



Uitnodiging tot deelname

Waardegericht inkopen staaroperaties 2018-2020

Samenvatting

Inleiding

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 op kwaliteit te liggen: de uitkomsten van zorg. En betere uitkomsten van zorg gaan vaak samen met lagere kosten. Deze waardegerichte zorginkoop ziet Menzis als de sleutel voor een toekomstbestendige en betere zorg voor onze verzekerden.

We beogen de uitkomsten van zorg bij alle zorgaanbieders te verbeteren. Daarom richt het inkooptraject zich op het stimuleren van een verbetercyclus bij de zorgaanbieders voor het (blijven) realiseren van verbetering.

Aanpak

Het driejarige inkooptraject staat open voor alle tweedelijns zorgaanbieders die staaroperaties aanbieden. De uitkomsten worden in 2018 gemeten o.b.v. de transparante indicatoren van Zorginzicht. De kosten worden inzichtelijk gemaakt door de volumes van kostendrijvers (bv. aantal verpleegdagen en polikliniekbezoeken). De uitkomsten en kostendragers worden tussen deelnemende zorgaanbieders gebenchmarkt en besproken op spiegelbijeenkomsten onder leiding van een onafhankelijke partij (I2I). Op basis hiervan maken de deelnemers verbeterplannen, welke ze in het volgende jaar uitvoeren.

Alle deelnemers krijgen in 2018 geen volumeplafond voor staaroperaties. In 2019 en 2020 is dit vrije volume afhankelijk van de gerealiseerde verbetering in het voorafgaande jaar. De vergoeding voor de behandeling vindt plaats via een bundled payment. In deze bundel zitten in 2018 alle DBC Zorgproducten gerelateerd aan de staaroperatie inclusief nastaar. In 2019 en 2020 wordt de periode van de bundel verlengd.

Planning

- De inschrijving voor waardegericht inkopen in 2018 sluit op 18 juli 2017.
- In oktober 2017 is de eerste spiegelbijeenkomst gepland op basis van uitkomsten en kostendrijvers 2016 en zo mogelijk begin 2017.
- Op basis hiervan schrijven de deelnemers een verbeterplan voor 2018.

1. Waardegerichte zorginkoop

- Waardegerichte zorg
- Waardegerichte inkoopafspraken
- Continu verbeteren
- Stimuleren innovaties

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 verkeerdt 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 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. Dat doen we samen voor elkaar, met elkaar. Waardegericht inkopen is dan ook één van de drie pijlers van het zorginkoopbeleid 2018 van Menzis.

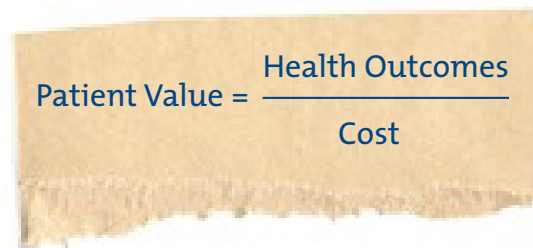
1.1 Waardegerichte zorg op basis van uitkomsten

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: waardegerichte inkoopafpraak van een behandeling, waardegerichte meerjarencontracten met individuele instellingen of 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.

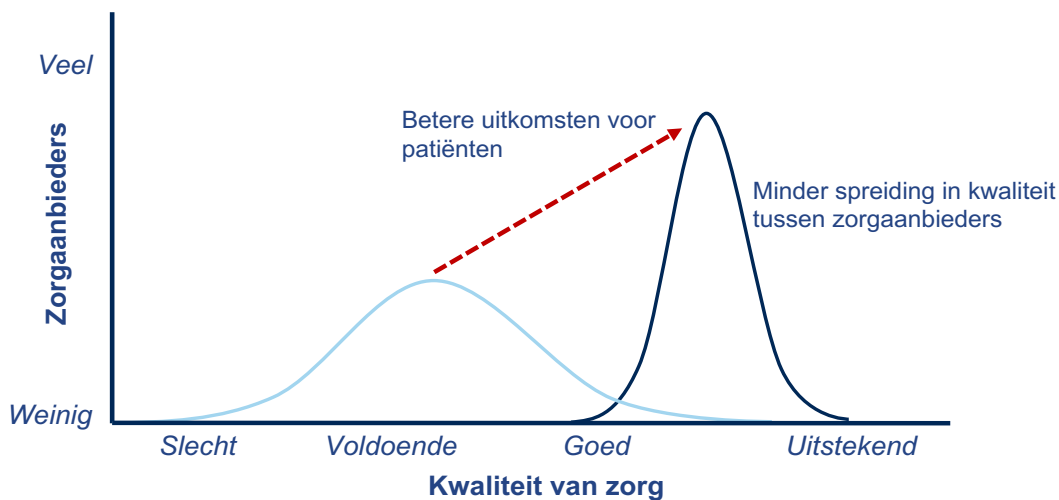

$$\text{Patient Value} = \frac{\text{Health Outcomes}}{\text{Cost}}$$

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 staaroperatie weer goed kunt zien (uitkomst) dan bij hoeveel procent van de patiënten beide ogen *binnen 12 maanden* geopereerd zijn (proces) of dat er is deelgenomen aan de *Kwaliteitsregistratie Cataract* (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.

Inzicht in uitkomsten stimuleert de zorgaanbieder om te leren en te verbeteren waardoor de zorg voor patiënten verbetert. Patiënten kunnen een zorgaanbieder kiezen op basis van voor hen relevante kwaliteit. Hiermee beogen we te bereiken dat de uitkomsten van de zorg bij alle zorgaanbieders verbetert (shifting the curve to the right - zie figuur 1 op volgende pagina).

Door verbetering van de uitkomsten dalen de totale kosten door minder complicaties, minder herbehandelingen en minder ineffectieve behandelingen. Als de waarde van zorg verbetert door zowel betere uitkomsten als lagere kosten is waardegerichte zorg echt een succes.



Figuur 1. Shifting the curve to the right

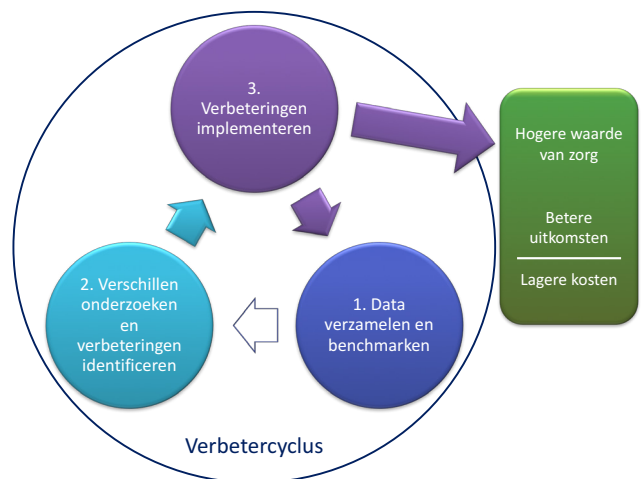
1.2 Van waardegerichte zorg naar waardegerichte inkoopafspraken

Waardegericht inkopen van zorg wordt in het buitenland al met succes toegepast, maar staat in Nederland nog 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) verbetert.^{1,2} Nu in Nederland een aantal jaren structureel kwaliteit wordt gemeten, is het hieraan verbinden van een waardegerichte inkoopafpraak de volgende stap die genomen moet worden. Een dergelijk afspraak zal een impuls geven om de kwaliteit van zorg te verbeteren. In 2018 wil Menzis daarom met geïnteresseerde zorgaanbieders een waardegerichte overeenkomst sluiten voor de behandeling van heup- en knie artrose en voor staaroperaties. Tijdens het tot stand komen van het waardegerichte inkooptraject heeft Menzis verschillende partijen binnen en buiten de Medisch Specialistische Zorg geconsulteerd (bijlage 1).

1.3 Continu verbeteren

Voor het (blijven) realiseren van verbetering van uitkomsten is de aanwezigheid van een verbetercyclus 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 practice (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 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.

1.4 Stimuleren innovaties

Als deelnemers aan dit inkooptraject extra stappen willen zetten om de waarde van zorg voor de patiënten te verhogen, krijgen zij daarvoor binnen dit traject de ruimte. We denken bijvoorbeeld aan de inzet van een optometrist die een deel van de diagnostiek of nazorg overneemt. Deze innovaties willen we faciliteren binnen het traject.

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 staaroperaties

- Deelnemers
- Behandeling
- Uitkomstindicatoren
- Transparantie
- Kostendrijvers
- Spiegelbijeenkomst en verbetercyclus
- Geen volumeplafond
- Vergoeding

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 patiënten die een staaroperatie krijgen vanaf het eerste polikliniekbezoek tot een jaar na de operatie. Voor de succesvolle uitvoering van het traject dienen een aantal randvoorwaarden afgesproken te worden. In deze paragraaf staan deze toegelicht.

2.1 Deelnemers

Alle zorgaanbieders van staaroperaties kunnen meedoen als er over ten minste één jaar historische data beschikbaar zijn om op te kunnen verbeteren. Dit

betekent dat er over 2016 data beschikbaar moeten zijn op basis waarvan in de tweede helft van 2017 een verbeterplan voor 2018 opgesteld kan worden. Een voorwaarde voor deelname is dat de deelnemers voor 2018 de verlengingsovereenkomst gaan afsluiten (de waardegerichte overeenkomst is een addendum bij de verlengingsovereenkomst MSZ 2018). Indien een zorgaanbieder over 2016 geen historische data heeft kan deze alsnog instromen per 1 januari 2018. Voorwaarde daarvoor is dat de zorgaanbieder op dat moment beschikt over data van ten minste een half jaar in 2017 met een nader met Menzis af te stemmen bechmark op basis waarvan de zorgaanbieder een verbeterplan heeft opgesteld voor 2018.

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

2.2 Behandeling

Het inkooptraject richt zich op staaroperaties bij patiënten ouder dan 40 jaar, zoals hieronder aangegeven.

Tabel 1. Staaroperaties standaard en complex

Diagnose	Diagnose code	DBC Zorgproduct	Zorgproduct code	Declaratie code
Cataract	554	Complexe cataractoperatie Oog lens	070401002	15A379
Cataract	554	Standaard cataract operatie Zonder VPLD Oog lens	070401008	15A385
Cataract	554	Standaard cataract operatie Met VPLD Oog lens	070401009	15A386

Gedurende de drie contractjaren, verbreden we de scope van de behandeling, zoals hieronder aangegeven.

Tabel 2. Verbreding scope staaroperaties

Jaar	Scope
2018	De staaroperatie (standaard en complex), de zorg gerelateerd aan de operatie 120 dagen vóór en 120 dagen na de staaroperatie en nastaar binnen een jaar na de staaroperatie.
2019 en 2020	In 2019 en 2020 uitbreiding van de bundel naar twee jaar.



Figuur 3. Standaardset ICHOM staaroperatie

2.3 Uitkomstindicatoren

Voor veel aandoeningen zijn de laatste jaren de voor patiënten relevante uitkomsten opgesteld door The International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM)³. Menzis wil zo veel mogelijk aansluiten bij de standaard set van ICHOM voor staaroperaties⁴.

In Nederland worden in 2017 nog niet alle elementen van de standaardset van ICHOM voor een staaroperatie gemeten. De chirurgische complicaties ontbreken, maar deze worden wel al vastgelegd in de cataract registratie. We willen de complicaties wel meenemen in de spiegelbijeenkomsten, maar koppelen hier vooralsnog geen weging aan.

In tabel 3 zijn de uitkomstindicatoren opgenomen die in 2016-2017 worden gemeten en die in 2017 of 2018 transparant beschikbaar komen.

Menzis streeft ernaar zo spoedig mogelijk ook patiëntervaringen onderdeel van het traject te maken. Dit kwaliteitsaspect mag gedurende dit traject niet achteruit gaan.

Tabel 3. Uitkomstindicatoren cataract transparant via Zorginzicht

Naam	Aanleverdatum	Meetperiode
Het percentage patiënten dat na de cataractoperatie minstens 1 regel visuswinst behaald heeft.	01-05-2017	2016
Het percentage patiënten dat na 4-6 weken binnen 1 dioptrie op hun beoogde refractie is uitgekomen.	01-05-2017	2016
Het percentage patiënten dat in de meetperiode de PROM Catquest preoperatief heeft ingevuld.	01-05-2017	2016
Het percentage patiënten dat in de meetperiode de PROM Catquest postoperatief heeft ingevuld.	01-05-2017	2016
De gemiddelde uitkomsten van de PROM CatQuest (Pre-, post- en verschilscore)	01-05-2018	2017

³ <http://www.ichom.org>

⁴ <http://www.ichom.org/medical-conditions/cataracts/>

PROM operatief behandelde patiënten

We streven in 2018 naar een betrouwbaar responspercentage voor de PROM. Tijdens de spiegelbijeenkomsten willen we jaarlijks met de deelnemers een minimaal streefpercentage vaststellen. We kijken naar best practices op dit terrein en brengen dit actief onder de aandacht van de deelnemende zorgaanbieders. Een respons onder het gewenste percentage wordt geaccepteerd als er gewerkt wordt aan verbetering en er jaarlijks daadwerkelijk een verbetering wordt gerealiseerd.

2.4 Transparantie over uitkomsten

De uitkomsten die gehanteerd worden in dit traject, worden gedeeld met de klanten van Menzis (via de Zorgvinder, Zorgadvies en mogelijk de huisarts van de klant). 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. De wijze waarop dit op de Zorgvinder van Menzis gepresenteerd gaat worden, ontwikkelen we samen met de Patiëntenfederatie Nederland en zorgaanbieders.

2.5 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 niet naar tarieven gekeken, maar naar kostendrijvers. Dit zijn de onderdelen van de zorg die verantwoordelijk zijn voor het leeuwendeel van de kosten van de behandeling. Het gebruik van kostendrijvers geeft geen compleet inzicht in de kosten, maar het meten van de daadwerkelijke kosten is zeer complex en tijdrovend voor zorgaanbieders. Tarieven zijn over het algemeen maar een beperkte indicatie van de werkelijke kosten en daarmee ook niet geschikt in deze context. Menzis koppelt de volumes van kostendrijvers terug die variëren tussen de zorgaanbieders. De kostendrijvers zijn hieronder weergegeven.

Tabel 4. Kostendrijvers staaroperaties

Kostendrijver	Eenheid
Polikliniek	Aantal bezoeken
Dagverpleging	Aantal dagverpleegdagen
Biometrie oog	Aantal onderzoeken
Heroperatie	Aantal operaties
Optische coherentie tomografie	Aantal onderzoeken
Optometrist (eerste onderzoek of voortgezette behandeling)	Aantal onderzoeken/ behandelingen
Diagnostische echografie van het oog	Aantal onderzoeken
Laser nastaar	Aantal behandelingen

2.6 Spiegelbijeenkomsten en verbetercyclus

De deelnemers krijgen benchmarkgegevens van de uitkomsten en kostendrijvers. De data over de uitkomsten zijn openbaar en afkomstig van Zorginzicht. De data over kostendrijvers zijn afgeleid van de declaratiedata van Menzis. De data worden bewerkt door een derde onafhankelijke partij, waarbij de data over kostendrijvers worden geanonimiseerd. Deze data vormen de basis voor de spiegelbijeenkomsten.

Spiegelbijeenkomsten

De deelnemers participeren in jaarlijkse spiegelbijeenkomsten met andere deelnemers onder leiding van een onafhankelijke derde partij (I2I), waarin de benchmarkgegevens over (1) uitkomsten van zorg en (2) informatie over kostendrijvers 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 kunnen zijn.

De spiegelbijeenkomsten starten in oktober 2017 en kijken naar de gegevens uit 2016, zo mogelijk aangevuld met data rechtstreeks van de deelnemers over het eerste deel van 2017. De gegevens over heel 2017 worden zo spoedig mogelijk in 2018 teruggekoppeld naar de individuele deelnemers en besproken in een spiegelbijeenkomst.

Tijdens deze bijeenkomst wordt, naast de uitkomsten en kostendrijvers, ook de analyse van (mutaties in) patiëntenstromen besproken. Hiermee wordt inzicht verkregen in bijvoorbeeld verschuiving van patiëntenstromen tussen zorgaanbieders en mogelijke veranderingen in indicatiestelling van zorgaanbieders. In het tweede deel van de spiegelbijeenkomst zal onder begeleiding van Menzis worden stilgestaan bij de verbeterplannen, evaluatie van dit inkooptraject en de doorontwikkeling voor 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 2017 een verbeterplan op te stellen waarin zij beschrijven hoe in 2018 aanpassingen in het zorgpad worden doorgevoerd gericht op 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:

- Meten van de volledige ICHOM Standard Set Cataract;
- Meten van patiëntervaringen (bv in pilot PREM);
- Organiseren van zorg dichtbij de patiënt bv door gebruik te maken van een netwerk van optometristen;

- Optimaliseren van de toegangs- en doorlooptijden. Indien de respons op de PROM lager is dan het minimale streefpercentage neemt de zorgaanbieder activiteiten om de respons te verhogen op in het verbeterplan.

Naast bovenstaande punten, toetst Menzis de verbeterplannen op de volgende onderdelen:⁵

- Benoemen van een verbeterteam onder leiding van een van een oogarts;
- Concrete verbeterpunten met aanleiding, voorgenomen verbeterpunt(en) en verwachte effect(en) op de uitkomsten van zorg en/of het volume van de kostendrijvers in 2018;
- Een tijdpad voor de implementatie van de verbeteringen.

Dit verbeterplan is voor Menzis een middel om te toetsen hoe gemotiveerd de zorgaanbieder is. 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 2018.

Vaststellen verbetering

Om vast te stellen of er sprake is van verbetering wordt gekeken naar een combinatie van de uitkomstmaten en de kostendrijvers. Met andere woorden: is de waarde van zorg verhoogd? Om het verschil in uitkomstmaten en kostendrijvers 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 toeval fluctuaties 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 ten minste 20% van het verbeterpotentieel gerealiseerd is. Hieronder volgt een fictief voorbeeld. In de tweede kolom zijn de scores opgenomen van 6 zorgaanbieders, waaronder de zorgaanbieders met de hoogste en de laagste score. In kolom 3 is per zorgaanbieder aangegeven wat 20% van het verbeterpotentieel is. Als de score in 2017 ten minste verhoogd is met deze waarde, spreken we van een verbetering van de score. Bij een goed presterende aanbieder hoeft de score in 2017 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 onderstaand voorbeeld een achteruitgang van meer van 0,95 punten). Bij een zorgaanbieder met een lage score is bij een nog lagere score in 2018 veel sneller sprake van een achteruitgang.

In kolom 5 van onderstaande tabel is voor de zorgaanbieders een fictieve score voor 2017 opgenomen en in de laatste kolom is te zien tot welke beoordeling dit leidt.

Tabel 5. voorbeeld van vaststellen 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

⁵ Een nadere toelichting op de toetsing van het verbeterplan is opgenomen in het addendum 'Waardegericht inkopen staaroperaties'

Bij de kostendrijvers krijgt elke kostendrijver een gewicht dat een weerspiegeling is van het relatieve aandeel van de kostendrijver in de totale kosten van de ingreep. De scores op de kostendrijvers worden gesommeerd en vergeleken met het voorgaande jaar. Zo kan ook voor de kostendrijvers vastgesteld worden of er een verbetering is opgetreden die bijdraagt aan de verhoging van de waarde van zorg.

Als bijvoorbeeld de som van de kostendrijvers in 2017 2500 is en de som daalt in 2018 naar 2200 is sprake van een verbetering van de kostendrijvers.

De uitkomst van de kostendrijvers krijgt maximaal een gewicht van 2 (1/3) en de uitkomstmaten van zorg (percentage patiënten dat na staaroperatie minstens 1 regel visuswinst heeft behaald en percentage patiënten dat na 4-6 weken binnen 1 dioptrie op hun beoogde refractie is uitgekomen) maximaal een gewicht van 4 (2/3). Een positieve totaalscore op de uitkomstmaten en kostendrijvers betekent dat de deelnemer is verbeterd, bij 0 punten is de deelnemer gelijk gebleven en bij een negatieve totaalscore is de deelnemer achteruit gegaan.

2.7 Geen volumeplafond

Door de resultaten van dit inkooptraject te delen met haar klanten, wil Menzis haar klanten ondersteunen bij de keuze van een zorgaanbieder voor deze behandeling. Als dit tot gevolg heeft dat er meer klanten naar zorgaanbieders gaan die de beste uitkomsten bieden, mag dit niet gehinderd worden door budgetafspraken tussen de zorgaanbieder en Menzis. Daarom wordt volumegroei van staaroperaties bij zorgaanbieders gehonoreerd met extra budget, wanneer dit niet al volgens de vigerende afspraken gehonoreerd wordt. Uiteraard is het niet hanteren van een volumeplafond gekoppeld aan de andere afspraken binnen dit traject, zoals het opstellen van een verbeterplan en deelname aan de spiegelbijeenkomsten.

Het is niet de bedoeling dat dit vrije volume leidt tot een verruiming van de indicatiestelling. Om hier inzicht in te krijgen wordt binnen dit traject de indicatiestelling gemonitord door een onafhankelijke externe partij (I2I) met ervaring op dit vraagstuk en worden de uitkomsten hiervan gedeeld met Menzis en de deelnemende zorgaanbieders.

In 2018 krijgen alle deelnemers vrij volume voor staaroperaties. In 2019 blijft dit zo bij zorgaanbieders die

verbeteren. Bij zorgaanbieders die op de uitkomsten en kostendrijvers gelijk blijven houden in 2019 vrij volume, maar zij moeten in 2019 wel verbeteren om dit in 2020 te behouden. Zorgaanbieders bij wie per saldo in 2018 de uitkomsten en/of kostendrijvers achteruit gaan, verliezen vrij volume voor staaroperaties.

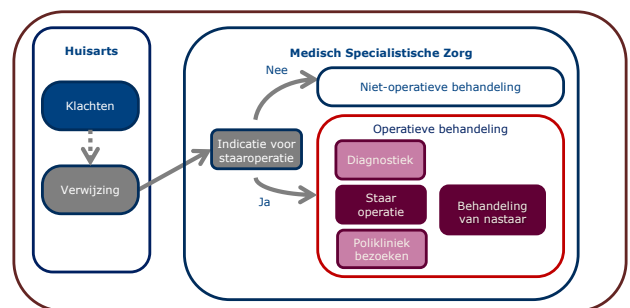
2.8 Vergoeding voor staaroperaties

In 2018 wil Menzis een start maken met een bundled payment voor staaroperaties.

In een bundled payment (ook wel episode-based payment genoemd) zijn alle vergoedingen opgenomen voor een duidelijk afgebakend zorgtraject van een patiënt met een specifieke aandoening.

Inhoud van de bundel

De bundel voor staaroperaties kan de zorg omvatten die in onderstaand schema is weergegeven. In dit inkooptraject wordt de bundel stap voor stap opgebouwd. In 2018 bestaat de bundel uit de staaroperatie (standaard of complex), DBC Zorgproducten die i.v.m. de diagnose staar 120 dagen voor en 120 dagen na het DBC Zorgproduct voor de staaroperatie worden gedeclareerd en de behandeling van nastaar in het eerste jaar na de operatie (in onderstaande figuur met rood omlijnd). De behandeling van nastaar die soms door een andere zorgaanbieder wordt uitgevoerd, valt ook binnen de bundel van de zorgaanbieder die de primaire ingreep heeft gedaan.



Figuur 4. Bundel staaroperatie 2018

In 2019 en 2020 wordt de periode van de bundel verlengd.

Prijs van de bundel

In 2018 bestaat de bundel uit drie elementen:

1. De primaire staaroperatie (standaard en complex) (DBC Zorgproductcodes 070401002, 070401008 en 070401009)
 2. DBC Zorgproducten die i.v.m. de diagnose staar 120 dagen voor en 120 dagen na het DBC Zorgproduct voor staaroperatie (standaard en complex) worden gedeclareerd (zie bijlage 2);
 3. DBC Zorgproducten voor behandeling van nastaar in het eerste jaar na de operatie (zie bijlage 2).
- Ad 1. Het tarief voor het DBC Zorgproduct voor de staaroperatie is gelijk aan het tarief voor 2017 van de zorgaanbieder. Als dit tarief lager is dan het open DIS⁶ tarief 2016, dan wordt het vermeerderd met de prijsindex in 2018⁷. Dit tarief geldt voor het basisvolume 2018. Dit basisvolume wordt bij zorgaanbieders met doorleverplicht⁸ vastgesteld op basis van de realisatie van 2017. Bij zorgaanbieders zonder doorleverplicht is het basisvolume gelijk aan de afspraak 2017. Voor extra volume boven op dit basisvolume wordt de volgende staffel toegepast⁹ :
0% tot 5% groei: 85% van het open DIS tarief
5% tot 10% groei: 80% van het open DIS tarief
10% tot 15% groei: 75% van het open DIS tarief
meer dan 15% groei: 70% van het open DIS tarief
Het basisvolume 2018 is ook van toepassing in 2019 en 2020. In 2019 wordt het open DIS tarief 2017 toegepast en in 2020 het open DIS tarief 2018.

Ad 2. De prijs van dit deel van de bundel is voor alle zorgaanbieders gelijk. Deze prijs wordt berekend door het gemiddelde volume per patiënt van de DBC Zorgproducten vanaf 120 dagen voor tot 120 dagen na de operatieve ingreep in 2016 te vermenigvuldigen met de open DIS tarieven van de DBC Zorgproducten.

Ad 3. De prijs hiervan is gebaseerd op het gemiddelde volume van de desbetreffende DBC Zorgproducten in 2016 vermenigvuldigd met de open DIS tarieven van de DBC Zorgproducten. Het resulterende bedrag per patiënt wordt per zorgaanbieder gecorrigeerd voor casemix factoren van de patiënten (leeftijd en SES).¹⁰ Dit resulteert per aanbieder in een individueel bundeltarief o.b.v. de eigen patiëntenpopulatie.

Afrekenen van de bundel

Gedurende de jaren 2018-2020 worden de declaraties voor de patiënten met een staaroperatie op de reguliere manier gedeclareerd, de gerealiseerde omzet. Daarnaast wordt de omzet berekend volgens de hierboven weergegeven afspraken, de afgesproken omzet. Het verschil tussen de gerealiseerde omzet en de afgesproken omzet wordt verrekend binnen de afspraken over plafond of aanneemsom tussen Menzis en de zorgaanbieder. Als nastaar wordt behandeld door een andere zorgaanbieder, wordt de kosten hiervan verrekend met de bundel van de zorgaanbieder waar de primaire ingreep is uitgevoerd. Deze DBC's worden gewaardeerd tegen het open DIS tarief.

Voorbeeldberekening bundel

In tabel 6 wordt de systematiek van de berekening van de bundel aan de hand van een voorbeeld toegelicht. De gehanteerde bedragen zijn fictief.

In dit voorbeeld is het basisvolume 2018 bij de zorgaanbieder Y 122 patiënten.

Het tarief voor extra operatieve behandelingen boven het basisvolume is € 3000 (85% van het open DIS tarief). Hiertegen wordt het extra volume afgerekend (zie tabel 6).

⁶ Open DIS tarieven zijn de gemiddelde verkoopprijzen in Nederland tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Deze zijn te vinden op www.opendisdata.nl. In 2016 zijn de open DIS tarieven voor complexe cataract € 1415,- (070401002), standaard zonder VPLD € 1060,- (070401008) en standaard met VPLD € 2420,- (070401009).

⁷ De prijsindex van het macrokader zorg (VWS). Voor 2018 wordt deze in september 2017 bekend gemaakt

⁸ Zorgaanbieders met doorleverplicht zijn meestal ziekenhuizen, met ZBC's worden veelal afspraken gemaakt zonder doorleverplicht

⁹ Het tarief voor extra volume is lager dan het basisvolume, omdat bij extra volume de kosten per eenheid lager zijn. De vaste kosten zijn reeds betaald uit het basisvolume, waardoor deze kosten niet meegenomen hoeven te worden in het tarief voor het extra volume. Het tarief voor het extra volume is nooit meer dan het tarief dat gehanteerd wordt voor het basisvolume.

¹⁰ Het voor casemix gecorrigeerde derde deel van de bundel wordt per zorgaanbieder vastgesteld o.b.v. de casemix data van de Menzis patiënten bij wie in 2014, 2015 en 2016 de betreffende zorgaanbieder een staaroperatie heeft uitgevoerd.

Voor de extra DBC Zorgproducten rondom het operatieve DBC Zorgproduct heeft zorgaanbieder Y € 32.000 gedeclareerd. Op basis van het gemiddelde van alle zorgaanbieders binnen de groep heeft zorgaanbieder Y 'recht op' € 6.400 extra. Het totaalbedrag voor de complicaties bij de 128 behandelde

patiënten valt bij zorgaanbieder Y lager uit dan het gemiddelde van de groep.

In totaal leidt de verrekening van de gedeclareerde tarieven met de afgesproken vergoeding bij zorgaanbieder Y tot een extra vergoeding van € 9.800.

Tabel 6. Afrekening bij zorgaanbieder Y over 2018

Nr		Aantal patiënten	Gedeclareerd	Afgesproken vergoeding	'Recht op'	Vershil
1	Volumegroei boven 121	6	€ 21.000	€ 3.000	€ 18.000	-€ 3.000
2	DBC's rondom ingreep bij alle patiënten	128	€ 32.000	€ 300	€ 38.400	+€ 6.400
3	Nastaar bij alle patiënten	128	€ 38.400	€ 350*	€ 44.800	+€ 6.400
	Totaal					+€ 9.800

*Casemix gecorrigeerd voor individuele deelnemer

3. Fasering en planning

- Fasering
- Uitnodiging
- Inschrijving
- Spiegelbijeenkomst 2017
- Nulmeting
- Spiegelbijeenkomst 2018
- Doorontwikkeling

3.1 Fases binnen het traject

Het traject kent vanaf 16 mei 2017 een aantal fases. In onderstaand schema zijn de fases opgenomen tot medio 2018. De fases worden hieronder kort toegelicht.

3.2 Uitnodiging en vragen

Alle zorgaanbieders van staaroperaties hebben op 16 mei 2017 een uitnodiging tot deelname aan het traject ontvangen. Tot en met 31 mei 2017 is er de gelegenheid voor zorgaanbieders geweest om vragen over het traject voor te leggen aan Menzis door deze vragen te sturen aan waardegerichtinkopen@menzis.nl. Menzis heeft deze vragen van zorgaanbieders beantwoord en de vragen en antwoorden die van belang zijn voor andere zorgaanbieders verzamelt in een Q&A waarvan de actuele versie te raadplegen is op www.menzis.nl/waardegerichtinkopen.

3.3 Inschrijven voor het traject

Op 30 juni 2017 ontvangen alle zorgaanbieders per mail de definitieve uitnodiging tot inschrijving (het onderhavige document) en het addendum voor waardegericht inkopen van staaroperaties. De inschrijving voor het traject kan via een link in de betreffende mail plaatsvinden tussen 30 juni en 18 juli 2017. Inschrijven voor de inkoop 2018 na deze datum is niet mogelijk. Uitzondering hierop is mogelijk als de zorgaanbieder niet over (volledige) historische data uit

2016 beschikt, maar eind 2018 wel over ten minste een half jaar historische data uit 2017 met een nader met Menzis af te stemmen benchmark.

Het is mogelijk om voor 2019 alsnog in te stappen in het traject (aanmelden vóór 1 april 2018), maar dan moet de zorgaanbieder op dat moment aan dezelfde voorwaarden kunnen voldoen als de deelnemers die al in 2017 in dit traject gestart zijn.

3.4 Spiegelbijeenkomst 2017

In oktober 2017 worden spiegelbijeenkomsten georganiseerd onder leiding van een onafhankelijke partij (I2I) waarbij de uitkomsten uit 2016 de input vormen, zo mogelijk aangevuld met uitkomsten uit het eerste kwartaal van 2017. Tevens zal een eerste geanonimiseerd inzicht gegeven worden in de volumes en spreiding van enkele grote kostendrijvers in het behandeltraject. Aan de deelnemers wordt gevraagd na de spiegelbijeenkomst een verbeterplan op te stellen, dat leidt tot het verbeteren van de voor patiënten relevante uitkomsten en deze voor 1 december 2017 op te sturen aan Menzis.

3.5 Nulmeting

De nulmeting vindt plaats over 2017. Hiermee kunnen per zorgaanbieder de uitkomsten over 2018 vergeleken worden om te onderzoeken of het verbeterplan tot meetbaar betere uitkomsten leidt. In de eerste maanden van 2018 worden de data over 2017 verwerkt. Menzis wil met de deelnemers tot afspraken komen om de uitkomsten over 2017 versneld beschikbaar te hebben.

3.6 Spiegelbijeenkomst 2018

In het voorjaar van 2018 worden spiegelbijeenkomsten gepland onder leiding van een onafhankelijke partij (I2). Deze spiegelbijeenkomsten volgen dezelfde opzet als de spiegelbijeenkomst in 2017. Deze bijeenkomst levert



nieuwe informatie over de uitkomsten en kostendrijvers in 2017 en kan aanleiding zijn voor bijstellen/aanscherping van het verbeterplan voor 2018.

3.7 Doorontwikkeling in 2019 en 2020

Zoals in dit document al op verschillende punten naar voren is gekomen, heeft Menzis de ambitie om in 2019 en 2020 het inkooptraject voor staaroperaties door te ontwikkelen. Dit houdt in:

- Uitbreiding van de uitkomstindicatoren met de extra indicatoren die over de jaren 2018 en 2019 transparant worden (conform de ICHOM standaard set).
- Introductie van een internationale benchmark van uitkomsten via ICHOM.
- De bundled payment in 2019 en 2020 stapsgewijs uitbreiden met alle DBC's voorafgaand en na de ingreep.
- Periode van de bundel verlengen.
- Waarderen van betere uitkomsten van zorg in de hogere vergoeding voor de zorg.
- Het inzicht in verschillen in kostendrijvers tussen aanbieders meer in kaart brengen en delen met de deelnemers als aangrijpingspunt voor procesverbetering.

Bijlagen

Bijlage 1. Overzicht geconsulteerde partijen

In onderstaande (niet uitputtende) lijst is weergegeven met welke partijen Menzis heeft gesproken tijdens het tot stand komen van het inkooptraject waardegericht inkopen van staaroperaties.

- Circa 20 zorgaanbieders (Ziekenhuizen en Zelfstandige Behandelcentra) tijdens de bijeenkomsten op 2 maart en 19 april 2017 te Zwolle
- Patiëntenfederatie Nederland
- Oogziekenhuis Rotterdam
- ZKN
- Oogvereniging Nederland
- Een huisarts uit de regio Arnhem en een huisarts uit de regio Twente

Bijlage 2. DBC Zorgproducten voor en na de staaroperatie en behandeling van nastaar

Tabel 7. DBC Zorgproducten voor of na een staaroperatie (standaard en complex)

El code	Omschrijving
03/15A380.070401003	Dag/ Klin cumulatief 1-2 Oog lens
03/15A381.070401004	Poli >4 Diagnostisch uitgebreid Oog lens
03/15A383.070401006	Dag/ Klin cumulatief 3-4 Oog lens
03/15A387.070401011	Poli 2-4 Diagnostisch uitgebreid Oog lens
03/15A388.070401012	Poli >4 Oog lens
03/15A389.070401013	Poli >4 Diagnostisch eenvoudig Oog lens
03/15A391.070401016	Licht ambulant Oog lens
03/15A392.070401017	Poli =1 met diagnostiek Oog lens
03/15A393.070401018	Poli 2-4 Oog lens
03/15A394.070401019	Poli 2-4 Diagnostisch eenvoudig Oog lens

Tabel 8. DBC Zorgproducten voor de behandeling van nastaar

El Code	Omschrijving
03/15A390.070401015	Laser nastaar Oog lens