



Uitnodiging tot deelname

Waardegericht inkopen Angst & Depressie

Samenvatting

Inleiding

Het zorginkoopbeleid 2019 van Menzis gaat uit van de behoeften van onze klanten. Het toevoegen van extra waarde aan de zorg voor patiënten is de kern van onze aanpak. Voor jong en oud, voor gezond en ziek, voor nu en in de toekomst. De prikkels in het huidige stelsel stimuleren zorgaanbieders om te produceren en zorgverzekeraars om kosten te beperken. Er is te weinig aandacht voor de kwaliteit van zorg. Door waarde van zorg centraal te stellen, komt de focus meer op kwaliteit te liggen: de uitkomsten van zorg. Betere uitkomsten van zorg gaan vaak samen met lagere kosten. Menzis ziet waardegerichte zorginkoop als de sleutel voor toekomstbestendige en betere zorg voor onze verzekerden. We beogen de uitkomsten van zorg bij alle zorgaanbieders te verbeteren. Daarom richt dit inkooptraject zich op het stimuleren van een verbetercyclus bij de zorgaanbieders voor het (blijven) realiseren van verbetering.

Aanpak

Dit driejarige inkooptraject staat open voor alle instellingen die zowel GBGGZ als ambulante angst- en/of depressiezorg in de SGGZ leveren en een overeenkomst met Menzis hebben. De uitkomsten worden vanaf 2019 gemeten op basis van transparante indicatoren. De kosten worden inzichtelijk gemaakt door de behandelduur (in minuten) als kostendrijver in kaart te brengen. De uitkomsten en kostendrijver

worden tussen deelnemende zorgaanbieders gebenchmarkt en op geaggregeerd niveau besproken op spiegelbijeenkomsten onder leiding van een onafhankelijke partij. Op basis hiervan maken de deelnemers verbeterplannen, welke ze in het volgende jaar uitvoeren.

Planning

- Publicatie van dit concept-inkoopdocument en het ophalen van feedback hierop vindt plaats tussen 11 en 28 juni;
- Het definitieve inkoopdocument wordt uiterlijk 6 juli gepubliceerd, waarna de inschrijving van start gaat;
- De inschrijving voor het waardegericht inkopen in 2019 sluit 31 juli 2018;
- In oktober 2018 is de eerste spiegelbijeenkomst gepland op basis van de uitkomsten en kostendrijver 2016 en zo mogelijk 2017. Deze data dienen als vertrekpunt;
- Op basis hiervan schrijven de deelnemers een verbeterplan voor 2019.

1. Waardegerichte zorginkoop

Het zorginkoopbeleid van Menzis is er al een paar jaar op gericht om samen met u als zorgaanbieder, de zorg kwalitatief goed, betaalbaar en toegankelijk te houden. Het toevoegen van extra waarde aan de zorg voor patiënten is de kern van onze aanpak. Voor jong en oud, voor gezond en ziek, voor nu en in de toekomst. Daarom maken we met u afspraken over de kwaliteit van de zorg, de uitkomsten én de betaalbaarheid ervan. Hierbij staan de mens en kwaliteit van leven voorop. Deze ontwikkeling noemen we waardegerichte zorg. Op onze [website](#) kunt u meer lezen over onze visie op waardegerichte zorginkoop.

Het is de missie van Menzis om kwalitatief goede en betaalbare zorg voor haar verzekerden in te kopen. De zorgkosten in Nederland stijgen sneller dan ons nationale inkomen, waardoor de betaalbaarheid van de zorg onder druk staat. De prikkels in het stelsel liggen verkeerd doordat zorgaanbieders worden gestimuleerd om te produceren en zorgverzekeraars om de kosten te beperken. Kwaliteit van zorg krijgt zo maar weinig aandacht. Door ons te richten op de waarde van zorg, komt de focus te liggen op kwaliteit: de uitkomsten van de zorg. Onderzoek en ervaring tonen aan dat hogere kwaliteit en lagere kosten samen kunnen gaan, bijvoorbeeld als hogere kwaliteit in één keer tot een succesvol behandelresultaat leidt óf als een behandelmethode bij lagere kosten tot gelijkblijvende uitkomsten leidt.

Waardegerichte zorg op basis van uitkomsten

Bij haar waardegerichte zorginkoop combineert Menzis een aantal doelstellingen:

- het verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg
- het verbeteren van de gezondheid van een populatie
- het verlagen van de kosten per hoofd van de bevolking

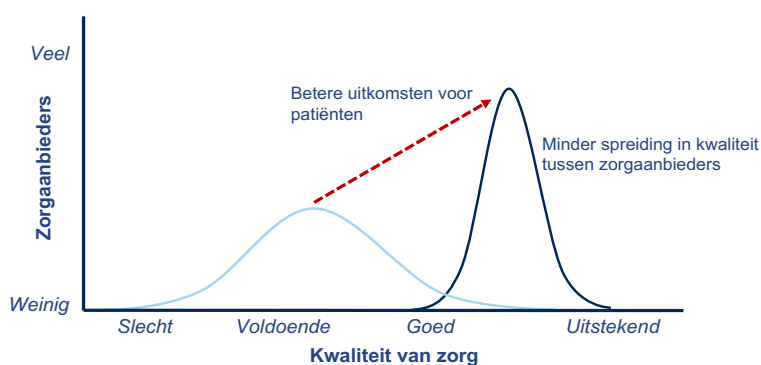
Dat kan zich vertalen in afspraken op verschillende niveaus:

1. Waardegerichte inkoopafspraken van een behandeling
2. Waardegerichte meerjarencontracten met individuele instellingen of
3. Waardegerichte afspraken over populatiebesteding in een bepaalde regio

Bij de waardegerichte inkoopafspraken voor een behandeling gaat het om voor de patiënt relevante uitkomsten van zorg(kwaliteit) in relatie tot de kosten van deze zorg. Wanneer de uitkomst van de zorg voor de patiënt verbetert tegen dezelfde kosten, stijgt de waarde van de zorg.

Waardegerichte zorg richt zich op voor de patiënt relevante uitkomsten en niet op structuur- en procesindicatoren. Het is vanuit patiëntperspectief belangrijker om te weten of je na een depressie-behandeling geen terugval krijgt (uitkomst) dan bij hoeveel procent van de patiënten de behandeling binnen 2 weken is gestart (proces) of dat er een goedgekeurd Kwaliteitsstatuut is (structuur).

Door het centraal stellen van waarde van zorg en de prikkels in de zorg dáárop te richten, ontstaat een gemeenschappelijk doel voor patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Inzichten in uitkomsten stimuleert de zorgaanbieder om verder te leren en te verbeteren waardoor de zorg voor de patiënten verbetert. Patiënten kunnen daarmee eveneens steeds beter een zorgaanbieder kiezen op basis van voor hen relevante kwaliteit. Hiermee beogen we te bereiken dat de uitkomsten van de zorg bij alle zorgaanbieders verbeteren (*shifting the curve to the right* – zie figuur 1).



Figuur 1. *Shifting the curve to the right*

Door verbetering van de uitkomsten dalen de totale kosten door effectievere behandelingen en minder recidive. Als de waarde van zorg verbetert door zowel betere uitkomsten als lagere kosten is waardegerichte zorg écht een succes.

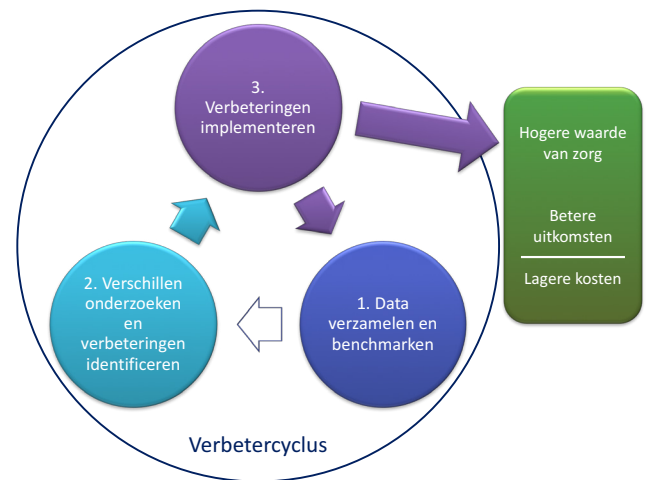
Van waardegerichte zorg naar waardegerichte inkoopafspraken

Waardegericht inkopen van zorg wordt in het buitenland al met succes toegepast, maar staat in Nederland nog relatief in de kinderschoenen. Uit internationale ervaringen blijkt dat door de geboden transparantie, onderlinge vergelijking en waarderen van uitkomsten, de waarde van zorg bij deelnemende zorginstellingen (verder) verbetert¹². Nu in Nederland een aantal jaren structureler kwaliteit wordt gemeten, is het hieraan verbinden van een waardegerichte inkoopafpraak de volgende stap die we willen maken. Een dergelijke afspraak zal een impuls geven om de kwaliteit van zorg te verbeteren. In 2019 wil Menzis daarom met geïnteresseerde zorgaanbieders een waardegerichte overeenkomst sluiten voor de behandeling van ambulante angst- en/of depressiebehandelingen. Tijdens het tot stand komen van het waardegerichte inkooptraject heeft Menzis verschillende externe partijen binnen de GGZ geconsulteerd.

Continu verbeteren

Voor het (blijven) realiseren van verbetering van uitkomsten is de aanwezigheid van een verbetercyclus en een verbetersteam bij de zorgaanbieder van belang. In figuur 2 is de verbetercyclus weergegeven die gevoed wordt door inzicht in uitkomsten en vergelijking van de uitkomsten met andere zorgaanbieders (1). Nader onderzoek van de verschillen en het identificeren van de best practices (2) geeft handvatten voor verbetering. De implementatie van verbeteringen (3) verhoogt de waarde van zorg door betere uitkomsten en/of lagere kosten.

Daarnaast kan de waarde van zorg toenemen doordat de patiënten op basis van openbare informatie over uitkomsten, voor zorgaanbieders met de beste uitkomsten kiezen.



Figuur 2. Hogere waarde van zorg door implementatie van verbeteringen die uit de verbetercyclus komen

Stimuleren innovaties

Als deelnemers van dit inkooptraject extra stappen willen zetten om de waarde van zorg voor de patiënten te verhogen, krijgen zij daarvoor binnen dit traject de ruimte. Innovaties worden dan ook binnen het traject gestimuleerd.

¹ Govaert et al (2015). Reducing Healthcare Costs Facilitated by Surgical Auditing: A Systematic Review. *World J Surg* 39:1672–1680.

² The Boston Consulting Group (2011). *Zorg voor waarde*.

2. Kernpunten waardegericht inkopen van angst- en depressiebehandelingen

Om de waarde van zorg te verhogen start Menzis samen met zorgaanbieders een driejarig traject waarbij stap voor stap gewerkt wordt aan betere uitkomsten tegen lagere kosten. Het traject richt zich op cliënten met een angststoornis of depressie waarbij sprake is van een initiële dbc of GBGGZ-product (m.u.v. product Chronisch). Ook wordt de eventuele vervolgzorg (het in jaar t+1 in zorg blijven óf weer in zorg komen) van deze cliënten hierin meegenomen. Voor een succesvolle uitvoering van het traject dienen een aantal randvoorwaarden afgesproken te worden. In deze paragraaf staan deze toegelicht. Het traject wordt voor zowel angst als depressie apart uitgevoerd.

Deelnemers

Alle zorgaanbieders die zowel GBGGZ als ambulante angst- en/of depressiezorg in de SGGZ leveren kunnen meedoen, als aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- De instelling is gecontracteerd door Menzis voor de jaren 2016, 2017 en 2018.
- De instelling gaat voor 2019 de reguliere overeenkomst GGZ afsluiten.
- De instelling meet vanaf 2016 de gedefinieerde indicatoren (t.b.v. de nulmeting).
- De instelling stelt vanaf 1/1/2019 de uitkomsten op de gedefinieerde indicatoren beschikbaar aan een Trusted Third Party (TTP). Deze TTP werkt conform de landelijke geldende privacynormen.
- De instelling heeft minimaal 25 ambulante bij Menzis verzekerde angst- en/of depressiecliënten (initiële dbc tót 3.000 minuten) onder behandeling gehad in 2016 en/of 2017.
- De instelling participeert in spiegelbijeenkomsten waarin op geaggregeerd niveau variatie in kwaliteit en kosten onder de instellingen worden besproken.
- De instelling draagt zorg voor de afvaardiging tijdens de spiegelbijeenkomsten van een regiebehandelaar en een organisatorisch verantwoordelijke en zorgt voor continuïteit hierin.
- De instelling implementeert ten minste één verbeterplan per jaar gericht op het verbeteren van de waarde van zorg.

Menzis heeft de mogelijkheid om het traject te stoppen indien er niet meer dan 5 zorgaanbieders deelnemen aan het traject.

Behandeling

Het uitgangspunt voor het inkooptraject zijn angst en/of depressie-behandelingen in de GBGGZ en ambulante SGGZ-behandelingen (angst en/of depressie) tot maximaal 1 jaar (initiële dbc's tót 3.000 minuten). Hierin worden de volgende cliënten niet meegenomen:

- cliënten waarbij naast een initiële dbc angst of depressie tegelijkertijd Verblijf zonder Overnachting (VZO), crisis of ECT is gedeclareerd
- cliënten waarbij sprake is (geweest) van een klinische opname in 2017 of 2018

De geïncludeerde zorgproducten zijn:

GBGGZ

Code	Prestatie
180001	Kort
180002	Middel
180003	Intensief

SGGZ

Depressieve Stoornissen	
231	Depressie - vanaf 250 t/m 799 minuten
232	Depressie - vanaf 800 t/m 1.799 minuten
233	Depressie - vanaf 1.799 t/m 2.999 minuten
Angststoornissen	
237	Angst - vanaf 250 t/m 799 minuten
238	Angst - vanaf 800 t/m 1.799 minuten
239	Angst - vanaf 1.799 t/m 2.999 minuten

Indicatoren

Binnen het inkooptraject staan de volgende indicatoren centraal:

- Vervolgzorg (het in jaar t+1 in zorg blijven óf opnieuw in zorg komen³)
- Klachtvermindering
- Kwaliteit van leven
- Cliënttevredenheid
- Wachttijden

³ hier worden zowel de GBGGZ als alle diagnosegroepen in de SGGZ in meegenomen, mits er geen sprake is van verblijf, of declaratie van VZO of ECT tegelijkertijd.

Transparantie over uitkomsten

De uitkomsten op de uitkomstindicatoren die gehanteerd worden in dit traject, worden op termijn gedeeld met de klanten van Menzis (via de Menzis Zorgvinder en Zorgadvies). Menzis zal geen waardeoordeel over de zorgaanbieder uitspreken, dus niet zeggen waar de zorg 'goed' of 'slecht' is, maar wel de verschillen tussen zorgaanbieders inzichtelijk maken. Het door de zorgaanbieder op de eigen website inzichtelijk maken van de uitkomsten van dit traject vinden we vanaf jaar 3 eveneens gewenst.

Kostendrijvers

Waarde van zorg bestaat uit de uitkomsten van de zorg in relatie tot de kosten die gemaakt worden om de uitkomsten te bereiken. Bij kosten wordt in dit traject gekeken naar:

- de behandelduur (in minuten)

Menzis koppelt verschillen in de kostenindicator terug die variëren tussen de zorgaanbieders.

Spiegelbijeenkomsten en verbetercyclus

De deelnemers krijgen benchmarkgegevens van de uitkomsten en kostendrijver. De data over de uitkomsten dienen deels te worden aangeleverd en zijn deels openbaar. De data over de kostendrijver zijn afgeleid van de declaratiedata van Menzis. De data worden bewerkt door een derde onafhankelijke partij. De geaggregeerde data vormen de basis voor de spiegelbijeenkomsten. Uiteraard wordt bij de bewerking van de informatie zodanig gehandeld, dat er in de spiegelbijeenkomsten geen sprake is van tot de persoon herleidbare gegevens.

Spiegelbijeenkomsten

De deelnemers participeren in jaarlijkse spiegelbijeenkomsten met andere deelnemers onder leiding van een onafhankelijke derde partij, waarin de benchmarkgegevens over (1) uitkomsten van zorg en (2) informatie over de kostendrijver worden gepresenteerd en besproken. Het doel van de spiegelbijeenkomsten is dat de deelnemers inspiratie opdoen om de waarde van de geleverde zorg te verhogen en potentiële verbeterpunten op te halen voor het eigen verbeterplan. Bij de opzet van de spiegelbijeenkomsten wordt rekening gehouden met mededingingsrechtelijke kaders die van toepassing zijn.

De spiegelbijeenkomsten starten in oktober 2018 en

kijken naar de gegevens uit 2016, zo mogelijk aangevuld met data over 2017. De gegevens over heel 2017 worden zo spoedig mogelijk in 2019 teruggekoppeld naar de individuele deelnemers en besproken in een spiegelbijeenkomst.

Tijdens deze bijeenkomst komt, naast de uitkomsten en kostendrijvers, ook de analyse van (mutaties in) patiëntenstromen aan de orde. Hiermee wordt inzicht verkregen in bijvoorbeeld verschuiving van patiëntenstromen tussen zorgaanbieders en mogelijke veranderingen in diagnosestelling van zorgaanbieders. Waar mogelijk deelt Menzis ook overige spiegelinformatie, zoals praktijkvariatie in bijvoorbeeld de inzet van psychofarmaca en verschillen in ingezette disciplinemix.

In het tweede deel van de spiegelbijeenkomst wordt onder begeleiding van Menzis stilgestaan bij de verbeterplannen, evaluatie van dit inkooptraject en de doorontwikkeling voor de komende jaren.

Verbetercyclus

Het centrale doel van het inkooptraject is verhoging van de waarde van zorg doordat zorgaanbieders gericht zijn op het blijven verbeteren van de zorg. Hiervoor is het opstellen van een verbeterplan door de zorgaanbieder van groot belang. In het inkooptraject wordt de deelnemers gevraagd vóór 1 december 2018 een verbeterplan op te stellen waarin zij beschrijven hoe in 2019 aanpassingen in het zorgpad worden doorgevoerd ter verhoging van de waarde van zorg.

Wij vragen de zorgaanbieders om in het verbeterplan ten minste activiteiten op te nemen ten behoeve van de realisatie van een van de volgende zaken:

- Verbeteren van een van de uitkomstindicatoren en/of kostendrijver
- Inzet van zelfzorg
- De verbetering van een ander door de zorgaanbieder ervaren probleem dat speelt voor deze doelgroep

Naast bovenstaande punten toetst Menzis de verbeterplannen op de volgende onderdelen:

- Benoemen van een verbeterteam onder leiding van een regiebehandelaar
- Concrete verbeterpunten met aanleiding, voorgenomen verbeterpunt(en) en verwachte effect(en) op de uitkomsten van zorg en/of de kostendrijvers in 2019
- Een tijdpad voor de implementatie van de verbeteringen

Dit verbeterplan is voor Menzis een middel om te toetsen hoe gemotiveerd de zorgaanbieder zich toont. Bij een onvoldoende verbeterplan wordt de zorgaanbieder gevraagd een verbeterde versie te maken. Indien het verbeterplan onvoldoende blijft, kan Menzis een zorgaanbieder uitsluiten van deelname in 2019. Voor het verbeterplan stelt Menzis een format ter beschikking.

Vergoedingen

Centraal staan de cliënten zoals benoemd onder 'Behandeling' in dit hoofdstuk én de kans dat zij een jaar later nog steeds in zorg zijn danwel opnieuw in zorg komen (vervolgzorg).

Per instelling wordt op basis van historische gegevens gekeken wat de gemiddelde kosten per cliënt zijn wanneer gekeken wordt naar zowel jaar t (de initiële dbc / het GBGGZ-product) als jaar t + 1 (de eventuele vervolgzorg). Op basis van dit gemiddelde wordt een prijs per cliënt afgesproken: de aanbieder krijgt een X bedrag per cliënt, waarvoor zowel de initiële dbc (jaar t) als de eventuele vervolgzorg in jaar t + 1 wordt bekostigd. Dit kan voor de aanbieder leiden tot een extra vergoeding, indien:

- de aanbieder in staat is de benodigde (vervolg) zorg te leveren tegen een prijs die gemiddeld lager ligt dan waar in de afgesproken gemiddelde prijs rekening mee is gehouden én
- het percentage 'in zorg blijven / opnieuw in zorg komen' (vervolgzorg) onder het gemiddelde ligt van alle deelnemende instellingen én
- er minimaal sprake is van een gelijkblijvende totaalscore op de kwaliteitsindicatoren en kostendrijver (zie verderop in dit hoofdstuk)

Indien de instelling het bovenstaande weet te realiseren, wordt uitgegaan van het 'shared savings'-model zoals weergegeven in tabel 1.

Tabel 1. Shared savings-model

Verlaging kosten per verzekerde t.o.v. afgesproken gemiddelde prijs	Totaalscore kwaliteit / kosten	Shared Savings	
0 - 5%	Verbetering	Zorgaanbieder	60%
		Menzis	40%
	Gelijk gebleven	Zorgaanbieder	50%
		Menzis	50%
5 - 10%	Verbetering	Zorgaanbieder	70%
		Menzis	30%
	Gelijk gebleven	Zorgaanbieder	60%
		Menzis	40%
10 - 15%	Verbetering	Zorgaanbieder	80%
		Menzis	20%
	Gelijk gebleven	Zorgaanbieder	70%
		Menzis	30%
> 15	Verbetering	Zorgaanbieder	90%
		Menzis	10%
	Gelijk gebleven	Zorgaanbieder	80%
		Menzis	20%

Voorbeeldberekening

- Met aanbieder X wordt een gemiddelde prijs van € 2.500 afgesproken.
- Aanbieder X realiseert een gemiddelde prijs van € 2.400.
- Aanbieder X heeft in totaal 100 cliënten behandeld, wat een potentieel aan 'shared savings' oplevert van 100 cliënten à € 100 (€ 2.500 - € 2.400) = **€ 10.000**.
- Aanbieder X heeft daarmee een procentuele verlaging van de prijs gerealiseerd van $(€ 100 / € 2.500) * 100\% = 4\%$.
- Daarnaast heeft aanbieder X een **verbetering** gerealiseerd op de totaalscore van de kwaliteitsindicatoren & kostendrijver(s).
- Bovenstaande betekent dat van de € 10.000,- **60%** (€ 6.000) naar de aanbieder gaat en **40%** (€ 4.000) naar Menzis.

Eindafrekening

Gedurende de contractjaren declareert de zorgaanbieder de declaraties voor de betreffende cliënten op de reguliere manier. Dit is de zogenaamde gerealiseerde omzet. Daarnaast wordt door de zorgverzekeraar de gerealiseerde gemiddelde prijs berekend, door de gerealiseerde omzet te delen door het aantal unieke cliënten. Indien de gerealiseerde gemiddelde prijs lager ligt dan de afgesproken gemiddelde prijs, wordt

het verschil achteraf verrekend in de afspraken tussen Menzis en de zorgaanbieder.

Vaststellen verbetering kwaliteitsindicatoren en kostendrijvers

Om vast te stellen of er sprake is van verbetering op kwaliteit en kosten wordt gekeken naar een combinatie van de uitkomstmaten en de kostendrijver. Met andere woorden: is de waarde van zorg verhoogd? Om het verschil in uitkomstmaten en kostendrijver tussen twee achtereenvolgende jaren te beoordelen, wordt een marge rondom de gerealiseerde waarde gehanteerd. De reden hiervoor is dat hiermee de invloed van meeton nauwkeurigheid en toevalfluctuaties beperkt wordt.

De marge wordt bepaald door uit te gaan van het verbeterpotentieel. Het verbeterpotentieel is het verschil tussen de uitkomst van een zorgaanbieder op een indicator ten opzichte van de uitkomst van de best presterende zorgaanbieder. Er is sprake van een verbetering als tenminste 20% van het verbeterpotentieel gerealiseerd is. Hieronder volgt in tabel 2 een fictief voorbeeld. In de tweede kolom zijn de scores opgenomen van 6 zorgaanbieders, waaronder de zorgaanbieders met de hoogste en laagste score. In kolom 3 is per zorgaanbieder aangegeven wat 20% van het verbeterpotentieel is.

Als de score in jaar t (kolom 5) ten minste verhoogd is met deze waarde (uit kolom 3), spreken we van een verbetering van de score. Bij een goed presterende aanbieder hoeft de score in jaar t maar beperkt te

stijgen om van verbetering te spreken (bijvoorbeeld Zorgaanbieder E).

Om vast te stellen of er sprake is van een achteruitgang wordt dezelfde systematiek gehanteerd als bij verbetering, maar dan ten opzichte van de laagste score op deze indicator. Gevolg hiervan is dat bij een goed presterende zorgaanbieder pas sprake is van achteruitgang als de score flink is afgenomen (in dit voorbeeld een achteruitgang van meer van 0,95 punten bij zorgaanbieder F). Bij een zorgaanbieder met een lage score is bij een nog lagere score in jaar t veel sneller sprake van een achteruitgang.

In kolom 5 van de tabel is voor de zorgaanbieders een fictieve score voor jaar t opgenomen en in de laatste kolom is te zien tot welke beoordeling dit leidt.

De uitkomsten worden gewaardeerd tegen de gewichten die in tabel 3 zijn aangegeven. Deze verdeling in drie niveaus is afkomstig van Michael Porter⁴. Porter stelt dat de uitkomsten op het eerste niveau over het algemeen belangrijker zijn dan de uitkomsten op een lager niveau. Dit is vertaald in de gewichten van de drie niveaus. De uitkomst van de kostendrijver krijgt een gewicht van 6 punten (1/3de van het totaal van de gewichten). Een positieve totaalscore op de uitkomsten en kostendrijver betekent dat de deelnemer is verbeterd, bij 0 punten is de deelnemer gelijk gebleven en bij een negatieve totaalscore is de deelnemer achteruit gegaan.

Tabel 2. Voorbeeld van het vaststellen van verbetering

1.	2. gemiddelde verschilscore 2016	3. 20% verbetering	4. 20% achteruit	5. fictieve score 2017	6. Beoordeling
Zorgaanbieder A (laagste)	2,00	0,95	0,00	3,52	verbetering
Zorgaanbieder B	4,07	0,53	-0,41	3,98	gelijk
Zorgaanbieder C	4,90	0,37	-0,58	4,10	achteruit
Zorgaanbieder D	5,15	0,32	-0,63	5,25	gelijk
Zorgaanbieder E	6,62	0,02	-0,92	6,68	verbetering
Zorgaanbieder F (hoogste)	6,74	0,00	-0,95	6,56	gelijk

⁴ Porter ME. What is value in Health Care. N Engl J Med 2010; 363:2477-2481

Tabel 3. Vaststellen verbetering: gewichten van uitkomstindicatoren ingedeeld volgens de niveaus van Porter en kostendrijver

Niveau & omschrijving	Indicator	Meetinstrument / bron ⁵	Meeteenheid	Gewicht
Bereikte of behouden gezondheidsstatus	Klachtvermindering	Instrument: ROM (BSI, OQ45, SQ-48)	Delta T-score	4
	Kwaliteit van leven	eigen keuze aanbieder, mits gevalideerd instrument ⁶		4
Proces van herstel; complicaties	-	-	-	-
Duurzaamheid gezondheidsstatus	Vervolgzorg	Bron: declaratiegegevens Menzis	% vervolgzorg in jaar t+1	3
Overig	Clïenttevredenheid	Instrument: verkorte CQj ambulant, totaalscore op schaal 'samen beslissen'	CQj-score	2
	Wachttijden	Bron: Vektis	Wachttijd Wo - W2 ⁷	2
Kostendrijver	Kostendrijver			
	Duur van de behandeling	Bron: declaratiegegevens Menzis	Aantal minuten	6
	Totaal			18

In tabel 3 staan eveneens de te hanteren meetinstrumenten benoemd, zodat de onderlinge vergelijkbaarheid ter vaststelling van het verbeterpotentieel gewaarborgd is. Gegeven het feit dat voor de indicator 'kwaliteit van leven' een diversiteit aan meetinstrumenten wordt gehanteerd door zorgaanbieders, worden hier alle gevalideerde instrumenten geaccepteerd. Om te constateren of er sprake is van verbetering op deze indicator, wordt alleen gekeken naar de verbetering ten opzichte van zichzelf.

Om een betrouwbaarder en meer valide beeld te krijgen van het verbeterpotentieel, wordt een maat gehanteerd om rekening te houden met de zorgvraagzwaarte van de doelgroep. Hiervoor wordt voor de SGGZ

de zorgvraagzwaarte-indicator (zvz-i) gehanteerd. Deze indicator wordt door de TTP gebruikt om op doelgroepniveau te corrigeren; de scores op deze maat zijn hiermee niet op de persoon herleidbaar.

In tabel 4 is een fictief resultaat van een deelnemer uitgewerkt. Bij deze aanbieder is één uitkomstindicator achteruit gegaan ten opzichte van het jaar ervoor, namelijk de cliënttevredenheid. Op de overige indicatoren is sprake van een verbetering. De kostendrijver, duur van de behandeling, is echter wel achteruitgegaan.

Onder aan de streep resulteert dit in een totaalscore van +5, een overall verbetering.

Tabel 4. Voorbeeld van de resultaten van een deelnemer op de uitkomstindicatoren en kostendrijvers t.o.v. het jaar ervoor

Niveau	Indicator	Resultaat	Score
Bereikte of behouden gezondheidsstatus	Klachtvermindering	Verbetering	4
	Kwaliteit van leven	Verbetering	4
Proces van herstel; complicaties	-	-	-
Duurzaamheid gezondheidsstatus	Vervolgzorg	Verbetering	3
Overig	Clïenttevredenheid	Achteruitgang	-2
	Wachttijden	Verbetering	2
Kostendrijver	Duur van de behandeling	Achteruitgang	-6
	Totaal		5

⁵ Menzis volgt met grote belangstelling de oprichting van AKWA en gaat mee in de (door)ontwikkeling van meetinstrumenten

⁶ Denk bijv. aan de Mansa, EQ5D

⁷ Wo-W2 = de wachttijd tussen moment van aanmelding en eerste behandelcontact

3. Fasering en planning

Fases binnen het traject

Het traject kent vanaf juni 2018 een aantal fases. De fases worden hieronder kort toegelicht.

Uitnodiging en vragen

Alle voor 2018 gecontracteerde zorgaanbieders van zowel GBGGZ als ambulante SGGZ- angst- en/ of depressiebehandelingen die in 2016 minimaal 25 initiële dbc's hebben voor deze doelgroep(en) krijgen begin juni 2018 een uitnodiging tot deelname aan het traject. Tot en met 28 juni 2018 is er de gelegenheid voor zorgaanbieders om vragen voor te leggen aan Menzis. Dit kan via het e-mailadres waardegerichtinkopenggz@menzis.nl. Menzis beantwoordt deze vragen en houdt voor andere zorgaanbieders de relevante vragen en antwoorden bij in een Q&A.

Inschrijven voor het traject

Uiterlijk 6 juli 2018 ontvangen deze zelfde zorgaanbieders per mail de definitieve uitnodiging tot inschrijving en het addendum voor waardegericht inkopen. De inschrijving voor het traject kan via een link in de betreffende mail plaatsvinden tot en met 31 juli 2018.

Inschrijven voor de inkoop 2019 is na deze datum in principe niet meer mogelijk.

Het is mogelijk om later alsnog in te stappen in het traject (aanmelden vóór 1 april 2019), maar dan moet de zorgaanbieder op dat moment aan dezelfde voorwaarden kunnen voldoen als de deelnemers die al in 2019 in dit traject gestart zijn.

Spiegelbijeenkomst 2018

In oktober 2018 worden spiegelbijeenkomsten georganiseerd onder leiding van een onafhankelijke partij waarbij de uitkomsten uit 2016 input vormen, zo mogelijk aangevuld met uitkomsten uit 2017. Tevens zal een eerste inzicht gegeven worden in de spreiding van de kostendrijver in het behandeltraject. Aan de deelnemers wordt gevraagd na de spiegelbijeenkomst een verbeterplan op te stellen, dat leidt tot het verbeteren van de voor de cliënten relevante uitkomsten. Deze dient vóór 1 december 2018 opgestuurd te worden aan Menzis.

Nulmeting

De nulmeting vindt plaats over 2017. Hiermee kunnen per zorgaanbieder de uitkomsten over 2019 vergeleken worden om te onderzoeken of het verbeterplan tot meetbaar betere uitkomsten leidt. In de eerste maanden van 2019 worden de data over 2017 verwerkt. Menzis wil met de deelnemers tot afspraken komen om de uitkomsten over 2017 en verder versneld beschikbaar te hebben.

Spiegelbijeenkomst 2019

In het voorjaar van 2019 worden spiegelbijeenkomsten gepland onder leiding van een onafhankelijke partij. Deze spiegelbijeenkomsten volgen dezelfde opzet als de spiegelbijeenkomst in 2018. Deze bijeenkomst levert nieuwe informatie over de uitkomsten en kostendrijver in 2017 en kan aanleiding zijn voor bijstellen/ aanscherping van het verbeterplan voor 2019.