven, maar bij die vier lukte het niet om daar uitkomstmaten aan te hangen. Oftewel, om te zeggen: we willen deze complicatie met zoveel procent verminderen. Dat is wel een vereiste, want wij willen dat die kwaliteit ook transparant is.’

Franx: ‘Natuurlijk is het proces belangrijk, om bij een goede uitkomst uit te komen. Maar het draait om het resultaat. Daarbij hoort wat mij betreft ook dat je niet moet worden afgerekend op bijvoorbeeld hoeveel sectio's je uitvoert. Een keizersnee kan namelijk nodig zijn om een goed resultaat te behalen.’

Maar het percentage 'normale bevallingen' is wel een van de uitkomstmaten die nu in het contract staan.

Franx: ‘Ik heb dat niet bedacht, maar ik ga niet voor een komma liggen. Het gaat niet om het opstellen van het perfecte lijstje, maar dat we dit met alle partijen samen hebben gedaan. Iedereen aan tafel heeft een mening, en dat betekent compromissen sluiten. We sluiten een contract voor drie jaar af, in die tijd veranderen dingen. Ik zou nu bijvoorbeeld al meer inzetten op *patient reported outcomes*.’

Dit project geeft de vorming van een VSV meer vaart

Dohmen: ‘Het doel van zo’n contract is ook dat mensen de zorg continu proberen te verbeteren. Het is meer een verandertraject dan dat het om die harde afspraken draait.’

Franx: ‘Je kunt niet meer weggelaten worden met elkaar wijzen als er iets niet goed gaat: je spreekt als keten iets af, je moet het samen oplossen. Daarmee ligt het probleem waar het hoort.’

Hoe verhoudt deze pilot zich tot integrale bekostiging, wat er in de geboortezorg aankomt?

Dohmen: ‘Deze pilot gaat over inhoud, niet over bekostiging. Maar als je in goed vertrouwen met elkaar kunt samenwerken, dan kun je het over integrale bekostiging gaan hebben.’

Geen integraal tarief, dus prijsafspraken met de afzonderlijke partijen? Maar het contract is met het VSV gesloten, toch?

Dohmen: ‘Klopt, maar we hebben wel een budgetgarantie afgesproken met het hele VSV. Als er door substitutie bijvoorbeeld minder kosten worden gemaakt, gaat het overgebleven budget terug naar het VSV. Dat bepaalt hoe het wordt uitgegeven.’

Franx: ‘Overigens is het effect van dit soort afspraken op onze werkvloer beperkt. Er is ook zoiets als interne budgettering. Wat de verzekeraar met de inkopers van het UMCU afspreekt, is niet een-op-een wat we hier kunnen uitgeven.’

Hoe kan dat surplus dan bij het VSV terecht komen?

Dohmen: ‘Daar hebben wij afspraken over gemaakt met het UMCU.’

Franx: ‘Wil je daar goed op toezien, Peter?’

Over deze pilot, en de eerdere bij borstkanker- en cataractoperaties, zei Silveren Kruis: we laten de prijs los, we kijken alleen naar de kwaliteit. Dat kan toch niet?

Dohmen: ‘Prijs speelde geen rol bij de beoordeling, maar een prijsstijging van 200 procent was natuurlijk niet billijk geweest. Maar we hebben bij die eerdere pilot inderdaad niet onderhandeld over de tarieven. Bij geboortezorg ligt dat anders: de tarieven voor kraam- en verloskundige zorg staan vast, maar voor het ziekenhuis niet. Daar hebben we de prijs gehanteerd van 2015, met een correctie voor inflatie.’

Wat nu als de zelfomschreven prestaties niet worden gehaald?

Franx: ‘We zullen niet alles halen, maar we hebben als statement een stevige ambitie neergezet. 50 procent minder nabloedingen in drie jaar is nogal wat, maar ik verwacht niet dat Peter gaat zeuren als we 30 procent halen.’

Dohmen: ‘Als er langdurig niet aan wordt voldaan: dan heb je het erover. We zitten er gezamenlijk in, dan moeten we kijken hoe we dat gaan oplossen.’

Van Raaij: ‘Het is van belang dat de verzekeraar de zorgverleners ook helpt bij het halen van de doelen. Die faciliterende rol is een belangrijk aspect van deze pilot.’

Lutke Holzik: ‘Inderdaad. Niet halen van doelen is daarmee ook

een gezamenlijke verantwoordelijkheid geworden.’

Is dit model nu geschikt voor de hele zorg?

Dohmen: ‘Nee, daar is het nu nog te arbeidsintensief voor, de gesprekken, de beoordeling van de plannen kosten te veel tijd. Maar als de resultaten van de pilots goed zijn, gaan we zeker uitbreiden. Wat we zien bij de deelnemers aan de borstkanker- en staaroperatiepilots, is dat ze 90 tot 95 procent van de doelen halen die ze hebben gedefinieerd. Er is in ieder geval veel interesse voor vanuit andere instellingen, ook VSV’s. Een meerjarig contract hebben is in ieder geval aantrekkelijk, het geeft rust, je hoeft het niet elk jaar over prijzen en contracten te hebben, je hebt het over inhoud en innovaties.’

Bij de borstkanker- en staaroperaties was een vrij volume ook deel van het contract, waarom is dat hier niet het geval?

Dohmen: ‘Je beïnvloedt het aantal bevallingen in een ziekenhuis niet zo makkelijk. Voor staaroperaties is dat anders: daar willen aanbieders graag kunnen groeien. Voor ons is het ook raar om de productie te beperken van een instelling die we goed vinden.’

Groeien die instellingen ook?

Dohmen: ‘Zeker, bij één partij was er sprake van 25 procent productiegroei.’

Dan kom je toch in de knel met dat plafond van 2,5 procent maximale groei?

Dohmen: ‘Dat is op macroniveau, dus met een pilot van een paar ziekenhuizen niet. Als het groter was, zouden we moeten zien hoe we die extra groei moeten compenseren.’

Dat gaat toch hoe dan ook ten koste van andere ziekenhuizen?

Dohmen: ‘Maar daarvan weten wij de kwaliteit ook niet. Wij willen onze klanten kunnen vertellen waar goede kwaliteit wordt geleverd. Ze houden vrije keuze, maar we geven onze voorkeur aan.’

Lutke Holzik: ‘Dat is ook een taak van de zorgverzekeraar: de beste zorg inkopen.’

Merken jullie onder collega’s argwaan over dit project?

Lutke Holzik: ‘Ja, als het gaat over samenwerken met verzekeraars, dan is de eerste reactie: zou je dat nou wel doen? Maar dat zelf opstellen van een contract, zelf bepalen waar je op afgekeurd wordt, dat trekt mensen wel. Het gevoel van autonomie van zorgverleners is heel belangrijk.’

Franx: ‘Niet iedereen is blij met de opgestelde uitkomstindicatoren. Men denkt dat de drijfveren van een verzekeraar anders zijn dan die van artsen. Maar dat maakt mij niet uit, zolang wij allebei én onze klanten er beter van worden.’ ■

web

Meer informatie over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.