

Uitnodiging tot Deelname

Pilot Hartzorg

Een waardegedreven zorgmodel voor de behandeling van coronairlijden met PCI of CABG 2018-2020



Disclaimer: Dit is de prospectus voor de pilot waardegedreven hartzorg (PCI of CABG) in 2018. De (door)ontwikkeling van de pilot in 2018, 2019 en 2020 zal samen met de deelnemers aan de pilot worden gedaan.

Datum: 24 november 2017

Versie 1.2

Samenvatting

Inleiding

De prikkels in het huidige stelsel stimuleren zorgaanbieders om te produceren en zorgverzekeraars om kosten te beperken. Uitkomsten van zorg spelen niet of nauwelijks een rol in de huidige bekostiging, kwaliteitsverbeteringen worden niet beloond.

NHR Innovatie en Menzis willen beiden naar een ander soort afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, waarbij de waarde van zorg centraal staat. Door ons te richten op de waarde van zorg komt de focus te liggen op de (voor de patiënt relevante) uitkomsten van zorg. Vanuit dit perspectief willen NHR Innovatie en Menzis samen met de ziekenhuizen een zorginkoopmodel ontwikkelen waarin de uitkomsten van zorg een belangrijke rol spelen en waarin kwaliteit beloond wordt.

Aanpak

NHR Innovatie en Menzis hebben op basis van de VBHC-systematiek een eerste versie van een zorginkoopmodel ontwikkeld voor PCI en CABG. Het model is gebaseerd op de data die Meetbaar Beter de afgelopen jaren heeft verzameld aangevuld met enkele kostendrijvers. NHR Innovatie en Menzis willen samen met geïnteresseerde ziekenhuizen in 2018 een 3-jarige pilot starten waarin het inkoopmodel getest, doorontwikkeld en geïmplementeerd wordt. NHR Innovatie heeft in de pilot de rol van onafhankelijke derde partij.

In het inkoopmodel zijn de uitkomsten opgenomen die binnen de NHR geregistreerd worden, zoals 1-jaars mortaliteit, optreden van myocardinfarct, diepe sternum wondinfectie en target vessel revascularisation. In het model worden de gerealiseerde uitkomsten vergeleken met de voorspelde uitkomsten o.b.v. de risicofactoren van de patiëntenpopulatie van het ziekenhuis. Door toepassing van het model wordt de zorg in het ziekenhuis voor PCI en CABG bekostigd o.b.v. de voorspelde uitkomsten i.p.v. de gerealiseerde uitkomsten. Als het ziekenhuis het beter doet dan voorspeld dan mag het ziekenhuis het verschil houden. Doet het ziekenhuis het minder goed dan voorspeld dan betaalt het ziekenhuis het verschil aan de zorgverzekeraar. In 2018 wordt rondom de uitkomst van het zorginkoopmodel een bandbreedte gehanteerd tussen € 10.000 en € 50.000, waardoor de financiële impact van het model voor zowel de ziekenhuizen als Menzis beperkt is en we veilig samen kunnen ontwikkelen.

Planning

In de eerste helft van 2018 vindt de eerste bijeenkomst plaats van de community van ziekenhuizen die deelnemen aan de pilot. Op basis van de data gepubliceerd in het Meetbaar Beter boek 2017 (inclusie t/m 2016) worden verbeterpunten benoemd en geprioriteerd. Dit resulteert in een verbeterplan per deelnemer. In het vervolg worden de tijdslijnen gevolgd die binnen de NHR worden vastgesteld. Daarbij worden aan de uitkomsten 2017 ook data over kostendrijvers in 2017 toegevoegd. In latere bijeenkomsten van de community worden de uitkomsten en samenhang met de kostendata besproken. Jaarlijks wordt de deelnemers gevraagd op basis van de nieuwe informatie een verbeterplan op te stellen.

1. Waardegedreven zorginkoopmodel

- Perspectief van de NHR
- Perspectief van Menzis
- Opzet pilot waardegedreven zorginkoopmodel

1.1 Perspectief van de NHR

Het waardegedreven inkoopmodel is in 2017 ontwikkeld door Meetbaar Beter en Menzis. Met de oprichting van de NHR in de tweede helft van 2017 is de rol van Meetbaar Beter overgenomen door NHR innovatie.

De missie van de NHR is de kwaliteit van zorg in hartcentra en interventiecentra transparant te maken en bij te dragen aan verdere verbetering van de kwaliteit van zorg. De NHR wil transparantie creëren naar patiënten, zorgverzekeraars en professionals ten aanzien van de resultaten van de geleverde zorg. Dit aan de hand van de geselecteerde uitkomstindicatoren die het best in beeld brengen wat de toegevoegde waarde voor de patiënt is. Op basis van inzicht in de uitkomsten kan men gericht in kaart brengen waar de zorg verbeterd kan worden en daarvoor kan vervolgens een verbetercyclus in gang gezet worden.

De aanpak van NHR Innovatie is gebaseerd op het Value Based Health Care gedachtegoed. Tot nu toe lag de focus met name op het meten van uitkomsten, maar nu wil NHR Innovatie de stap zetten in de beweging naar bundled payments. De beweegredenen hiervoor zijn:

- Het huidige bekostigingsmodel is insufficiënt. Kwaliteit/uitkomsten van zorg spelen niet of nauwelijks een rol, kwaliteitsverbeteringen worden niet beloond en het bevat perverse prikkels.
- In veel hartcentra staan uitkomsten nog niet stevig op de bestuurlijke agenda. De RvB richt zich vaak vooral op de IGZ en zorginstituut indicatoren en er zijn maar beperkte resources om uitkomsten te verbeteren.

Vanuit dit perspectief wil NHR Innovatie een zorginkoopmodel ontwikkelen, samen met ziekenhuizen en Menzis, waarin uitkomsten van zorg een belangrijke rol spelen en waarin kwaliteit beloond wordt.

1.2 Perspectief van Menzis

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 aanbieders 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 de 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, of als een behandelmethode bij lagere kosten tot gelijkblijvende uitkomsten leidt.

De kern van onze aanpak is het streven naar de hoogste waarde van de gecontracteerde zorg. Afspraken met zorgaanbieders moeten waarde toevoegen aan de zorg voor patiënten. Het doel is betere gezondheidsuitkomsten tegen, waar mogelijk, lage(re) kosten. Waardegericht inkopen is dan ook één van de drie pijlers van het [zorginkoopbeleid 2018 van Menzis](#).

Menzis werkt aan waardegerichte inkoopafspraken op populatieniveau (bv. populatiebesteding Oost Achterhoek), op instellingsniveau (bv. meerjarenafpraak met Martini Ziekenhuis) of op aandoeningsniveau (bv. heup- en knie vervanging). Bij deze initiatieven is transparantie over uitkomsten en het steeds willen verbeteren op basis van de uitkomsten cruciaal. Vanuit dit perspectief past het initiatief om tot een waardegedreven zorginkoopmodel voor PCI's en CABG's te komen naadloos in het beleid van Menzis en werkt Menzis met NHR Innovatie en de ziekenhuizen aan de ontwikkeling van dit model.

1.3 Opzet pilot waardegedreven inkoopmodel

NHR Innovatie en Menzis willen samen met geïnteresseerde ziekenhuizen in 2018 een pilot starten met het zorginkoopmodel. Hiervoor worden ziekenhuizen uitgenodigd die interesse hebben in de ontwikkeling naar bundled payments, waarin uitkomsten van zorg een belangrijke rol spelen en waarbij kwaliteit beloond wordt. Samen met de ziekenhuizen willen we het zorginkoopmodel testen, doorontwikkelen en implementeren.

Menzis en NHR Innovatie hebben op basis van de VBHC-systematiek de eerste versie van het inkoopmodel ontwikkeld. Bij aanvang van de pilot wordt de financiële impact beperkt door tussen Menzis en het ziekenhuis een maximale bandbreedte rondom de uitkomst van het zorginkoopmodel af te spreken.

Zilveren Kruis Achmea heeft aangegeven aan te willen sluiten bij dit initiatief. Achmea onderzoekt of ze in 2018 al volledig mee kunnen doen (dus met een overeenkomst tussen Achmea en de deelnemende ziekenhuizen, gelijk aan Menzis) of dat ze in 2018 eerst participeren zonder overeenkomst en financiële afspraken en deze stap per 1/1/2019 zetten. In een latere fase zullen ook andere verzekeraars uitgenodigd worden te participeren, zodat voor de hartzorg in gezamenlijkheid één model kan worden doorontwikkeld.

2. Kernpunten waardegericht inkopen van PCI en CABG

- Deelnemers
- Behandeling
- Uitkomstindicatoren
- Zorgzwaarte
- Datacompleteheid
- Kostendrijvers
- Community en verbetercyclus
- Zorginkoopmodel

Om de waarde van zorg te verhogen starten NHR Innovatie en Menzis samen met zorgaanbieders een driejarig traject waarbij stap voor stap gewerkt wordt aan betere uitkomsten tegen lagere kosten. Het traject richt zich in 2018 op patiënten met coronairlijden die een PCI of CABG ondergaan vanaf de ingreep tot een jaar na de ingreep. Voor de succesvolle uitvoering van het traject dient een aantal randvoorwaarden afgesproken te worden. In deze paragraaf staan deze toegelicht.

2.1 Deelnemers

Alle zorgaanbieders van PCI's of CABG's die deelnemen aan de NHR kunnen meedoen aan de pilot. De deelname is voor PCI's én CABG's als de zorgaanbieder beide behandelingen aanbiedt. Een voorwaarde voor deelname is dat de deelnemers data aanleveren aan de NHR en voor 2018 de verlengingsovereenkomst met Menzis gaan afsluiten (de waardegerichte overeenkomst is een addendum bij de verlengingsovereenkomst Menzis MSZ 2018). Menzis heeft de mogelijkheid om de pilot te stoppen indien er niet meer dan 2 zorgaanbieders deelnemen aan het traject.

2.2 Behandeling

De pilot richt zich in 2018 op patiënten **vanaf 18 jaar** met coronarialijden die een PCI of een CABG ondergaan. Voor de inclusie worden de inclusiecriteria van de NHR gevolgd. Gedurende de drie contractjaren verbreden we de scope van de behandeling, zoals in tabel 1 is aangegeven.

Tabel 1. Scope van de behandeling binnen het waardegerichte inkooptraject in 2018 en 2019/2020

Jaar	Scope
2018	De zorg binnen de MSZ gerelateerd aan de behandeling van coronarialijden die een PCI of een CABG ondergaan vanaf de ingreep tot 1 jaar na de ingreep binnen een ziekenhuis, inclusief complicaties tot 1 jaar na de ingreep
2019 en 2020	Onderzoeken of het mogelijk is de bundel stapsgewijs uit te breiden met de zorg van de verwijzende instelling en de nazorg buiten de MSZ instelling (te weten fysiotherapie en CVRM spreekuur bij de huisarts) en patiënten die niet worden geopereerd.

2.3 Uitkomstindicatoren

Binnen VBHC worden 3 niveaus van uitkomsten onderscheiden: de bereikte of behouden gezondheidsstatus, het proces van herstel en de duurzaamheid van de bereikte gezondheidsstatus. Hierbij zijn de uitkomsten van het eerste niveau van meer belang dan de uitkomsten op het tweede en derde niveau¹.

In tabel 2, waarin de voor patiënten relevante uitkomsten na een PCI of CABG, zoals geselecteerd binnen de NHR, zijn opgenomen is ingedeeld volgens de niveaus van Porter.

Tabel 2. Uitkomstindicatoren

	Hiërarchie	Generieke uitkomstindicatoren	CABG specifieke uitkomstindicatoren	PCI specifieke uitkomstindicatoren
Niveau 1	Overleving	1-jaars mortaliteit** Lange termijn overleving**	120-daagse mortaliteit	30-daagse mortaliteit
	Mate van herstel/ gezondheid	Kwaliteit van leven**		
Niveau 2	Duur van herstel / hervatting van alledaagse activiteiten			
	Schade van de behandeling (bijwerking, complicatie en medische fouten)		Chirurgische reëxploratie** CVA* Diepe sternum wondinfectie**	Urgente CABG*
Niveau 3	Duurzaamheid van herstel of gezondheid	Optreden van myocardinfarct *	Vrijheid van: ² -coronaire reïnterventie* -myocardinfarct*	Optreden van Target Vessel Revascularisation (TVR)*
	Gevolgen behandeling op lange termijn			

* Uitkomsten met declaratie

** Uitkomsten zonder declaratie

¹ Porter, N Engl J Med 2010; 363:2477-2481

² Binnen deze pilot wordt gewerkt met een follow-up tijd van 1 jaar voor deze uitkomsten

De kwaliteit van leven wordt nu niet door alle deelnemers gemeten; het is de bedoeling dat de deelnemers aan de pilot die nog geen kwaliteit van leven meten, hier in 2018 mee starten.

2.4 Zorgzwaarte

De uitkomsten worden mede bepaald door de zorgzwaarte van de patiëntenpopulatie. NHR Innovatie neemt een reeks relevante initiële condities van de patiënten mee in de analyse. Deze zijn opgenomen in tabel 3.

Tabel 3. Relevante risicofactoren

Generieke initiële condities	CABG specifieke initiële condities	PCI specifieke initiële condities
Diabetes Mellitus	Eerdere hartoperatie	Cardiogene shock
Geslacht	Logistische EuroSCORE I	Chronische totale occlusie
Leeftijd	Logistische EuroSCORE II	Eerdere CABG
Linker ventrikelfunctie	Urgentie van de procedure	Eerder myocardinfarct
Meervatslijden		Indicatie PCI
Nierinsufficiëntie		Reanimatie

2.5 Datacompleteheid

Voor deelname aan de pilot is het van belang dat alle voor het gehanteerde rekenmodel noodzakelijke data volledig geregistreerd worden. Bij ontbreken of onvolledigheid van de data kan niet met het model gewerkt worden. Per 1 januari 2018 moet de deelnemer deze registratie dusdanig volledig voeren dat voldaan wordt aan de minimale completeheidsvereisten zoals die zijn vastgesteld binnen de NHR. Dit inclusief myocardinfarct en revascularisatie in de follow up (tot maximaal 1 jaar). Het is de intentie om de Kwaliteit van Leven data vanaf 2019 aan het model toe te voegen.

2.6 Kostendrijvers die niet ook als uitkomst worden geregistreerd

Onder kostendrijvers worden de activiteiten verstaan die wat betreft volume en/of kosten van de activiteit een substantiële impact hebben op de totale zorgkosten van het behandeltraject. Er wordt verkend of de belangrijkste kostendrijvers (zoals IC dagen) kunnen worden meegenomen in het model. Partijen zullen gezamenlijk vaststellen welke kostendrijvers mee worden genomen in het model. Een aantal kostendrijvers is feitelijk ook een uitkomst, zoals een urgente CABG bij PCI. Zie paragraaf 2.3.

Tabel 4. Voorbeelden van kostendrijvers

Generieke kostendrijvers	CABG specifieke kostendrijvers	PCI specifieke kostendrijvers
IC-opname ≤7 dagen na ingreep		
-Inclusief duur opname		
Bloedproducten		

2.7 Community en verbetercyclus

De deelnemers aan de pilot worden lid van een community waarbinnen:

- De verbetercyclus pilot van NHR Innovatie wordt uitgebreid, het ziekenhuis implementeert een verbetercyclus op basis van uitkomsten van zorg en/of bouwt deze verder uit;
- Kennis en ervaringen worden gedeeld tussen centra en vanuit internationale best practices
 - Gezamenlijk processen analyseren bij verschillen in uitkomsten
 - Methode verbetercyclus delen;
- Minimaal 1 of 2 verbeterprojecten gericht op de uitkomstindicatoren in het model worden geïmplementeerd, indien mogelijk ook door good practices te delen.

De deelnemers krijgen benchmarkgegevens van de uitkomsten en kostendrijvers. De data over de uitkomsten zijn afkomstig van NHR Innovatie. De data over kostendrijvers worden door de ziekenhuizen aangeleverd aan de NHR, zodat NHR Innovatie ook voor deze parameters voorspellingsmodellen kan maken en de benchmarks kan verzorgen. Deze data vormen de basis voor de spiegelbijeentkomsten.

2.8 Het zorginkoopmodel

Het zorginkoopmodel is gebaseerd op analyses die NHR Innovatie, als onafhankelijke derde partij, uitvoert. In het zorginkoopmodel worden de uitkomsten opgenomen die voor de patiënt het meest relevant zijn, zoals geselecteerd binnen NHR Innovatie. De voorspelde uitkomsten op basis van de dataset van alle ziekenhuizen die deelnemen aan de NHR worden vergeleken met de werkelijke uitkomsten. In het model worden de voorspelde uitkomsten leidend. De voorspellingen worden gemaakt op basis van multivariate regressieanalyses (zoals ook in de funnelplots) en houden dus rekening met de zorgzwaarte van de populatie. Rondom de voorspelde waarde wordt een betrouwbaarheidsinterval gehanteerd van 75%.³

Van belangrijke kostendrijvers die geen uitkomstindicator zijn (zoals IC dagen), wordt onderzocht hoe deze zich gedragen in het model. Een dergelijke kostendrager moet eerst een jaar meelopen in het model. Wanneer het model voor de kostendrager sterk genoeg is (bv voldoende voorspellende kracht) kan besloten worden het model uit te breiden met deze kostendrager.

Het model wordt jaarlijks bijgesteld o.b.v. de meest actuele data.

In onderstaand schema zijn de elementen van het model opgenomen.

³ Door de hantering van een betrouwbaarheidsinterval hebben (relatief kleine) fluctuaties in uitkomsten, die vaak op toeval berusten, geen effect op de uitkomsten van het rekenmodel. Het betrouwbaarheidsinterval is relatief smal (75% i.p.v. bijvoorbeeld 95%) om te voorkomen dat vrijwel alle verschillen tussen voorspelde en gerealiseerde uitkomsten geen gevolgen hebben in het rekenmodel, omdat ze binnen het betrouwbaarheidsinterval vallen.

Ex ante: financiering cf huidige DOT systematiek

Ex post: kwaliteitsincentive voor uitkomsten die niet leiden tot
separate declaraties
(b.v. Overleving, Kwaliteit van Leven)

Ex post: nacalculatie uitkomsten met separate declaraties op
basis van voorspelde uitkomsten
(b.v. MI, TVR)

Ex post: nacalculatie voor belangrijke kostendrijvers op basis van
voorspeld niveau (bv. IC-dagen)X

- Ex ante: financiering cf. huidige DOT systematiek: de huidige financiering van het ziekenhuis loopt gewoon door⁴. Achteraf worden analyses gemaakt van de uitkomsten van zorg en wordt een nacalculatie gemaakt op basis van de resultaten van het model
- Ex post: kwaliteitsincentive voor uitkomsten die niet leiden tot separate declaraties. Het gaat hier bijvoorbeeld om overleving en kwaliteit van leven. Van deze uitkomsten worden werkelijke uitkomsten vergeleken met voorspelde uitkomsten. Zijn de werkelijke uitkomsten gunstiger dan voorspeld, dan wordt een bonus toegekend. Zijn de uitkomsten minder dan voorspeld, dan is sprake van een malus.
- Ex post: nacalculatie uitkomsten met separate declaraties, bv. MI of TVR⁵. Voor uitkomsten die leiden tot separate declaraties worden werkelijke uitkomsten vergeleken met de voorspelde uitkomsten. De voorspelde uitkomsten worden in principe leidend voor de bekostiging. Zijn de werkelijke uitkomsten gunstiger dan voorspeld, dan ontstaat er “marge” voor het ziekenhuis omdat de voorspelde uitkomsten de basis vormen voor de bekostiging. Zijn de werkelijke uitkomsten minder dan voorspeld, dan moet het ziekenhuis geld terug betalen omdat meer procedures zijn gedeclareerd dan voorspeld worden. In 2018 wordt het generieke model gehanteerd, gebaseerd op de data van alle patiënten die vanuit het ziekenhuis geregistreerd zijn de NHR. Het is de bedoeling om vanaf 2019 de berekening te baseren op de patiënten in het ziekenhuis die bij Menzis verzekerd zijn. Voorwaarde hiervoor is dat het volume van Menzis voldoende is voor adequate

⁴ Hier worden de tussen het individuele ziekenhuis en Menzis afgesproken tarieven gehanteerd.

⁵ Hier worden bij alle ziekenhuizen dezelfde open DIS tarieven 2018 gebruikt (dit is het gemiddelde afgesproken tarief tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars voor DBC-Zorgproducten, www.opendisdata.nl)

voorspelbaarheid. Door het model op Menzis verzekerden te richten wordt de gewenste stap gezet richting een bundled payment voor PCI en CABG.

- Ex post: nacalculatie voor belangrijke kostendrijvers op basis van voorspeld niveau. Met de ziekenhuizen die deelnemen aan de pilot zal verkend worden of de belangrijkste kostendrijvers in het zorgproces op soortgelijke wijze als de uitkomsten verwerkt kunnen worden in een voorspellingsmodel, waarna deze voorspelling leidend kan worden in de bekostiging. Zoals hierboven vermeld, loopt een kostendrager eerst een jaar mee in het model om te beoordelen of deze geschikt is om op te nemen in het model.

Hieronder wordt in twee fictieve rekenvoorbeelden (tabel 4 en 5) inzicht gegeven in hoe het model is opgebouwd. Het eerste voorbeeld is voor PCI, het tweede voor CABG.

Rekenvoorbeeld PCI

De reguliere DOT declaraties voor de PCI en follow up lopen door. Deze blijven ongemoeid. In het fictieve voorbeeld is de 1-jaars mortaliteit hoger dan voorspeld (6% versus 5%), waardoor een malus wordt berekend.

Bij de uitkomsten met separate declaraties is het percentage myocard infarcten groter dan voorspeld en het percentage revascularisaties lager dan voorspeld. Het percentage acute CABG's wijkt niet significant af van voorspeld. Per saldo leveren deze drie uitkomsten een bonus op. Er kan vanaf 2019 ook een kostendrijver meegenomen worden in het model (bv. IC dagen), maar dit is niet opgenomen in het rekenvoorbeeld.

Per patiënt komt het model uit op een bonus van € 125 per patiënt. Voor de totale Menzis populatie van dit ziekenhuis betekent dit een bonus van € 37.500. Aangezien er vooraf voor het ziekenhuis een maximale bandbreedte van € 25.000 is vastgesteld, ontvangt het ziekenhuis een bonus van € 25.000. Dit wordt verwerkt in de afspraak tussen Menzis en het ziekenhuis bij de afrekening. De afrekening vindt plaats een jaar na de interventie. Dit zal voor 2018 zijn in de eerste helft van 2020. Dan zijn voor alle interventies van 2018, inclusief een jaar follow up, de declaraties verwerkt. Er zal in 2019 een tussenevaluatie van het rekenmodel worden uitgevoerd en met de deelnemers gedeeld over de korte termijn resultaten (maximaal 120 dagen follow up na de ingreep).

Er wordt in 2018 een bandbreedte voor het te verrekenen bedrag gehanteerd om het financiële risico in het eerste jaar van de pilot voor alle partijen beperkt te houden. Voor 2018 is de bandbreedte tussen de € 10.000 en € 50.000. Bij het ziekenhuis met de kleinste omzet voor PCI's bij Menzis verzekerden wordt € 10.000 gehanteerd; bij het ziekenhuis met de grootste Menzis omzet wordt € 50.000 gehanteerd. Aan de overige ziekenhuizen wordt naar rato van de omzet een bandbreedte tussen € 10.000 en € 50.000 vastgelegd.

Tabel 5. Fictief rekenvoorbeeld PCI*

2018	Realisatie	Voorspeld	Tarief	Betrouwbaarheidsinterval	Nacalculatie bedrag	
Aantal patiënten in de bundel	300					
Ex ante financiering obv huidige DOT systematiek						
Basistarief acute PCI	nvt	nvt	€ 7.000			
Follow-up DOTs	nvt	nvt	€ 3.000			
Ex post kwaliteitsincentive voor uitkomsten die niet leiden tot separate declaraties						
30-daagse mortaliteit	2,5%	2,5%	€ 15.000	2%-3%	niet significant	€ 0
1-jaars mortaliteit	6%	5%	€ 15.000	4,5%-5,5%	(5%-6%)*€ 15.000	-€ 150
Kwaliteit van Leven	na	na	na			
Ex post nacalculatie uitkomsten met separate declaraties obv voorspelde uitkomsten						
Myocard infarct binnen 30 dagen	2,5%	1%	€ 5.000	0,5%-1,5%	(1%-2,5%)*€ 5.000	-€ 75
TVR binnen een jaar	2%	7%	€ 7.000	6%-8%	(7%-2%)*€ 7.000	€ 350
Acute CABG	0,3%	0,2%	€ 12.000	0,0%-0,4%	niet significant	€ 0
Ex post nacalculatie voor belangrijkste kostendrijvers obv voorspeld niveau						
Mogelijk vanaf 2019						
Nacalculatie per patiënt (€/pt)						€ 125
Totaal nacalculatie		300*€ 125=				€ 37.500
Limiet ex-post nacalculatie						€ 25.000
Uit te keren bonus/malus						€ 25.000

*Er zijn in het rekenvoorbeeld concept tarieven gebruikt die in de orde van grootte van de vigerende tarieven zijn.

Rekenvoorbeeld CABG

Het rekenvoorbeeld voor CABG is net zo opgebouwd als het voorbeeld voor PCI, maar er zijn deels andere uitkomstmaten opgenomen in het model (zie tabel 2, paragraaf 2.3).

In dit fictieve voorbeeld is de 1-jaars mortaliteit en het percentage MI's binnen 30 dagen hoger dan voorspeld. Het aantal coronaire reïnterventies is juist lager dan voorspeld. Overall levert dit een uitkomst op van - € 13.050. Dit valt binnen de bandbreedte en wordt afgerekend tussen Menzis en het ziekenhuis.

Conform PCI's wordt ook bij CABG's een bandbreedte tussen € 10.000 en € 50.000 gehanteerd. Ook voor CABG's wordt de bandbreedte naar rato van de omzet van de deelnemende ziekenhuizen vastgelegd.

Tabel 6. Fictief rekenvoorbeeld CABG*

2018	Realisatie	Voorspeld	Tarief	Betrouwbaarheidsinterval	Nacalculatie bedrag	
Aantal patiënten in de bundel	300					
Ex ante financiering obv huidige DOT systematiek						
Basistarief acute CABG	nvt	nvt	€ 12.000			
Follow-up DOTs	nvt	nvt	€ 5.000			
Ex post kwaliteitsincentive voor uitkomsten die niet leiden tot separate declaraties						
1-jaars mortaliteit	3,6%	3%	15.000	2,5%-3,5%	(3%-3,6%)*€ 15.000	-€ 90,00
120-daagse mortaliteit	2,1%	2%	15.000	1,5%-2,5%	niet significant	€ 0,00
Chirurgische reëxploratie	4%	4%	7.500	3%-5%	niet significant	€ 0,00
Diepe sternum wondinfectie	0,7%	1%	7.500	0,5%-1,5%	niet significant	€ 0,00
Kwaliteit van Leven	na	na	na			
Ex post nacalculatie uitkomsten met separate declaraties obv voorspelde uitkomsten						
Myocard infarct binnen 30 dagen	2,5%	1%	€ 5.000	0%-2%	(1%-3%)*€ 5.000	-€ 100,00
Coronaire reïnterventie	0,3%	1,5%	€ 12.000	1%-2%	(1,5%-0,3%)*€ 12.000	€ 144,00
CVA	0,6%	0,8%	€ 8.000	0,5%-1,1%	niet significant	€ 0,00
Ex post nacalculatie voor belangrijkste kostendrijvers obv voorspeld niveau (nog niet in model 2018)						
IC-dagen (gemiddeld)	1,4	1,5	€ 2.000	1,4-1,6	niet significant	€ 0,00
Nacalculatie per patiënt (€/pt)						-€ 46,00
Totaal nacalculatie		300*€ - 46,00=				-€ 13.800
Limiet ex-post nacalculatie						€ 25.000
Uit te keren bonus/malus						-€ 13.800

*Er zijn in het rekenvoorbeeld concept tarieven gebruikt die in de orde van grootte van de vigerende tarieven zijn.

3. Fasering en planning

- Uitnodiging tot deelname
- Consultatieronde
- Informatiebijeenkomst
- Inschrijving
- Vervolg in 2018 en verder

Het traject kent vanaf 15 mei 2017 een aantal fases. Hieronder zijn de fases opgenomen tot medio 2018. Elke fase wordt kort toegelicht.

3.1 Uitnodiging tot deelname

In mei-juni 2017 zijn de 30 ziekenhuizen die PCI en/of CABG's uitvoeren uitgenodigd hun interesse kenbaar te maken aan de NHR en Menzis om deel te nemen aan een pilot. Hierop hebben 14 ziekenhuizen gereageerd. Drie ziekenhuizen konden op dit moment niet meedoen met de pilot, omdat zij geen data aanleverden aan Meetbaar Beter.

3.2 Consultatieronde

In september en oktober 2017 zijn telefonische gesprekken gevoerd met de 11 geïnteresseerde ziekenhuizen. Tijdens deze gesprekken is de doelstelling en de opzet van de pilot toegelicht. De ziekenhuizen hebben hun vragen en opmerkingen hierop gegeven en deze input is meegenomen in het inkoopdocument voor de pilot.

3.3 Informatiebijeenkomst

Op 8 november 2017 is een bijeenkomst voor de geïnteresseerde ziekenhuizen georganiseerd. Tijdens deze bijeenkomst is door NHR Innovatie en Menzis het concept inkoopdocument voor de pilot met de ziekenhuizen besproken. Het doel was tweërlei. Ten eerste om input op te halen bij de ziekenhuizen naar aanleiding van het concept inkoopdocument. Deze input is verwerkt in dit definitieve inkoopdocument. Ten tweede om de ziekenhuizen maximaal te informeren over de pilot, zodat zij een weloverwogen keuze kunnen maken t.a.v. deelname aan de pilot.

3.4 Inschrijving

Eind november ontvangen de geïnteresseerde ziekenhuizen dit definitieve inkoopdocument voor de pilot. Daarbij is ook het addendum voor overeenkomst tussen Menzis en het ziekenhuis

gevoegd, waarin de afspraken die van belang zijn rondom de pilot, worden vastgelegd. De ziekenhuizen krijgen tot 15 december 2017 de tijd om zich in te schrijven voor de pilot.

3.5 Vervolg in 2018 en verder

In het eerste kwartaal van 2018 vindt de eerste bijeenkomst van de community plaats. Op basis van de data gepubliceerd in het Meetbaar Beter Boek 2017 (inclusie t/m 2016) worden verbeterpunten benoemd en geprioriteerd. Dit resulteert in een verbeterplan per deelnemer.

In de loop van 2018 komen de uitkomsten 2017 beschikbaar. Wij volgen hierbij de tijdslijnen zoals die binnen de NHR zullen worden vastgesteld in samenspraak met het veld. In die fase zullen de data met betrekking tot de kostendrijvers worden aangeleverd over 2017. In een latere bijeenkomst van de community kunnen patronen uit eerdere rapportages gecontroleerd worden en worden kostendata besproken.

In onderstaand schema is de beoogde planning van 2018 tot en met 2020 weergegeven.

