



Veel gestelde vragen waardegericht inkopen van staaroperaties.

Bij elke vraag staat tussen haakjes op welke datum deze vraag aan dit document is toegevoegd.

| Categorie | Vraag | Antwoord |
|------------------------------------|---|--|
| 2.5 Kostendrijvers (18-05-2017) | Wij vinden de keuze van Menzis om te gaan sturen op bepaalde kostendrijvers niet sterk. Hiermee ga je weer terug naar het ouderwetse zorgprofiel vergelijken. Menzis geeft zelf ook aan dat waardegerichte zorg zich niet richt op proces- en structuur indicatoren. Ons inziens zou gestuurd moeten worden op of i) het totale bedrag wat door de zorgverzekeraar wordt betaald voor de zorg; of ii) we gaan een echt partnerschap met elkaar aan en gaan gezamenlijk naar de echte kosten kijken (conform automotive/retail industrie). | <p>Er zijn twee hoofdredenen voor de keuze voor kostendrijvers in dit traject:</p> <p>Ten eerste willen we de deelnemers inzicht geven in de variatie in de volumes van kostendrijvers tussen zorgaanbieders en hen zo 'inspiratie' geven voor verbetering aan de kostenkant.</p> <p>Ten tweede heeft het werken met kostendrijvers binnen dit inkooptraject onze voorkeur boven daadwerkelijke kosten en boven tarieven. Het meten van de daadwerkelijke kosten zeer complex en te tijdrovend en tarieven over het algemeen maar een beperkte indicatie van de werkelijke kosten.</p> |

| Categorie | Vraag | Antwoord |
|---|--|--|
| <p>2.6 Spiegelbijeenkomsten en verbetercyclus (18-05-2017)</p> | <p>Door de gezondheidswinst en kwaliteit separaat te evalueren zoals jullie nu aangeven in het proces is er voor de zorgverleners geen incentive om het beter te doen dan de rest. Ons inziens zou je de verhouding (Patient Value) moeten evalueren, en niet de beide onderdelen van de breuk separaat. Hiermee hebben zorgaanbieders ook geen incentive om te investeren in het verbeteren van de kwaliteit, nu worden ze alleen “gestraft” voor hogere kosten, maar is er geen mogelijkheid om “beloond” te worden als je het beter doet.</p> | <p>Wij hebben ervoor gekozen niet nu al de VBHC-breuk te hanteren, omdat dan de kosten even zwaar wegen als de uitkomsten. Wij kiezen ervoor om in deze fase uitkomsten zwaarder te laten wegen dan kosten. Echter, uitkomsten en kosten worden niet separaat beoordeeld. Uitkomsten en kosten worden gezamenlijk beoordeeld en verbeteringen of verslechtingen op beide fronten worden gecombineerd in een totaal oordeel: verbeterd, gelijk gebleven of achteruit gegaan.</p> |
| <p>2.6 Spiegelbijeenkomsten en verbetercyclus (18-05-2017)</p> | <p>Stel je hebt een partij die het al bovengemiddeld goed doet, en die een kleine verslechtering laat zien, maar nog steeds beter scoort dan een partij die in eerste instantie minder scoorde en wel een verbetering laat zien, hoe ga je daarmee om? Je gaat dan de partij die aantrekkelijker zou moeten zijn voor verzekeren (en voor Menzis) geen ruimte geven voor groei terwijl je dat wel doet voor een minder aantrekkelijke partij. Is het niet mogelijk om niet alleen de verbetering, maar</p> | <p>Het doel van dit inkooptraject is zorgaanbieders te stimuleren om steeds gericht te zijn op het verbeteren van de waarde van zorg. We begrijpen dat het als onrechtvaardig wordt gezien als een goed presterende zorgaanbieder negatieve consequenties ervaart bij een kleine achteruitgang. Om dit te voorkomen zijn de volgende maatregelen genomen: Ten eerste wordt een marge rondom de uitkomsten gehanteerd, waardoor er bij een kleine achteruitgang niet gelijk geconcludeerd</p> |

| Categorie | Vraag | Antwoord |
|--|---|--|
| | ook een absolute score mee te nemen? | wordt dat sprake is van een verslechtering. Ten tweede kan op andere onderdelen een vooruitgang worden geboekt, hetgeen een verslechtering kan compenseren. Tenslotte ervaart een zorgaanbieder geen consequenties als de uitkomsten en kosten een jaar gelijk blijven. |
| 2.7 Geen volumeplafond (18-05-2017) | Jullie geven aan dat de indicatiestelling door een derde partij gemonitord zal worden. Is al duidelijk welke partij dit is, wat de methodiek is en wat hiervoor additioneel aangeleverd moet worden? | Er worden nu afspraken gemaakt met de derde partij. Zij hebben ervaring op dit terrein. De methodiek zal met de deelnemers aan het inkooptraject gedeeld worden. Het is onze intentie dat de deelnemers hiervoor geen additionele informatie aan hoeven te leveren. |
| 2.7 Geen volumeplafond (18-05-2017) | De verwachting is dat de totale instroom van patiënten toe zal nemen als een zorgaanbieder aantoonbare betere kwaliteit levert, en niet alleen die van de verrichtingen die nu op zijn genomen in de inkoopdocumenten. Dit geldt in ieder geval voor het aantal patiënten wat binnen komt met verdenking van artrose/staar. Hoe wil Menzis daarmee om gaan in de plafond afspraken? | In 2018 verwachten we nog geen effect van dit inkooptraject op de patiëntenstroom. Immers, er zijn nog geen betere uitkomsten transparant tgv dit traject die tot meer patiënten kunnen leiden. In de loop van 2019 zou dit kunnen optreden. Binnen het inkooptraject wordt de patiëntenstroom van de deelnemende zorgaanbieders gemonitord. Als het aantal ingrepen toeneemt ten gevolg van verschuiving van de patiëntenstroom naar een deelnemer, |

| Categorie | Vraag | Antwoord |
|--------------------------------|---|---|
| | | zullen we gezamenlijk onderzoeken of ook het aantal patiënten dat conservatief wordt behandeld is toegenomen. |
| 2.8 Vergoeding (18-05-2017) | Bundled pricing leidt mogelijk tot ongewenst gedrag, namelijk risico selectie aan de deur. Hoe gaan we dit met elkaar mitigeren? | De bundel wordt gecorrigeerd voor patiëntkenmerken, waarmee de motivatie voor patiëntselectie minder wordt. Tevens gaan we monitoren wat er met patiëntenstromen gebeurt om zo nodig hierop actie te ondernemen. |
| 2.8 Vergoeding (18-05-2017) | Gedurende het jaar moet de financiële impact te monitoren zijn. Zorg die bij andere instellingen wordt geconsumeerd, maar binnen onze bundel vallen kunnen wij niet zien. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat dit niet te laat in scope komt? | Het uitgangspunt is dat een en dezelfde zorgaanbieder het hele zorgpad uitvoert. Als een patiënt gedurende het traject zelf kiest voor een andere zorgaanbieder of naar een andere zorgaanbieder wordt doorverwezen, zien wij dat niet gelijk, maar na enige tijd. De primaire zorgaanbieder zou dit ook voor een belangrijk deel zelf (en sneller) moeten kunnen zien. |
| Algemeen (18-05-2017) | Zouden jullie aan kunnen geven op welke manier dit proces van waardegericht inkopen geïntegreerd en geborgd zal worden in de reguliere inkoop organisatie van Menzis? | Het waardegerichte inkooptraject verloopt naast de reguliere inkoop MSZ, maar wordt hiermee wel zorgvuldig afgestemd. Contact over het waardegericht inkooptraject verloopt via waardegerichtinkopen@menzis.nl . De |



| Categorie | Vraag | Antwoord |
|-----------|-------|--|
| | | communicatie over de reguliere inkoop verloopt via uw vaste contactpersonen binnen Menzis . |