

Handleiding beïnvloeding zorginkoop vanuit patiëntenperspectief

Versie 1.0



Inhoud

HOE KUNNEN PATIËNTEN DE ZORGINKOOP BEÏNVLOEDEN.....	3
<i>Bij deze handleiding</i>	3
<i>Leeswijzer</i>	3
INLEIDING.....	4
<i>Zorginkoop</i>	4
<i>Kwaliteit</i>	4
<i>Het beïnvloeden van de kwaliteit van zorg door patiëntenorganisaties</i>	5
<i>Het beïnvloeden van het zorginkoopbeleid door patiëntenorganisaties</i>	5
1. HOE ONTWIKKELT DE PATIËNTENORGANISATIE ZORGINKOOPCRITERIA.....	6
<i>Het stappenplan</i>	6
<i>Stap 1: van patiëntervaringen tot kwaliteitscriteria</i>	6
<i>Stap 2: Visie op kwaliteit en verbeterpotentieel</i>	6
<i>Stap 3: draagvlak peilen</i>	7
<i>Stap 4: formuleren van inkoopcriteria</i>	7
<i>Stap 5: Beschrijven van zorginkoopcriteria in een zorginkoopkaart</i>	8
2. WELKE ROL SPEELT DE PATIËNTENORGANISATIE IN HET ZORGINKOOPBELEID.....	9
2.1 <i>Het proces van zorginkoop</i>	9
2.2 <i>De 'plan' fase: wensen van patiënten vertalen naar zorginkoopbeleid</i>	10
2.3 <i>De 'do' fase: contracten afsluiten met zorgaanbieders</i>	10
2.4 <i>De 'check' fase: waarderen van zorg en zorginkoop</i>	10
2.5 <i>De 'act' fase: inkooptraject verbeteren</i>	11
3. STRATEGIEËN OM ZORGINKOOP TE BEÏNVLOEDEN.....	12
3.1 <i>Strategieën om zorginkoop te beïnvloeden in de planfase</i>	12
3.1.1 <i>Methode 1 – Input voor zorginkoop</i>	12
3.1.2 <i>Methode 2 – Input voor beleid</i>	17
3.2 <i>Strategieën om zorginkoop te beïnvloeden in de checkfase</i>	19
3.2.1 <i>Methode 1 – Toetsing van het zorginkoopbeleid</i>	19
3.2.2 <i>Methode 2 – Toetsing van de effecten van het zorginkoopbeleid</i>	20
BIJLAGE 1: EEN VOORBEELD VAN EEN ZORGINKOOPKAART.....	21

Hoe kunnen patiënten de zorginkoop beïnvloeden

Bij deze handleiding

Zorgverzekeraars hebben in het Nederlandse zorgstelsel de regierol gekregen. De verzekeraar koopt zorg in namens zijn verzekerden. Idealiter voldoet die zorg aan de wensen van patiënten. Maar dan moeten patiënten(organisaties) wel betrokken zijn bij die zorginkoop. Door de ervaringen en wensen van patiënten in te brengen in het zorginkoopproces, wordt de kwaliteit van zorg verbeterd. Een set met aandoeningspecifieke kwaliteitscriteria die geformuleerd zijn vanuit patiëntenperspectief kan aan zorgverzekeraars input geven voor het inkopen van zorg van goede kwaliteit. In deze handleiding wordt beschreven hoe patiëntenorganisaties met kwaliteitscriteria de zorginkoop van goede zorg door zorgverzekeraars kunnen beïnvloeden.

Over de handleiding

Deze handleiding is een dynamisch document dat kan worden aangevuld naar aanleiding van voortschrijdend inzicht, gebruikservaringen en verzoeken van gebruikers.

De meest recente versie vindt u steeds op www.programmakwaliteitinzicht.nl.

Heeft u suggesties ter verbetering van de handleiding, dan kunt u een mail sturen aan KIZ@npcf.nl

Deze handleiding is ontwikkeld binnen het programma Kwaliteit in Zicht. In dit programma werken Diabetesvereniging Nederland (DVN), Longfonds/ Longpatiëntenvereniging (voorheen Astmafonds/ longpatiëntenvereniging), Spierziekten Nederland, De Hart&Vaatgroep, Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK), Zorgbelang Nederland en Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) samen om de kwaliteit van de zorg te optimaliseren, door de zorg beter aan te laten sluiten bij de wensen en behoeften van patiënten.

Het programma Kwaliteit in Zicht bevordert een sterke positie van patiënten ten opzichte van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De deelnemers trekken daarbij gezamenlijk op en leren van elkaars ervaring. Ervaringen en producten worden gedeeld met andere patiëntenorganisaties. Door deze bundeling van krachten worden de beste resultaten bereikt voor mensen met een chronische aandoening.

Leeswijzer

Na de inleiding wordt in hoofdstuk 1 beschreven hoe patiëntenorganisaties zorginkoopcriteria kunnen ontwikkelen. In hoofdstuk 2 wordt toegelicht welke rollen patiëntenorganisaties kunnen spelen in zorginkoop. De strategieën om zorginkoop te beïnvloeden worden ten slotte beschreven in hoofdstuk 3.

Inleiding

Patiëntenorganisaties willen een rol spelen in zorginkoop en worden daartoe ook steeds vaker uitgenodigd. Via de zorginkoop kunnen patiëntenorganisaties invloed uitoefenen op de kwaliteit van zorg. Hoe dat precies werkt, wordt beschreven in deze handleiding, die is opgesteld door acht patiëntenorganisaties in het project Kwaliteit in Zicht (KiZ). De handleiding is bedoeld voor alle patiëntenorganisaties die zorginkoop willen beïnvloeden.

De beïnvloeding van zorginkoop is gebaseerd op kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief. Deze handleiding gaat niet in op de ontwikkeling van kwaliteitscriteria. Daarvoor is een aparte handleiding beschikbaar: 'Handleiding Basisset Kwaliteitscriteria'.

In de hier voorliggende handleiding wordt beschreven hoe patiëntenorganisaties van een brede set kwaliteitscriteria kunnen komen tot een specifieke set criteria die geschikt is voor zorginkoop. Beïnvloeding zorginkoop wordt breed opgepakt: zowel de directe invloed op inkoop via concrete criteria en producten, als de invloed via de ontwikkeling van een gezamenlijke visie op verbeterpotentieel en de mogelijkheden om die verbeteringen daadwerkelijk te implementeren.

Zorginkoop

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Om aan die zorgplicht te voldoen, maken verzekeraars afspraken over de te leveren zorg, bijvoorbeeld met ziekenhuizen of met apotheken. Ook spreken ze af welke kwaliteit die zorg heeft en wat die mag kosten. Zorginkoop is het maken van afspraken over de vorm, de hoeveelheid, de prijs en de kwaliteit van de door de zorgaanbieder te leveren zorg. De zorgverzekeraar heeft zo de mogelijkheid om te investeren in goede zorg. De verzekeraar kan besluiten om goede zorg beter te betalen (gedifferentieerde zorginkoop). Maar de verzekeraar kan ook weigeren om afspraken te maken met ziekenhuizen die niet voldoen aan kwaliteitseisen (selectieve zorginkoop). Ook kan een zorgverzekeraar afspraken maken over verbeteringen die een zorgaanbieder moet doorvoeren om zorg in te blijven kopen bij die zorgaanbieder. Via de zorginkoop kan de verzekeraar dus goede zorg belonen en slechte zorg afstoten. Zo beïnvloeden zorgverzekeraars de kwaliteit van de zorg. Maar maken die verzekeraars wel afspraken over zaken die patiënten belangrijk vinden?

Kwaliteit

Kwaliteit is een ruim begrip. Wat verstaan mensen onder kwaliteit van zorg? Is dat het hanteren van richtlijnen en standaarden? Is dat de mogelijkheid om verschillende onderzoeken op één dag te ondergaan? Is dat de hoeveelheid operaties die de chirurg per jaar uitvoert? Of is dat de respectvolle bejegening? Patiënten hebben daar wel een idee van. Zij hebben een bepaalde behandeling gehad en weten heel goed wat daar goed aan was en wat niet. Veel patiëntenorganisaties hebben ervaring met het beschrijven van kwaliteit. De 'Handleiding Basisset Kwaliteitscriteria' beschrijft hoe patiëntenorganisaties kwaliteitscriteria vanuit het perspectief van de patiënt kunnen ontwikkelen.

Het beïnvloeden van de kwaliteit van zorg door patiëntenorganisaties

De kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief worden als basis gebruikt om de kwaliteit van zorg te beïnvloeden. Dit document richt zich vooral op verbetering van de kwaliteit van de zorg door middel van de inbreng van kwaliteitscriteria en indicatoren vanuit patiëntenperspectief in het zorginkoopproces van de zorgverzekeraars. Gewenste verbeteringen moeten echter op de werkvloer van de zorgverleners gerealiseerd worden. Een faciliterende en ondersteunende houding van de zorgverzekeraar is daarbij gewenst. Soms is meer externe druk nodig om de gewenste innovaties te realiseren. Zorgverzekeraars kunnen – namens hun verzekerden – externe druk uitoefenen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

Het beïnvloeden van het zorginkoopbeleid door patiëntenorganisaties

Zorgverzekeraars maken met zorgaanbieders afspraken over zaken die patiënten belangrijk vinden. Dat is het doel. Maar hoe bereiken je dat? Dat is de vraag die centraal staat in deze handleiding. Er wordt een antwoord gegeven op drie vragen. Ten eerste de vraag hoe een patiëntenorganisatie kenmerken voor zorginkoop kan beschrijven ('zorginkoopcriteria'). Ten tweede de vraag welke rol de patiëntenorganisatie kan spelen in het zorginkoopproces. Tenslotte als derde de vraag welke strategieën patiëntenorganisaties kunnen hanteren om zorginkoop te beïnvloeden.

1. Hoe ontwikkelt de patiëntenorganisatie zorginkoopcriteria

Patiëntenorganisaties beschrijven kenmerken van kwaliteit. Ze kunnen daarbij gebruik maken van de 'Basisset Kwaliteitscriteria' (Basisset 2.0). Kwaliteitscriteria staan voor zaken die patiënten belangrijk vinden in de zorg. Die lijst met kwaliteitscriteria kan lang zijn. Het is voor verzekeraars niet te doen om afspraken te maken over al die criteria. Er zal daarom een kortere lijst moeten worden opgesteld van criteria die belangrijk zijn voor zorginkoop. Maar hoe kom je van kwaliteitscriteria tot inkoopcriteria? Aan welke eisen moeten inkoopcriteria voldoen? In dit hoofdstuk worden deze vragen beantwoord.

Het stappenplan

Het ontwikkelen van inkoopcriteria verloopt in vijf stappen. Allereerst worden patiëntervaringen geïnventariseerd en omgezet naar kwaliteitscriteria (1). Vervolgens wordt een visie op kwaliteit en verbeterpotentieel geformuleerd (2). Bij zorgaanbieders wordt getoetst of er draagvlak bestaat voor de visie op kwaliteit en verbeterpotentieel (3). Tot slot worden inkoopcriteria geformuleerd (4) en wordt een zorginkoopkaart gemaakt (5). De vijf stappen worden hieronder verder uitgewerkt.

Stap 1: van patiëntervaringen tot kwaliteitscriteria

Patiënten kunnen op basis van hun ervaringen veel vertellen over de kwaliteit van de zorg: wat meerwaarde biedt, wat goed gaat en welke innovaties gewenst zijn. Patiëntenorganisaties kunnen deze ervaringen inventariseren en vertalen naar concrete kenmerken van kwaliteit: de kwaliteitscriteria. Deze kwaliteitscriteria worden geprioriteerd, bij voorkeur door middel van een kwantitatieve achterbanraadpleging. Prioriteiten kunt u vanuit de patiënt gezien aangeven op twee vlakken; 1. Welke kwaliteitscriteria vindt uw achterban het meest belangrijk? En 2. Welke kwaliteitscriteria ervaart uw achterban als een probleem? Zo komen patiëntenorganisaties tot een overzicht van de belangrijkste kwaliteitscriteria vanuit patiëntperspectief en het verbeterpotentieel. U vindt hierover meer informatie in de *Handleiding behorend bij de Basisset Kwaliteitscriteria*. Deze handleiding kunt u vinden op www.programmakwaliteitinzicht.nl.

Stap 2: Visie op kwaliteit en verbeterpotentieel

Daarnaast kan het zinvol zijn om professionele experts te bevragen op hun visie op verbeterpotentieel. Experts kunnen zorgverleners zijn, maar ook onderzoekers of professionals die zich bezighouden met de organisatie van complexe zorgprocessen. Al deze signalen bij elkaar geven een goed beeld over concrete aspecten van zorg die nu niet goed gaan in de zorg en hoe het beter zou kunnen. Wees daarbij niet te terughoudend: durf bovengemiddelde kwaliteit te vragen.

Verbeterpotentieel kan zich op een aantal domeinen voordoen. Voor de beïnvloeding van zorginkoop is het aan te bevelen om een handzame indeling te hanteren. De indeling in tien thema's en vijf fasen in het zorgproces is geschikt voor de ontwikkeling van kwaliteitscriteria, maar minder geschikt voor de beïnvloeding van zorginkoop. Een handzamer indeling is nodig. Vanuit het perspectief van patiënten zou zorginkoop zich moeten richten op:

- gezondheidsuitkomsten (functionele gezondheid en kwaliteit van leven),
- medisch-inhoudelijke kwaliteit (bijvoorbeeld het toepassen van richtlijnen),
- organisatorische aspecten van kwaliteit (bijvoorbeeld wacht- en doorlooptijden, afstemming in de keten, ondersteuning bij complexe zorgprocessen, informatievoorziening)
- relationele aspecten van kwaliteit (bijvoorbeeld begeleiding naar en bij zelfmanagement).

Stap 3: draagvlak peilen

Stem de lijst met belangrijkste kwaliteitscriteria en verbeterpotentieel vanuit patiëntenperspectief af met zorgaanbieders. Dat kunnen zowel koepelorganisaties zijn als individuele zorgverleners. Wordt de visie van patiënten gedeeld door zorgaanbieders? Wat moet er nog ontwikkeld worden en is daar steun voor vanuit de professionals?

Bevraag ook een aantal zorgverzekeraars op hun visie. Is het patiëntenperspectief bekend? Staat dit al op hun agenda? Is het dusdanig geformuleerd dat ze er iets mee kunnen in het inkoopbeleid? Is er nog aanvullende informatie/ aanvullend onderzoek nodig? Daarnaast is het zinvol om te weten wat er al opgenomen is in de zorginkoopgids¹.

Ten slotte is het belangrijk om te weten of de kenmerken van kwaliteit al geborgd zijn in richtlijnen en zorgstandaarden. Tevens of er publicaties zijn die de gewenste kwaliteitsontwikkeling/borging ondersteunen. (Zie stap 1 'deskresearch' in Handleiding basisset kwaliteitscriteria).

Stap 4: formuleren van inkoopcriteria

Het formuleren van inkoopcriteria vraagt een verdere concretisering van de kwaliteit die beoogd wordt. Het moet concreet genoeg zijn om meetbaar te kunnen maken. Het kwaliteitscriterium staat voor specifieke wensen en eisen die patiënten stellen aan de zorg. In het inkoopcriterium staan ook de middelen en methoden genoemd waarmee de wensen en eisen vervuld kunnen worden.

Van Kwaliteitscriterium naar inkoopcriterium: een voorbeeld

In de set kwaliteitscriteria zorg voor mensen met kanker wordt het volgende kwaliteitscriterium in alle fases van het zorgproces genoemd:

'Zorgverleners screenen de behoefte aan psychosociale zorg, ook voor directe naasten. Als het nodig is verwijzen zorgverleners door voor psychosociale zorg.'

Op de bijbehorende zorginkoopkaart is het criterium geconcretiseerd; er is toegevoegd hoe zorgverleners het screenen en doorverwijzen zouden moeten aanpakken. Dit resulteert in het volgende zorginkoopcriterium:

'Zorgverleners screenen op meerdere momenten in het zorgproces (in overleg met patiënt) de behoefte aan psychosociale zorg, ook voor directe naasten. Zorgverleners wijzen de patiënt en naaste(n) op de website www.lastmeter.nl en/of geven een folder over het doel en werkwijze van de screening. Zorgverleners verwijzen, waar gewenst, patiënt en/of naaste(n) door voor psychosociale zorg, binnen of buiten het ziekenhuis.'

¹ Er zijn momenteel zorginkoopgidsen voor ziekenhuiszorg, GGZ en AWBZ (www.zn.nl/beleidsthemas/overzicht-dossiers)

Vervolgens wordt aangegeven hoe de inkoopcriteria geoperationaliseerd kunnen worden. De volgende vragen worden daarbij beantwoord:

- Wat is het doel van het kwaliteitscriterium? (zorgverbetering, vraaggerichte zorginkoop, keuze-informatie, toezicht)
- Hoe kan het kwaliteitscriterium gemeten worden? (indicator)²
- Bij wie moet het uitgevraagd worden? (de zorgaanbieder of de patiënt)
- Wordt het al ergens geregistreerd? (denk aan klinische registratiesystemen, CQ vragenlijsten, keurmerken).

In hoofdstuk 3 van deze handleiding wordt nader toegelicht op welke wijzen patiëntenorganisaties zorginkoopcriteria kunnen operationaliseren.

Waar een kwaliteitscriterium nog puur vanuit het perspectief van de patiënt geformuleerd kan zijn, vraagt een inkoopcriterium al een breder perspectief van patiënt, zorgaanbieder en verzekeraar. In deze fase is samenspraak met zorgaanbieders en zorgverzekeraars dan ook zeer belangrijk. Soms vindt samenspraak plaats in formeel verband (ZiZo/kwaliteitsinstituut en projecten in de aanloop daarnaar toe), meestal gaat het dan om aandoeningen die vaak voorkomen. Maar een soortgelijk proces kan ook doorlopen worden voor zeldzame aandoeningen en aandoeningen die (nog) niet opgepakt worden in formele overlegstructuren.

Stap 5: Beschrijven van zorginkoopcriteria in een zorginkoopkaart

Het resultaat van de voorgaande vier stappen kunt u vastleggen in een 'zorginkoopkaart'. Een zorginkoopkaart volgt een vast format en bevordert daardoor uniformiteit en herkenbaarheid van patiëntinbreng in zorginkoop. Een voorbeeld van een zorginkoopkaarten kunt u vinden in de bijlage. Meer voorbeelden zijn te vinden op www.programmakwaliteitinzicht.nl.

² Voor indicatorontwikkeling verwijzen we naar het AIRE instrument: *Appraisal of Indicators through Research and Evaluation* (De Koning, Smulders & Klazinga, 2007) en naar de *Indicatorstandaard* van het Kwaliteitsinstituut i.o/CVZ (2012).

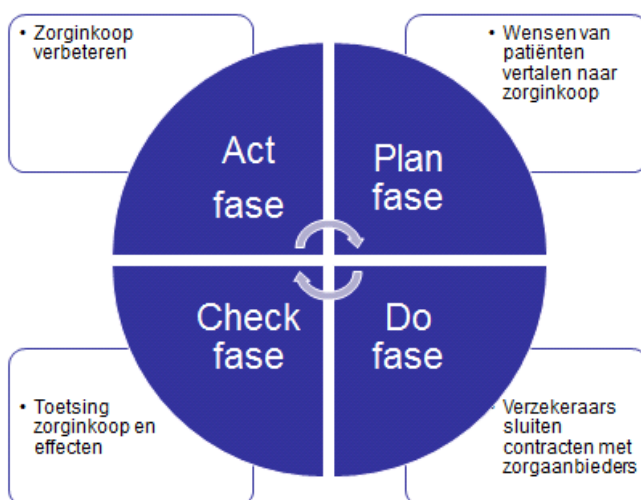
2. Welke rol speelt de patiëntenorganisatie in het zorginkoopbeleid

In 2006 is in Nederland een nieuw zorgstelsel ingevoerd. De Ziekenfondswet werd vervangen door de Zorgverzekeringswet (Zvw). De overheid wil door het introduceren van meer marktwerking bereiken dat de kwaliteit van de zorg verbetert en de kosten minder hard stijgen. Verzekeraars hebben de regierol gekregen: namens hun verzekerden maken zij afspraken met zorgaanbieders over kwaliteit, prijs en hoeveelheid zorg. Om de zorgverzekeraars een sterkere positie te geven is onder andere de zogenoemde contracteerplicht afgeschaft. Dit houdt in dat verzekeraars niet meer met alle zorgverleners en ziekenhuizen een contract hoeven af te sluiten. Bijvoorbeeld als de zorgaanbieder onvoldoende kwaliteit biedt en/of ondoelmatig werkt. Daarnaast zijn er voor steeds meer behandelingen 'vrije prijzen' gaan gelden, waardoor het voor verzekeraars mogelijk is geworden om betere kwaliteit ook beter te belonen. Zo kan de verzekeraar via zorginkoop invloed uitoefenen op kwaliteit en doelmatigheid.

Zorgverzekeraars vertegenwoordigen de patiënten/ verzekerden als ze onderhandelen met de zorgverleners. Het is daarom niet meer dan normaal dat verzekeraars bij de contractering (= zorginkoop) rekening houden met de eisen en wensen van patiënten. Verzekeraars zijn daar in toenemende mate toe bereid, maar inbreng van patiënten(organisaties) is nog onvoldoende verankerd in beleid.

2.1 Het proces van zorginkoop

Het zorginkoopproces wordt geschetst aan de hand van een Plan – Do – Check - Act (PDCA) cyclus met continue kwaliteitsverbetering.



Hieronder volgt een beschrijving van de vier fasen en de rol van patiëntenorganisaties.

De strategieën die patiëntenorganisaties kunnen hanteren om de zorginkoop in de verschillende fasen te beïnvloeden, worden beschreven in hoofdstuk 3.

2.2 De 'plan' fase: wensen van patiënten vertalen naar zorginkoopbeleid

In de planfase van het zorginkoopproces wordt de zorgvraag geïnventariseerd en vertaald naar actueel inkoopbeleid. Patiëntenorganisaties kunnen een belangrijke rol vervullen in deze fase door de wensen van patiënten kenbaar te maken en samen met de verzekeraar(s) te vertalen naar zorginkoopbeleid. In de planning moet rekening gehouden worden met de inkoopcyclus van verzekeraars. Dat houdt in dat invloed die patiëntenorganisaties willen uitoefenen op de inkoop binnen de Zvw plaats moet vinden voor 1 juli (Q1). Voor de AWBZ is dat uiterlijk 1 april (Q2). De zorgverzekeraars kunnen de wensen van patiënten vervolgens opnemen in de zorginkoopcontracten die voor het daaropvolgende jaar worden afgesloten.

Er zijn twee vormen van input door patiëntenorganisaties te onderscheiden in de planfase: (1) input voor zorginkoop: harde data, toetsingsinstrumenten en concrete producten en (2) input voor beleid: visieontwikkeling en implementatie van innovaties. Beleid en inkoop zijn bij verzekeraars ook vaak ondergebracht bij verschillende afdelingen.

Voor de vertaling van zorgvraag naar zorginkoop zijn 'harde data' (niet discutabel) en concrete producten nodig. Te denken valt aan prestatie-indicatoren en CQ-index. Maar ook aan producten zoals een keuze-instrument of keurmerk. De ontwikkeling van indicatorensets vindt plaats via de formele weg: vroeger via Zichtbare Zorg, nu voor een aantal aandoeningen via Zorgverzekeraars Nederland en in de toekomst binnen het Kwaliteitsinstituut. Het komt echter regelmatig voor dat er geen harde data en concrete producten voorhanden zijn. Dat is bijvoorbeeld het geval als het gaat om nieuwe ontwikkelingen.

2.3 De 'do' fase: contracten afsluiten met zorgaanbieders

Contractering vindt plaats tussen verzekeraars en aanbieders. Patiëntenorganisaties hebben hier geen directe verantwoordelijkheid.

2.4 De 'check' fase: waarderen van zorg en zorginkoop

Beïnvloeding van de zorginkoop door patiëntenorganisaties in de checkfase kan op twee aspecten plaatsvinden. Allereerst kan er inzicht worden verkregen in het inkoopbeleid en de inkoopcontracten van de zorgverzekeraars. Er wordt dan onderzocht in hoeverre de kwaliteits- en inkoopcriteria vanuit patiëntenperspectief zijn opgenomen in het inkoopbeleid en de inkoopcontracten. Het onderzoek kan tevens inzicht bieden in de kwaliteit van het inkoopproces door verzekeraars en de verschillen tussen verzekeraars kunnen inzichtelijk worden gemaakt. Met dit onderzoek kunnen patiëntenorganisaties de zorgverzekeraars stimuleren om de kwaliteit van het inkoopproces te verbeteren en meer patiëntgericht in te kopen. Patiëntenorganisaties kunnen vanuit het perspectief van de patiënt goede voorbeelden zichtbaar maken en verbeterpunten formuleren voor de volgende inkoopcyclus van de zorgverzekeraar. Met de evaluatie van het zorginkoopbeleid kunnen patiëntenorganisaties een

belangrijke rol spelen in de informatievoorziening richting hun achterban. Patiëntenorganisaties kunnen verschillen en trends inzichtelijk maken voor patiënten en verzekerden zodat zij zich bij de keuze voor een zorgverzekeraar breder kunnen oriënteren dan alleen premie en serviceaspecten. Door hun achterban van deze informatie te voorzien, kunnen patiëntenorganisaties de keuzes van patiënten en verzekerden voor een verzekeraar beïnvloeden en daarmee kunnen zorgverzekeraars worden gestimuleerd om meer patiëntgericht in te kopen.

De beïnvloeding van de zorginkoop in de checkfase kan ook plaatsvinden door de effecten van de zorginkoop te onderzoeken. De zorginkoop vanuit patiëntenperspectief moet leiden tot een verbetering van de kwaliteit van zorg voor patiënten, op basis van de behoeften van patiënten. De resultaten van de toetsing van de kwaliteit van zorg geven weer waar de zorg nog verbetering behoeft. Deze informatie kunnen verzekeraars gebruiken om tot aanpassing en verbetering van het zorginkoopbeleid in de gewenste richting te komen.

2.5 De 'act' fase: inkooptraject verbeteren

Op basis van de ervaringen uit de voorgaande inkoopcyclus voert de verzekeraar verbeteringen door. De verbeterpunten vanuit het perspectief van de patiënt moeten daarin worden meegenomen. In het daarop volgende jaar begint een nieuwe PDCA-cyclus waar patiëntenorganisaties hun invloed kunnen laten gelden.

3. Strategieën om zorginkoop te beïnvloeden

Zoals in hoofdstuk 2 is beschreven, bestaat het zorginkoopproces uit een cyclus van continue kwaliteitsverbetering. Deze cyclus bestaat uit vier fasen; een plan-, do-, check- en actfase. De belangrijkste fasen waarop patiëntenorganisaties de zorginkoop kunnen beïnvloeden, zijn de planfase en de checkfase. In dit hoofdstuk worden de verschillende strategieën en methoden beschreven waarmee patiëntenorganisaties de zorginkoop kunnen beïnvloeden in deze twee fasen van de kwaliteitscyclus.

3.1 Strategieën om zorginkoop te beïnvloeden in de planfase

De KIZ-methode gaat ervan uit dat kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief de basis vormen voor de beïnvloeding van zorginkoop. Bij stap 4 van de ontwikkeling van de kwaliteitscriteria wordt in beeld gebracht welke criteria de belangrijkste knelpunten vormen (de shortlist). Bij stap 5 wordt bovendien het draagvlak voor de criteria bij zorgverleners gepeild. Die criteria die zowel belangrijk vanuit patiëntenperspectief zijn en bekende knelpunten zijn, hebben het grootste verbeterpotentieel. Bij deze punten is verbetering in de zorg gewenst. De beïnvloeding via de zorginkoop kan een manier zijn om dit bewerkstelligen.

Het is belangrijk om hierbij draagvlak te benoemen. Draagvlak voor de gewenste wijzigingen in de zorg bij de beroepsgroep maakt het eenvoudiger voor de zorgverzekeraar om zorg in te kopen. Zorgverzekeraars vinden het veelal belangrijk om de richtlijnen en inhoud van de zorg bij de beroepsgroep te laten. Het is niet per se nodig om draagvlak bepalend te laten zijn voor de samenstelling de zorginkoopkaart of de shortlist met zorginkoopcriteria. Mocht het draagvlak er namelijk nog niet zijn, dan kan er gedurende het traject draagvlak worden gecreëerd, mogelijk samen met de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar kan hier ook een aanjager voor zijn.

Patiëntenorganisaties kunnen de zorginkoop in deze fase op verschillende manieren beïnvloeden met de kwaliteitscriteria als basis. Er zijn twee vormen van input door patiëntenorganisaties te onderscheiden: (1) input voor zorginkoop: indicatoren, toetsingsinstrumenten en concrete producten en (2) input voor beleid: visieontwikkeling en implementatie van innovaties.

3.1.1 Methode 1 – Input voor zorginkoop

Wensen van patiënten zijn concreet omschreven in de vorm van inkoopcriteria. Dat kunnen criteria zijn voor zorg bij een bepaalde aandoening. Het kunnen ook criteria zijn over een bepaald thema, bijvoorbeeld de toegankelijkheid van zorg of een bepaalde doelgroep, zoals ouderen. In hoofdstuk 1 is beschreven op welke wijze patiëntenorganisaties zorginkoopcriteria kunnen ontwikkelen. Het is belangrijk dat deze zorginkoopcriteria, en de producten die daarop gebaseerd zijn, bekend zijn bij verzekeraars. Dat gebeurt in de contacten die patiëntenorganisaties hebben met zorgverzekeraars. Maar ook door opname van de criteria in de zorginkoopgids van Zorgverzekeraars Nederland. Hierna worden 3 verschillende wijzen beschreven waarop patiëntenorganisaties door middel van het leveren van input de zorginkoop door zorgverzekeraars kunnen beïnvloeden.

a. Beïnvloeding via indicatoren

Zorgverzekeraars kunnen bij de inkoop van zorg gebruik maken van de resultaten van indicatorensets, bijvoorbeeld indicatoren van Zichtbare Zorg (vanaf 2013 Nederlands Zorg Instituut), Zorgverzekeraars Nederland, Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Consumer Quality Index. Ook in richtlijnen en zorgstandaarden zijn indicatoren opgenomen die door zorgverzekeraars worden meegenomen in de zorginkoop. Zorgverzekeraars kunnen ook zelf indicatoren (laten) ontwikkelen, bijvoorbeeld uitkomstindicatoren zoals de Patient Reported Outcome Measures (PROMs).

De indicatorresultaten geven een beeld van de geboden kwaliteit van zorg. Daarom is het van belang dat de indicatoren juist die zaken meten die door patiënten als belangrijkste knelpunten worden ervaren. Vaak is dit (deels) ook het geval, omdat patiëntenorganisaties vaak betrokken worden bij de ontwikkeling van bovengenoemde indicatoren. Als dat nog niet of onvoldoende het geval is, kan de patiëntenorganisatie proberen de inkoopcriteria van de shortlist alsnog in te brengen in het ontwikkeltraject van de indicatoren. Als dit (deels of geheel) is gelukt, vormen de resultaten van de uitvraag van de indicatoren een rijke bron van informatie. Uit de uitvraag kan immers opgemaakt worden hoe groot een bepaald probleem precies is en welke instellingen relatief goed en welke relatief slecht scoren.

Dat zorgverzekeraars de resultaten van indicatoren gebruiken bij de zorginkoop staat vast. Hoe zij dit precies doen en of ze zich op die indicatoren richten die voor patiënten belangrijk zijn, is echter vaak ondoorzichtig. De patiëntenorganisatie kan daarom met de zorgverzekeraar in gesprek gaan om hier meer zicht op te krijgen. Waar mogelijk probeert de patiëntenorganisatie bovendien invloed uit te oefenen over hoe de zorgverzekeraar de resultaten gebruikt in de inkoop en geeft daarbij aan dat een aantal zaken vanuit patiëntenperspectief zeer van belang zijn. De zorgverzekeraar kan immers verschillende strategieën inzetten om via de zorginkoop de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Methode 1a is uiteraard alleen geschikt voor aandoeningen waarvoor indicatorensets gemaakt worden. Dit zijn vaak de veelvoorkomende aandoeningen.

Voorbeeld beïnvloeding via indicatoren: Zorgstandaard COPD

De indicatoren voor COPD zorg zijn gebaseerd op de zorgstandaard COPD en zijn tot stand gekomen in een Werkgroep waarin zorgverleners zoals Longartsen (ENVALT), Huisartsen (NHG), Fysiotherapeuten (KNGF), Diëtisten (NVD) en apothekers (KNMP) etc. vertegenwoordigd zijn. Deze werkgroep maakt deel uit van de Longalliantie Nederland (LAN) waar ook twee zorgverzekeraars (Coöperatie VGZ en Achmea) als 'bedrijfslid' deel vanuit maken. De zorgverzekeraars zitten niet in de werkgroep indicatoren en hebben geen inhoudelijke inbreng bij het tot stand komen van de zorgstandaarden, maar ze denken wel mee en adviseren desgevraagd over de consequenties van opname of aanpassingen in de zorginhoud en indicatoren in de praktijk van verzekeren en contracteren. Zo is actieve vroeg-opsporing van patiënten met COPD vanuit de zorgstandaard gewenst, maar in de praktijk wordt dit niet vergoed omdat dit buiten de basisverzekering valt en dus gebeurt dit niet of nauwelijks.

Daarnaast zijn verzekeraars van belang bij het 'benchmarken' van huisartsenpraktijken, zorggroepen, ziekenhuizen etc., op de vastgestelde indicatoren. Deze spiegelinformatie leidt tot reflexie en uitwisseling tussen zorgverleners met een kwaliteit verhogend effect. Het is duidelijk dat verzekeraars bij de zorginkoop/ contractering steeds meer rekening gaan houden met de uitkomsten van deze 'benchmarks'.

Een zo'n indicator is bijv.

- % COPD patiënten dat behandeld wordt in de eerste lijn

De Friesland zorgverzekeraar, nu onderdeel van Achmea, heeft een aantal jaren geleden al, huisartsen vergeleken op deze indicator en kwam tot verrassende inzichten. Zo bleek het percentage COPD patiënten dat doorverwezen werd naar het ziekenhuis, enorm te variëren tussen de verschillende huisartsenpraktijken. Op basis van de verdere informatie konden deze verschillen niet verklaard worden. De Friesland heeft om die reden een werkgroep ingesteld waar huisartsen, longartsen en de Longfonds patiëntenvereniging hebben gesproken over deze verschillen en de oorzaken daarvan.

- % COPD patiënten bij wie de inhalatie techniek is gecontroleerd in het afgelopen jaar
- % COPD patiënten bij wie de mate van bewegen is gecontroleerd in de afgelopen 12 maanden
- % gediagnosticeerde COPD patiënten van wie de rookstatus bekend is
- % COPD patiënten bij wie een BMI is berekend

Al deze indicatoren zijn van belang om te controleren (ook door de zorgverzekeraar) of de zorgstandaard goed wordt nageleefd. Het gaat bij de bovenstaande indicatoren (Fase I) om twee kengetallen en acht procesindicatoren. In Fase II zullen ook een aantal uitkomstindicatoren en een aantal indicatoren vanuit patiëntenperspectief meegenomen worden. Hierbij kan gedacht worden aan bijv.:

- % COPD patiënten dat een Individueel Zorgplan (IZP) heeft
- % nieuw gediagnosticeerde COPD patiënten dat in een multidisciplinair behandelteam (MDO) is besproken
- Aantal COPD patiënten ingeschreven in de huisartsenpraktijk dat in de afgelopen 12 maanden een exacerbatie (Longaanval) heeft gehad

In dit hele verhaal is het natuurlijk van belang dat de patiënt zelf ook weet wat goede zorg voor zijn COPD inhoudt en wat hierover is afgesproken tussen de zorgverleners. De Longfonds patiëntenvereniging heeft daarom van de zorgstandaard COPD, maar ook van de zorgstandaard Astma en Palliatieve zorg, een "Patientenversie" laten maken. Hierin zijn ook praktische tips opgenomen, bijvoorbeeld om het gesprek met de (Long)arts voor te bereiden. Deze patiëntenversie kunnen gratis bij het Longfonds aangevraagd worden door patiënten en zorgverleners.

b. Beïnvloeding met behulp van informatie toetsingsinstrumenten (keurmerken)

Bij methode 1b ontwikkelt/heeft de patiëntenorganisatie een instrument dat de kwaliteit van zorg in kaart brengt door inzichtelijk te maken aan welke criteria afzonderlijke zorgaanbieders voldoen. De patiëntenorganisatie heeft daarvoor, al dat niet in samenwerking met relevante beroepsgroepen, criteria voor goede zorg geformuleerd. Een patiëntenorganisatie kan er voor kiezen om niet alleen informatie te bieden over de geboden zorg, maar hier ook een expliciete waardering aan te verbinden. Dit kan bijvoorbeeld de vorm van een keurmerk, lintje of vinkje hebben. Voorbeelden zijn de borstkankermonitor, longzorgmeter, patiëntenwijzers, vaatkeurmerk en de smiley voor kindvriendelijke ziekenhuizen. Welke zorgaanbieders de waardering behalen bepaalt de patiëntenorganisatie: bijvoorbeeld alleen zorgaanbieder die voldoen aan alle criteria of zij die voldoen aan enkele minimale eisen.

Een toetsingsinstrument van een patiëntenorganisatie kan drie verschillende soorten informatie opleveren, namelijk:

- Knelpunten bij specifieke zorgaanbieders. Dit zijn de criteria waaraan een specifieke zorgaanbieder, bijvoorbeeld een bepaald ziekenhuis, niet voldoet.
- Of een specifieke zorgaanbieder de expliciete waardering wel of niet behaald heeft (indien van toepassing).
- Knelpunten in het gehele zorgveld. Dit zijn die criteria waaraan een groot deel van de zorgaanbieders niet voldoet.

De patiëntenorganisatie beïnvloedt bij deze methode de zorginkoop door zorgverzekeraars op de hoogte te brengen van deze informatie. De zorgverzekeraar kan de informatie op verschillende manieren inzetten bij de zorginkoop:

- De zorgverzekeraar kan de informatie over de specifieke zorgaanbieder gebruiken bij inkoopgesprekken met deze aanbieder. De zorgverzekeraar kan de criteria waaraan de zorgaanbieder niet voldoet ter sprake brengen, nagaan waarom de zorgaanbieder niet voldoet en eventueel verbeterafspraken maken.
- De zorgverzekeraar kan zorgaanbieders die wél aan alle of enkele criteria voldoen of, indien van toepassing, de expliciete waardering ontvangen hebben, belonen door meer zorg in te kopen en/of om tegen een hogere prijs in te kopen.
- De zorgverzekeraar kan zorgaanbieders die wél aan alle of enkele criteria voldoen of, indien van toepassing, de expliciete waardering ontvangen hebben, extra aanprijzen bij haar verzekerden. Dit kan door:
 - Verzekerden die zorgbemiddeling vragen bij de verzekeraar in eerste instantie door te verwijzen naar zorgaanbieders die aan criteria voldoen.
 - Zorgaanbieders die voldoen aan de criteria positief weer te geven op zorgvergelijkswebsite van zorgverzekeraar.
 - Zorgaanbieders positief te profileren door hen een predicaat van goede zorg toe te kennen. Zo heeft Menzis voor verschillende typen zorg Topzorg-predicaten ingesteld.
- De zorgverzekeraar kan het voldoen aan alle of enkele criteria, of het behaald hebben van de expliciete waardering als inkooppeis stellen. Bij zorgaanbieders die niet aan de inkooppeis voldoen, wordt geen zorg ingekocht.

Door het belonen dan wel straffen van zorgaanbieders, zullen meer zorgaanbieders zorg willen bieden die voldoet aan de criteria van het toetsingsinstrument.

Meer weten over toetsingsinstrumenten?

In het kader van het project Kwaliteit in Zicht, is onderzoek gedaan naar de effectiviteit van toetsingsinstrumenten. De resultaten hiervan zijn te lezen in het rapport 'Toetsing van toetsingsinstrumenten'.

Tevens is binnen Kwaliteit in Zicht de 'Handleiding toetsingsinstrumenten' ontwikkeld. Hierin kunt u lezen hoe een patiëntenorganisatie een toetsingsinstrument kan ontwikkelen en inzetten.

Beide rapportages zijn te downloaden onder 'Producten Kwaliteit in Zicht' op www.programmakwaliteitinzicht.nl

Voorbeeld beïnvloeding via toetsingsinstrumenten: Vaatkeurmerk

'Ik heb een aneurysma, in welk ziekenhuis kan ik me het best laten behandelen?' Of: 'Ik wil een second opinion, naar welk ziekenhuis moet ik dan gaan?' Dit soort vragen kwamen veel binnen bij De Hart&Vaatgroep. Het was voor vaatpatiënten en hun verwijzers vrijwel ondoenlijk om inzicht te krijgen in het aanbod van de ziekenhuizen uitgesplitst naar specifieke aandoeningen of ingrepen. De Hart&Vaatgroep heeft het Vaatkeurmerk in het leven geroepen om meer inzicht te verkrijgen in de kwaliteit van zorg voor vaatpatiënten.

De Hart&Vaatgroep heeft, in samenwerking met vertegenwoordigers van de beroepsgroepen vaatchirurgen en interventieradiologen criteria opgesteld waar goede vaatzorg aan moet voldoen. Deze criteria worden om het jaar uitgevraagd bij ziekenhuizen. Ziekenhuizen krijgen een expliciete waardering, namelijk het Vaatkeurmerk, als zij voldoen aan de criteria. De informatie die voortkomt uit de uitvraag van het Vaatkeurmerk wordt getoond op www.hartenvaatgroep.nl/kiesuwvaatzorg

In 2012 hebben verschillende gesprekken plaats gevonden tussen De Hart&Vaatgroep en CZ. Hierbij is de informatie van het Vaatkeurmerk nader toegelicht, denk bijvoorbeeld aan: op welke criteria scoren veel ziekenhuizen slecht en wat zijn mogelijke redenen voor het niet behalen van het Vaatkeurmerk? Naar aanleiding van deze gesprekken heeft CZ besloten om de contractering voor Perifeer Arteriël Vaatliden (een specifieke vaataandoening) in 2013 te beperken tot de zorginstellingen die het Vaatkeurmerk behaald hebben. Voor meer informatie zie: [Verantwoordingsdocument voorkeursbeleid 2012-2013, PAV](#)

c. Beïnvloeding via producten/diensten

De shortlist geeft de patiëntenorganisatie een beeld van de knelpunten met het grootste verbeterpotentieel. De patiëntenorganisatie kan er voor kiezen om een product of dienst te ontwikkelen waarmee één of meerdere knelpunten opgelost worden. Ook kan het natuurlijk zijn dat de patiëntenorganisatie een dergelijke dienst of product al eerder heeft ontwikkeld.

Bij deze methode beïnvloedt de patiëntenorganisatie de zorginkoop, door het concrete product/dienst bij de zorgverzekeraar aan te bieden als oplossing van één of meerdere problemen. De zorgverzekeraar kan het gebruik van het product/dienst door zorgaanbieders op verschillende manieren stimuleren. Zij kan het als harde inkoop eis gebruiken; als een zorgaanbieder niet werkt met het product, wordt er niet ingekocht. Of de zorgverzekeraar kan zorgaanbieders die het product gebruiken, belonen. Idealiter spreken zorgverzekeraar en patiëntenorganisatie af welke strategie gevolgd wordt.

Het is voor alle producten/diensten die u inzet belangrijk dat er draagvlak ontstaat in het zorgveld (zorgaanbieders en beroepsverenigingen). Het product of de dienst moet niet strijdig zijn met de geldende beroepsnormen en richtlijnen en goed toepasbaar is in de praktijk.

Voorbeeld beïnvloeding via producten/diensten: Els Borstgesprekken: de patiënt als docent

Bij het toekennen van TopZorg 2014 heeft Menzis naast criteria voor medische kwaliteit vooral de wensen van de patiënt als uitgangspunt genomen. Daarom is voldoen aan de voorwaarden van de Patiëntenwijzers Prostaat- en darmkanker van de NFK een belangrijk vereiste voor het verkrijgen van het TopZorg predikaat. Ziekenhuizen die geen 'groen vinkje' hebben in de Patiëntenwijzers komen niet in aanmerking voor TopZorg. In de Patiëntenwijzers wordt inzichtelijk gemaakt welke ziekenhuizen voldoen aan de gestelde minimale voorwaarden voor goede prostaat- en darmkankerzorg. Deze voorwaarden zijn gebaseerd op de wensen van de patiënt en vooraf afgestemd met vertegenwoordigers van de verenigingen van medisch specialisten en verpleegkundigen.

Naast deze voorwaarden heeft Menzis deelname aan de zogenaamde Els Borstgesprekken als criterium gesteld voor het predikaat Topzorg. Ook deze zorgverzekeraar vindt communicatie en bejegening essentieel voor goede zorg bij kanker. Een ziekenhuis krijgt dit predikaat als het zijn artsen en verpleegkundigen betrokken bij de kankerzorg wil laten deelnemen aan Els-Borstgesprekken.

Over de Els-Borstgesprekken

In een Els-Borstgesprek gaan kankerpatiënten en naasten gaan onder leiding van een gespreksleider live in gesprek met een groep zorgverleners waar zij geen behandelrelatie mee hebben, om zo van elkaar te leren.

Doel van het project is bewustwording van de actie-reactiemechanismen, zowel bij de afzonderlijke zorgverleners als bij de patiënten en hun naasten. In een veilige omgeving kunnen zowel patiënten (en naasten) als zorgverleners elkaar continu feedback geven over wat zij in de spreekkamer ervaren. Het unieke en daarmee de toegevoegde waarde is deze wederkerigheid.

3.1.2 Methode 2 – Input voor beleid

Patiëntenorganisaties willen dat de zorgverzekeraar investeert in gewenste zorgverbeteringen. Bijvoorbeeld verbeteringen op het gebied van integrale zorg bij bepaalde aandoeningen of voor bepaalde doelgroepen. Echter in tegenstelling tot de methode 1a t/m c die is beschreven, beschikt de patiëntenorganisatie niet over indicatoren van aandoeningen die zij vertegenwoordigd of heeft (nog) geen concrete toetsingsinstrumenten of producten/diensten. De patiëntenorganisatie kan ervoor kiezen om deze eerst te ontwikkelen of gaat in gesprek met de zorgverzekeraar om het beleid te beïnvloeden. Daarover gaat deze methode. Bij beïnvloeding van het beleid gaat het om gezamenlijke visievorming en die visie in praktijk brengen in projecten en experimenten. Dit kan uiteindelijk leiden tot indicatoren / harde data en concrete producten die gebruikt kunnen worden in de zorginkoop.

Samen op zoek naar oplossingen

Bij de eerste methode zit het patiëntenperspectief al verwerkt in indicatoren, wordt deze gemeten via toetsingsinstrumenten of biedt de patiëntenorganisatie een kant-en-klare oplossing voor één of meerdere knelpunten in de zorg. De eerste methode is voornamelijk geschikt als een patiëntenorganisatie al een goed beeld heeft van de oorzaken van en mogelijke oplossingen voor een probleem. Als dit niet het geval is, kan het raadzaam zijn om deze tweede methode te volgen. Hierbij

gaan patiëntenorganisaties al in een vroeger stadium in gesprek met de zorgverzekeraar om samen het probleem nader te analyseren. Hierbij geeft de patiëntenorganisatie aan waar de knelpunten vanuit het patiëntenperspectief zijn. Vervolgens werken zorgverzekeraar en patiëntenorganisatie samen om te komen tot oplossingen van deze knelpunten: bijvoorbeeld de ontwikkeling van een bepaald product en stimulering van inzet van dit product middels de zorginkoop. Dit lijkt op methode 1c, echter ontwikkelt de patiëntenorganisatie de product of dienst niet alleen, maar samen met de zorgverzekeraar. Dit zal vaak in de vorm van een (pilot)project of experiment zijn, waar op kleine schaal met een aantal zorgaanbieders wordt gekeken of verbeteringen haalbaar zijn.

Voor de oplossingen die samen met de zorgverzekeraar worden ontwikkeld, moet wel draagvlak zijn in het zorgveld (zorgaanbieders en beroepsverenigingen) om te zorgen dat de oplossingen in overeenstemming zijn met de geldende beroepsnormen en richtlijnen en goed toepasbaar zijn in de praktijk. Naast het betrekken van een aantal zorgverleners in een (pilot)project, is het ook zeer aan te bevelen om de wetenschappelijke beroepsvereniging al vroeg te betrekken dan wel te informeren.

Input voor beleid voorbeeld: artrosezorg

De Reumapatiëntenbond is samen met Multizorg VRZ (een samenwerkingsverband waarin op landelijke schaal zorginkoop wordt gerealiseerd en waarin Multizorg VRZ de volgende zorgverzekeraars vertegenwoordigt: DSW, ONVZ, ASR, Eno en Zorg en Zekerheid) en in dit project specifiek met de zorgverzekeraars ONVZ en De Amersfoortse een pilotproject gestart waarin het patiëntenperspectief integraal onderdeel uitmaakt bij de inkoop van heup- en kniebehandelingen en gekeken wordt of patiënten te “empoweren” zijn die een heup- of kniebehandeling ondergaan.

Multizorg VRZ heeft behoefte om deze wijze van zorginkopen in projectvorm te testen en kijken wat de meerwaarde kan zijn om zorg in te kopen waarbij de patiënt centraal staat. Er is gekozen voor de ingreep heup- en knieprothesen, meestal als gevolg van de chronische reumatische aandoening artrose. Het chronische aspect maakt het interessant om breed over de kwaliteit van zorg en de keten afspraken te maken. De patiënt heeft immers vaak te maken met meerdere zorgverleners. De kwaliteitscriteria en de zorginkoopkaart artrose ontwikkeld binnen Kwaliteit in Zicht (KiZ) vormde de basis voor het inbrengen van het patiëntenperspectief.

Er is gekozen voor beïnvloeding van de zorginkoop in de tweedelijns zorg. Hieraan liggen praktische overwegingen ten grondslag; gezien de wijze waarop de inkoop samenwerking binnen Multizorg VRZ is georganiseerd, liggen in deze sector de meeste kansen voor het realiseren van de pilot. De zorg aan mensen met artrose omvat echter meer dan heup- en/of knieprothesen en vindt grotendeels plaats in de eerstelijns zorg. De impact die de zorginkoop heeft op de kwaliteit van de zorg in de tweedelijns straalt op den duur hopelijk ook uit naar de eerstelijns vanwege de afspraken over afstemming, kennis- en informatieoverdracht. In een later stadium kan, zo mogelijk, ook gekeken worden naar beïnvloeding van zorg via de zorginkoop in de eerstelijns zorg.

De knelpunten vanuit patiëntenperspectief zijn ‘continuïteit van zorg door samenwerking tussen zorgverleners’ en ‘informeren van de patiënt’. Binnen dit project zijn deze knelpunten voorgelegd aan zorginstellingen en is zo een beeld ontstaan van hoe hiermee wordt omgegaan in de praktijk en hoe de zorg er momenteel uitziet. Dit is in de vorm van kwaliteitssessies georganiseerd met verschillende zorgaanbieders die indicaties stellen en knie- en heupoperaties bij artrosepatiënten uitvoeren. Met behulp van deze informatie kon er een schets gemaakt worden van de ideale zorg

vanuit het perspectief van de patiënt. Op basis hiervan zijn de inkoopcriteria opgesteld.

De inkoopcriteria zijn geconcretiseerd naar een checklist in afstemming met een aantal instellingen. In deze checklist wordt een lijst met onderwerpen benoemd die besproken en schriftelijk vastgelegd moeten worden met de patiënt, zodat zowel de patiënt zelf als de orthopedisch chirurg en de huisarts hiervan op de hoogte zijn. Dit betreft een inventarisatie van het voortraject, afwegingen rondom de indicatiestelling en een individueel advies. Mits er gekozen wordt voor een operatie, wordt ook het natraject hierin meegenomen. Deze checklist zal inzicht geven aan de patiënt en ook zorgen voor uniforme zorg wanneer deze voor elke patiënt wordt gebruikt. Het is niet noodzakelijk dat de instelling de checklist van Multizorg VRZ gebruikt voor schriftelijke vastlegging van de onderwerpen/aspecten uit de checklist; dat kan ook via de eigen systemen en procedures. In dat geval is het wel noodzakelijk dat de patiënt een checklist mee krijgt waarop hij/ zij kan aanvinken of een bepaald onderwerp (voldoende) aan de orde is gekomen. Zorginstellingen geven aan deze vrijheid belangrijk te vinden.

Multizorg VRZ maakt met een aantal ziekenhuizen afspraken om deel te nemen in de pilot. In deze periode (doorlooptijd: 12 tot 18 maanden) implementeren zij deze in hun ziekenhuis. Dit zal vanaf 2013 plaatsvinden. De beroepsvereniging NOV zal hier ook van op de hoogte gesteld worden. De pilot wordt afgesloten met een evaluatie, waarin de patiëntenorganisatie een rol zal hebben om de ervaringen van de patiënten na invoering van de checklist boven tafel te krijgen. Mocht het een succesvol project zijn, dan streeft Multizorg VRZ naar landelijke implementatie van de checklist via afspraken in de zorginkoop en het implementeren van deze methode waarin het patiëntenperspectief centraal staat in hun zorginkoopbeleid.

Alhoewel het project nog niet afgerond is en er over de resultaten van dit project nog niet gerapporteerd kan worden, geeft dit voorbeeld wel aan op welke wijze het mogelijk is om samen met een zorgverzekeraar te werken bij het inbrengen van het patiëntenperspectief bij de zorginkoop.

3.2 Strategieën om zorginkoop te beïnvloeden in de checkfase

Patiëntenorganisaties spelen een belangrijke rol in de toetsing van het zorginkoopbeleid. In de checkfase vindt de toetsing van het zorginkoopbeleid plaats. Deze toetsing kan op twee onderdelen plaatsvinden: 1) Onderzocht wordt in hoeverre de zorgverzekeraars de kwaliteits- en zorginkoopcriteria vanuit patiëntenperspectief hebben opgenomen in het inkoopbeleid en de contracten met zorgaanbieders. Daartoe worden het zorginkoopbeleid en de zorginkoopcontracten getoetst, 2) Onderzocht wordt of het zorginkoopbeleid met daarin de zorginkoopcriteria vanuit patiëntenperspectief, tot de gewenste verbeteringen in de zorg heeft geleid.

3.2.1 Methode 1 – Toetsing van het zorginkoopbeleid

In deze methode wordt het zorginkoopbeleid van de verzekeraar getoetst en geëvalueerd. De toetsing en evaluatie vindt plaats op basis van de door de zorgverzekeraars gepubliceerde beleidsdocumenten op het gebied van zorginkoop en de inkoopcontracten voor zover die openbaar zijn gemaakt.

Zorgverzekeraars zijn op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (art. 40) verplicht informatie voor verzekerden openbaar te maken ten aanzien van de eigenschappen van aangeboden

producten en diensten en de inhoud van de modelovereenkomsten. In de 'Beleidsregel Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten' van de NZa staat dat een kernelement van de modelovereenkomst het gecontracteerd zorgaanbod is. Met betrekking tot het gecontracteerd zorgaanbod geeft de beleidsregel aan dat alle contracten zodra ze zijn afgesloten op de website worden geplaatst. Ondanks deze verplichting staan de inkoopdocumenten en de eigenschappen van aangeboden producten en diensten (lang) niet altijd op de website en dus kunnen verzekerden niet gemakkelijk een vergelijking maken³.

Voor de toetsing en vergelijking dient een onderzoeksvragenlijst met thema's vanuit patiëntenperspectief en vergelijkingskader te worden opgesteld. Aan de hand daarvan kan in de beschikbare documenten worden nagegaan wat de visie en het beleid van de zorgverzekeraars is op het gebied van zorginkoop, kan worden getoetst in hoeverre de kwaliteits- en inkoopcriteria vanuit patiëntenperspectief zijn opgenomen in beleid en contracten, kan worden nagegaan in hoeverre patiënten(organisaties) betrokken zijn geweest bij het opstellen van het beleid en de contracten en kan worden gezien hoe transparant en professioneel het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars is. De resultaten van het onderzoek kunnen verder worden aangevuld of ingekleurd met interviews met zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Meer informatie over toetsing zorginkoopbeleid:

Meer informatie kunt u vinden in het rapport 'Zorginkoop onder de loep' uit 2008 van de NPCF, Consumentenbond en Anbo en het rapport 'Zorginkoop COPD 2011 en 2012 van het Longfonds uit 2013.

3.2.2 Methode 2 – Toetsing van de effecten van het zorginkoopbeleid

In deze methode wordt getoetst of de opname van de kwaliteits- en inkoopcriteria vanuit patiënten perspectief ook heeft geleid tot zorg die beter aansluit bij de wensen en behoeften van patiënten. Patiëntenorganisaties spelen uiteraard een belangrijke rol bij deze beoordeling en waardering van zorg. Toetsing van de zorg kan plaatsvinden door middel van keurmerken zoals de borstkankermonitor, het vaatkeurmerk, de patiëntenwijzers, de longzorgmeter, de diabetes zorgmonitor, of door gebruik te maken van methoden zoals Door Cliënten Bekeken of de CQ index.

Daarnaast kan ook een kwalitatief onderzoek worden uitgevoerd onder een specifieke patiëntengroep. Daarbij kan een patiëntenpopulatie in een bepaald gebied of van bepaalde zorgverleners gevraagd worden een vragenlijst in te vullen om te zien of zij ook de zorg krijgen aangeboden die zij zouden moeten krijgen op basis van het zorginkoopbeleid en de inkoopcontracten met de zorgaanbieders. Om de eventuele veranderingen in de zorg, als gevolg van gewijzigd inkoopbeleid, te meten is het van belang dat de meting gedaan wordt bij patiënten die cliënt zijn bij zorgverleners in het gebied waar de verzekeraar een dominante (monopolie) positie heeft. Het merendeel van de patiënten is dan verzekerd bij deze verzekeraar en deze verzekeraar heeft dan ook de contracten met de zorgverleners afgesloten. De resultaten van de vragenlijst kunnen worden besproken in een of meerdere panelgesprekken met patiënten voor verdere 'inkleuring' van de resultaten. Uiteraard kunnen de effecten alleen toegeschreven worden aan het gewijzigde inkoopbeleid als er ook een 0-meting bij de zorgverleners is gedaan op basis van het 'oude' inkoopbeleid van de verzekeraar.

³ Onderzoek 'Zorginkoop COPD 2011 en 2012' door het Longfonds en het Ondersteuningsburo.

Bijlage 1: Een voorbeeld van een zorginkoopkaart

KWALITEIT IN ZICHT

Psychosociale zorg oncologie

Zorginkoopkaart

De zorginkoopkaart is ontwikkeld vanuit het programma Kwaliteit in Zicht, een samenwerkingsverband van acht grote patiëntenorganisaties. De kaart stimuleert zorgverzekeraars om zorg in te kopen die voldoet aan de wensen en behoeften van patiënten. Via de zorginkoop kunnen ontwikkelingen in het zorgaanbod gefaciliteerd worden. Bijvoorbeeld door afspraken op te nemen in contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders en door excellente kwaliteit te belonen. Patiëntenorganisaties willen met de zorginkoopkaart invloed uitoefenen op het soort verbeteringen dat nagestreefd wordt. De inkoopkaart is gebaseerd op ervaringskennis van patiënten. Vanuit die ervaringskennis worden aspecten van kwaliteit benoemd waarvan patiënten vinden dat ze een stevige plaats verdienen in de afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Inleiding

De Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties vindt het belangrijk dat mensen die zorg krijgen die zij nodig hebben als zij geraakt zijn door kanker. Niet alleen de medische zorg maar ook ondersteuning bij het omgaan met klachten door de ziekte, het oppakken van werk, school en gezinsleven. De NFK heeft de wensen en behoeften van mensen met kanker verzameld en formuleert op basis hiervan het onderstaande inkoopcriterium.

Inkoopcriteria psychosociale zorg oncologie

Zorgverleners screenen op meerdere momenten in het zorgproces (in overleg met patiënt) de behoefte aan psychosociale zorg, ook voor directe naasten. Zorgverleners wijzen de patiënt en naaste(n) op de website www.lastmeter.nl en/of geven een folder over het doel en werkwijze van de screening. Zorgverleners verwijzen, waar gewenst, patiënt en/of naaste(n) door voor psychosociale zorg, binnen of buiten het ziekenhuis.

Meer informatie

Voor meer informatie over het programma Kwaliteit in Zicht en de hierbinnen ontwikkelde instrumenten kunt u kijken op www.programmakwaliteitinzicht.nl. Voor meer informatie over de NFK wijzen wij u naar www.NFK.nl

Contact

Voor meer informatie over deze specifieke inkoopkaart psychosociale zorg oncologie kunt u contact opnemen met drs. Carin Hoogstraten (c.hoogstraten@nfk.nl)

Inkoopkaart
Psychosociale zorg
Versie 1.2, januari 2012



KWALITEIT IN ZICHT

Achtergrondinformatie psychosociale zorg

Psychosociale zorg oncologie nu en in de toekomst

Vooral twee tot vijf jaar na de diagnose kanker hebben patiënten behoefte aan meer informatie en ondersteuning. Ze hebben dan vaak minder contact met het ziekenhuis, maar nog steeds behoefte aan begeleiding.

- In Nederland hebben ruim een half miljoen mensen kanker of kanker gehad. Bij het merendeel is de diagnose meer dan twee jaar geleden gesteld en iets meer dan de helft is vijf jaar na de diagnose nog in leven.
- 25 tot 50% van de patiënten ervaart tijdens of na de behandeling zoveel disstress dat verwijzing naar een gespecialiseerde psychosociale en/of (para) medische zorgverlener nodig is.
- Mensen met kanker kunnen last ervaren op lichamelijk, emotioneel, sociaal, praktisch en levensbeschouwelijke gebied.
- Er is een richtlijn 'Detecteren van behoefte aan psychosociale zorg'. De 'lastmeter' is het signaleringsinstrument om de disstress te kunnen signaleren (www.lastmeter.nl).

Het perspectief van de patiënt

De volgende signalen geven patiënten en hun naasten:

Het is niet gemakkelijk om als patiënt te erkennen dat je psychosociale zorg nodig hebt. Het actief aanbieden van deze ondersteuning verlaagt de drempel om hier gebruik van te maken. De 'lastmeter' geeft de zorgverlener maar ook de patiënt inzicht in de 'last' die iemand ervaart.

Bronnen

Nazorg bij kanker: de rol van de eerste lijn, Signaleringscommissie Kanker van KWF kankerbestrijding, 2011.

Eindrapportage werkgroep Integratie aanpak van psychosociale zorg in de oncologie, NPK, 2010.

Richtlijn 'Detecteren van behoefte aan psychosociale zorg' 2010. www.oncoline.nl.

Inkoopkaart
Psychosociale zorg oncologie
Versie 1.2, januari 2012

- 2 -