



Uitnodiging tot deelname

Waardegerichte inkoop van zorg voor patiënten met reumatoïde artritis 2019-2021

Samenvatting

Inleiding

De prikkels in het huidige stelsel stimuleren zorgaanbieders om te produceren en zorgverzekeraars om kosten te beperken. Er is weinig aandacht voor kwaliteit. 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.

Menzis gaat in 2019 een waardegericht inkooptraject starten voor de behandeling van reumatoïde artritis (RA). Tijdige en effectieve behandeling van RA-patiënten is noodzakelijk om blijvende schade aan gewrichten bij de patiënt te voorkomen. Ondanks dat RA dankzij betere behandeling minder zichtbaar is geworden, is de impact op het dagelijkse leven nog steeds groot. Veel RA patiënten hebben dagelijks te maken met pijn, vermoeidheid en beperkte mobiliteit. Uit Nederlandse data van b.v. DREAM komt naar voren dat er verschillen zijn in uitkomsten van zorg voor patiënten met RA. De behandeling bestaat grotendeels uit medicamenteuze therapie, waaronder het gebruik van biologische geneesmiddelen zoals TNF-alfa-

remmers. Uit gegevens van VEKTIS (Monitor Gepast Gebruik Dure Geneesmiddelen) en van Menzis blijkt dat de inzet van dure geneesmiddelen (DGM) varieert en dat de gemiddelde kosten per RA-patiënt substantiële verschillen laten zien tussen ziekenhuizen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat er ruimte is voor verbetering van de waarde van RA-zorg, zowel wat betreft de uitkomsten van zorg als de kosten van zorg.

Aanpak

Doel is om (gefaseerd) te komen tot een situatie waarin zorgaanbieders de uitkomsten van zorg transparant gebruiken om de zorg continu te verbeteren. Hiervoor wordt een meerjarenafspraken gemaakt, met daarbinnen passende vergoedingsafspraken.

Inschrijving staat open voor alle geïnteresseerde aanbieders die ten minste 100 Menzis verzekerden met RA hebben behandeld in 2016, die deelnemen aan de uitvraag van de DQRA in de tweede helft van 2018 (DAS28 data op geaggregeerd niveau uit 2017) en die tevens aan de overige voorwaarden voldoen.



De NVR verzamelt, georganiseerd vanuit de Stichting Kwaliteitsbevordering Reumatologie Nederland (SKR) via de Dutch Quality registry Reumatoid Arthritis (DQRA), uitkomstgegevens van ziekenhuizen. Ziekenhuizen leveren begin 2019 gegevens aan DQRA op instellingsniveau aan over 2018. Hierbij wordt in ieder geval de DAS28 (CRP) op itemniveau aangeleverd. Deelnemende ziekenhuizen geven toestemming om gegevens over b.v. diagnose, ICD-10 diagnose, poliklinische bezoeken en case-mix uit de Dutch Hospital Data (DHD) aan te leveren aan de DQRA. Daarnaast zal gevraagd worden stap voor stap uitkomstindicatoren te gebruiken die zijn opgenomen in de ICHOM-set. Deze informatie zal op termijn verrijkt worden met informatie over de ervaringen van patiënten met de geleverde zorg (PREMS). De kosten voor het gebruik van DGM zal inzichtelijk gemaakt worden door gebruik te maken van de Vektis Monitor Gepast Gebruik Dure Geneesmiddelen en DHD gegevens. Daaraan worden voor de Menzis-verzekerden, de zorgactiviteiten binnen het ziekenhuis o.b.v. declaratiegegevens toegevoegd. Al deze gegevens worden inzichtelijk gemaakt in een benchmark rapportage en aan de deelnemende zorgaanbieders gepresenteerd. Op spiegelbijeenkomsten bespreken de deelnemende zorgaanbieders de benchmarkgegevens en kunnen zij inspiratie opdoen voor mogelijkheden om de waarde van de geleverde zorg te verbeteren. Op basis hiervan maken zorgaanbieders verbeterplannen die ze in het opvolgende jaar uitvoeren.

In 2019 wordt een shared savings afspraak onderdeel van de vergoeding van de zorgkosten van RA -patiënten. Dit houdt in dat doelmatigheidswinst in de vorm van minder gedeclareerde kosten per patiënt voor DGM door lagere volumes en/of andere keuze van geneesmiddelen, deels ten goede komt aan de premiebetaler (Menzis), en deels gedeeld wordt met de individuele zorgaanbieders die verbeteren of die al vanaf de start tot de meest doelmatige ziekenhuizen behoren. Op termijn is het de ambitie om tot een bundled payment afspraak voor de behandeling van RA te komen.

Samenvattend zijn de potentiële voordelen voor zorgaanbieders om deel te nemen aan het traject inzicht in de waarde van zorg die men zelf levert, benchmarking van de uitkomsten en kosten van zorg met andere zorgaanbieders, spiegelbijeenkomsten om inspiratie op te doen voor verhoging van de

waarde van zorg en delen in de besparingen indien er doelmatigheidswinst optreedt.

Planning

Alle zorgaanbieders die aan de inclusiecriteria voor het waardegerichte inkooptraject RA voldoen, hebben op 14 juni 2018 het concept inkoopdocument ontvangen. Op basis van de reacties op dit document (inclusief de reactie van ReumaNederland) is in afstemming met de NVR op 20 juli een aangepaste versie van het inkoopdocument gepubliceerd (het onderhavige document). De zorgaanbieders hebben van Menzis een uitnodiging ontvangen om op 5 september 2018 samen met Menzis, de NVR en ReumaNederland te spreken over deze versie van het inkoopdocument. Op basis van de input uit deze bijeenkomst stelt Menzis het definitieve inkoopdocument op.

Eind september 2018 ontvangen alle zorgaanbieders die aan de inclusiecriteria voldoen per mail de definitieve uitnodiging tot inschrijving en het addendum voor waardegericht inkopen van RA-zorg. De inschrijving voor het traject kan plaatsvinden tussen eind september en eind oktober 2018.

In november 2018 wordt de eerste spiegelbijeenkomst voor deelnemende aanbieders gepland. Tijdens de bijeenkomst zullen bevindingen over kosten, gebruik van DGM en uitkomsten, bijvoorbeeld gemiddelde DAS-score en percentage patiënten dat in remissie is, inhoudelijk gepresenteerd worden als input voor de verbetercyclus die in 2019 opgestart gaat worden. Op basis hiervan schrijven deelnemers een verbeterplan voor 2019.

In het voorjaar van 2019 wordt een volgende spiegelbijeenkomst georganiseerd, waarvan het programma vooral gericht is op de (voortgang van de) verbeterplannen voor 2019 en de nieuwe gegevens over uitkomsten en kosten in 2018.

1. Waardegerichte zorginkoop

- Waardegerichte zorg
- Waardegerichte inkoopafspraken
- Continu verbeteren
- Waardegerichte inkoop van zorg voor reumatoïde artritis

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 de zorgverzekeraars om 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 van de behandeling een gunstig effect heeft op de lange termijn gevolgen van de ziekte 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 van Menzis.

1.1 Waardegerichte zorg op basis van uitkomst

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 en
- 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 verhouding tussen de uitkomst van de zorg en de kosten van de zorg gunstiger wordt, stijgt de waarde van de zorg.

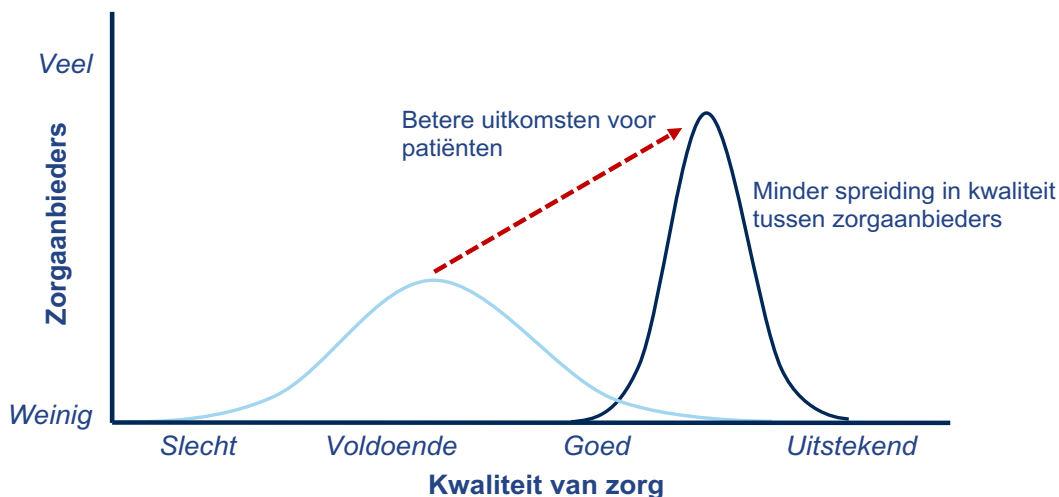
$$\text{Patient Value} = \frac{\text{Health Outcomes}}{\text{Cost}}$$

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 behandeling in remissie bent (uitkomst) dan of er een biological (b.v. een TNF-alfa remmer) is toegediend (proces) of dat er is deelgenomen aan de DQRA-kwaliteitsregistratie (structuur).

Door het centraal stellen van waarde van zorg en de prikkels in de zorg daarop 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, figuur 1).

Door verbetering van de uitkomsten kunnen de totale kosten dalen 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 een succes.



Figuur 1. Shifting the curve to the right

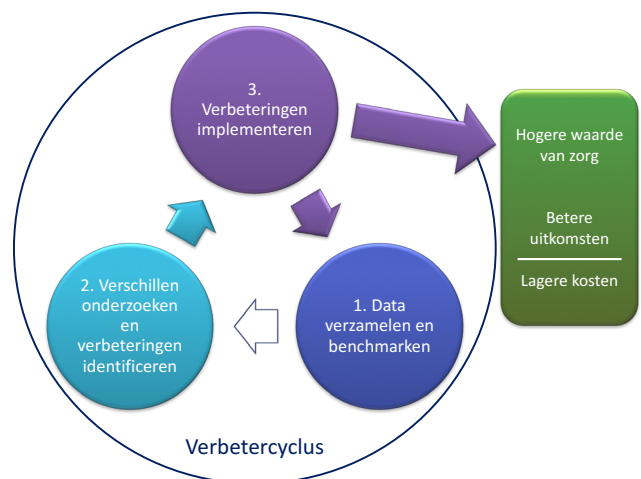
1.2 Van waardegerichte zorg naar waardegerichte inkoopafspraken

Waardegericht inkopen van zorg wordt in het buitenland al met succes toegepast; in Nederland wordt sinds kort vaart gemaakt met de introductie hiervan. Uit internationale ervaringen blijkt dat door de geboden transparantie, onderlinge vergelijking en waarden 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. Menzis is in 2017/2018 al een aantal waardegerichte inkooptrajecten gestart. Het betreft de behandeling van de volgende aandoeningen: heup- en knieartrose, staar, coronair lijden waarbij een dotterbehandeling of een bypass operatie wordt uitgevoerd en borstkanker (deze laatste specifiek met de Santeon ziekenhuizen). Andere waardegerichte trajecten zijn COPD in beeld, populatiebeking bij de gezondheidscentra van Arts en Zorg en meerjarenafspraken met verschillende ziekenhuizen waarin waardegerichte afspraken zijn opgenomen. In 2019 gaat Menzis de waardegerichte zorginkoop uitbreiden met de behandeling van reumatoïde artritis en daarnaast ook met de behandeling van borstkanker en de behandeling van angst en depressie.

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 uitkomsten met andere zorgaanbieders (1). Nader onderzoek van de verschillen en het identificeren van 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



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

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

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*.

1.4 Waardegerichte inkoop van zorg voor reumatoïde artritis

In Nederland hebben bijna 2 miljoen mensen een reumatische aandoening. Het gaat hierbij om reumatoïde artritis, artrose, jicht en osteoporose. Hiervan heeft ongeveer 235.000 mensen reumatoïde artritis (RA), bijna twee keer zoveel vrouwen als mannen.³

Waardegerichte inkoop van zorg voor RA sluit aan bij de visie van zowel de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR) als de patiëntenvertegenwoordiging ReumaNederland (voorheen: Reumafonds).

In het beleidsplan van de NVR is het streven naar goede kwaliteit van zorg en kostenbeheersing terug te lezen. 'De NVR richt zich op doelmatige en kwalitatief hoogwaardige zorg voor patiënten met reumatische aandoeningen. Doelmatige zorg betekent de best mogelijke zorg voor iedere patiënt op het juiste tijdstip en tegen de beste prijs'. Dit wil de NVR onder meer bereiken door kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen vanuit de visie van de patiënt en de reumatoloog en deze beschikbaar te stellen aan betrokken partijen. Met dit doel is de Dutch Quality registry for Rheumatoid Arthritis (DQRA) sinds 2017 bezig de uitkomsten en patiëntervaring (PREM) van reumazorg te registreren. ReumaNederland streeft in haar beleidsvisie 2018-2022 naar 'een beter leven met reuma vandaag en een wereld zonder reumatische beperking morgen'. Tegelijkertijd constateert ReumaNederland dat, als gevolg van medische ontwikkelingen en vergrijzing, de betaalbaarheid van zorg onder druk staat. Waardegerichte zorg ziet ReumaNederland dan ook als het bereikbaar houden van kwalitatief goede zorg en behandeling. Dit initiatief rondom waardegerichte inkoop van Menzis ziet ReumaNederland als een ondersteuning van het streven dat zoveel mogelijk mensen in remissie komen en daarnaast in hoge mate tevreden zijn over de geleverde zorg, waarmee we de impact van RA op het leven van mensen zoveel mogelijk kunnen beperken.⁴ Dit is de kern van waardegerichte zorg, namelijk te streven naar betere uitkomsten van zorg gegeven de beperkte middelen die beschikbaar zijn.

Vanuit het besef dat ReumaNederland, de NVR en Menzis allen streven naar een zo groot mogelijke waarde van zorg, heeft Menzis het inkooptraject voor waardegerichte RA zorg in afstemming met de NVR en ReumaNederland uitgewerkt. Daarnaast heeft Menzis bij de ontwikkeling van het traject enkele andere relevante partijen binnen en buiten de Medisch Specialistische Zorg geconsulteerd (zie bijlage 1).

³ Sloot R, Flinterman L, Heins M, Lafeber M, Boeije H, Poos MJJC, et al. *Reumatische aandoeningen in Nederland: Ervaringen en kengetallen*. Utrecht: Nivel; 2016. Op www.volkgezondheidszorg.nl

⁴ *Beleidsvisie 2018-2022 ReumaNederland: Samen naar een beter leven met reuma vandaag*

2. Kernpunten waardegericht inkopen van behandeling reumatoïde artritis

- Deelnemers
- Behandeling
- Uitkomstindicatoren
- Transparantie
- Kostendrijvers
- Spiegelbijekomsten en verbetercyclus
- Vergoeding

2.1 Deelnemers

Zorgaanbieders die zorg voor RA-patiënten aanbieden kunnen meedoen als zij aan een aantal voorwaarden voldoen⁵.

- De zorgaanbieder heeft al een contract voor medisch specialistische zorg met Menzis (2018) en zal ook voor 2019 de overeenkomst MSZ met Menzis afsluiten.
- Bij de zorgaanbieder zijn ten minste twee reumatologen werkzaam; elke reumatoloog verricht ten minste 0,3 fte patiëntenzorg bij de zorgaanbieder.
- Jaarlijks worden ten minste 100 Menzis verzekerden behandeld met de diagnose RA (peiljaar 2016).
- De zorgaanbieder neemt deel aan de registratie via de DQRA. Concreet betekent dit dat de zorgaanbieder deel neemt aan de eerstvolgende uitvraag van de DQRA in de tweede helft van 2018 (de DAS28 over 2017).
- De zorgaanbieder geeft toestemming aan Dutch Hospital Data (DHD) om gegevens betreffende de ICD-10 diagnoses en dure geneesmiddelen (DGM) gebruik op patiëntniveau te analyseren en op geaggregeerd niveau te rapporteren ten behoeve van dit inkooptraject (opname in een rapportage van uitkomsten en kostendrijvers van zorg en ter bespreking op de spiegelbijekomsten).
- De zorgaanbieder is bereid deel te nemen aan jaarlijkse spiegelbijekomsten, waarvan de eerste in november 2018 plaatsvindt. De zorgaanbieder stelt na de eerste spiegelbijekomst een verbeterplan op voor 2019.
- Onderdeel van het inkooptraject is een shared

savings afspraak. De uitwerking van deze shared savings afspraak, die in paragraaf 2.7 nader uiteen gezet wordt, gaat uit van de situatie waarbij zorgaanbieders met Menzis in 2019 een afspraak hebben waarbij DGM op basis van nacalculatie worden afgerekend. Indien dit niet het geval is, is deelname wel mogelijk. We spreken dan met de zorgaanbieder een aanpassing in de afspraak af om tot een soortgelijke shared savings afspraak te komen. Hierover kan de zorgaanbieder contact opnemen met Menzis, zodat we een afspraak over een maatwerk-oplossing kunnen maken.

2.2 Behandeling

De afspraak voor RA-zorg richt zich op volwassen patiënten (> 17 jaar). Patiënten met RA worden geïnccludeerd als de zorg door een reumatoloog (of arts-assistent, nurse practitioner of physician assistant van de afdeling reumatologie) wordt gedeclareerd onder diagnosecode 101 (RA) of 117 (polyartritis). Uitgesloten zijn RA-diagnoses die door een ander specialisme dan de reumatologie (specialismecode 03.24) zijn gesteld. Aangezien de wijze van registreren van de diagnosecodes 101 en 117 niet uniform is onder artsen, wordt in de rapportage over 2018 beide codes meegenomen. Met behulp van nadere diagnose informatie (ICD-10) wordt getracht meer inzicht te verkrijgen in het gebruik van de diagnosecodes 101 en 117. Het is de bedoeling dat deelnemers, in ieder geval met ingang van 1-1-2019, voor alle patiënten bij wie men de diagnose RA heeft gesteld en/of die behandeld worden als RA-patiënt volgens het RA protocol, de diagnosecode 101 gebruiken. In het eerste jaar richt het inkooptraject zich op de ziekenhuisbehandeling van RA. Onderzocht wordt of in 2020-2021 het behandeltraject kan worden uitgebreid met de extramurale behandeling van patiënten (bv. fysiotherapie, extramurale farmacie en revalidatie).

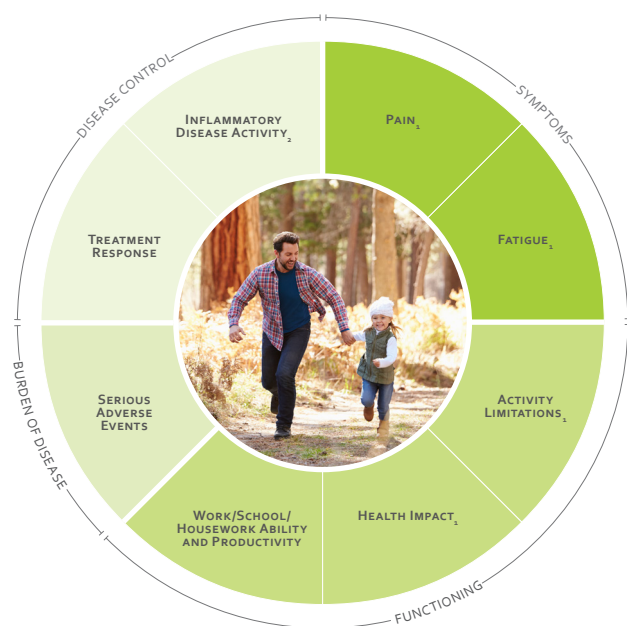
2.3 Uitkomstindicatoren

Om de waarde van zorg te vergroten is het verbeteren van de uitkomsten van zorg voor patiënten met RA primair van belang. Op dit moment is er geen landelijke informatie over de uitkomsten van zorg bij RA patiënten. The International Consortium for Health Outcomes (ICHOM) heeft zich ten doel gesteld voor een groot

⁵ Als een aanbieder besluit niet deel te nemen aan dit inkooptraject wordt de contractering van RA zorg meegenomen in de reguliere contractering.

aantal aandoeningen de voor patiënten relevante uitkomsten te definiëren. Eind 2017 is de standaardset van ICHOM voor RA, die hieronder is weergegeven, tot stand gekomen met een grote Nederlandse inbreng. Menzis wil zoveel mogelijk aansluiten bij de standaard set van ICHOM voor RA.

De elementen van deze set worden in 2018 echter nog maar in beperkte mate in Nederland gemeten. Menzis wil er met het waardegerichte inkooptraject aan bijdragen dat de komende jaren de meting van de uitkomsten van RA zorg stap voor stap wordt uitgebreid. Daarbij is het van belang te komen tot bruikbare data die op een gestandaardiseerde manier geregistreerd worden. Vervolgens kunnen de data gebruikt worden als inspiratie voor verbeterplannen van deelnemende zorgaanbieders. In tabel 1 is de ambitie weergegeven van de uitbreiding van de uitkomstindicatoren vanaf 2018



tot en met 2021 met als doel om in 2021 alle domeinen van de ICHOM te meten.

Hieronder wordt een nadere toelichting op de verschillende uitkomsten uit de ICHOM set gegeven.

De DAS28

Een veelgebruikte uitkomstmaat voor de uitkomst van zorg bij RA-patiënten is de DAS28. Deze meet ziekteactiviteit. De DAS28 is opgenomen in de kwaliteitsindicatorenset van de DQRA. Er zijn twee varianten, de CRP of BSE. De SKR heeft medio 2018 besloten via de DQRA de DAS28-CRP te gaan vragen aan de zorgaanbieders. Als uitkomstmaat wordt het percentage patiënten in remissie en de gemiddelde DAS28 per zorgaanbieder gebruikt.

In het jaar van de nulmeting (in 2018 over het jaar 2017) wordt ingezet op het meten van de DAS28 bij minimaal 70% van de patiënten. In de volgende jaren wordt gestreefd naar een hoger percentage patiënten waarvoor een DAS-score gemeten wordt. In 2021 is het streven dat bij minimaal 85% van de patiënten minstens 1x per jaar een DAS-score gemeten wordt. Ziekenhuizen leveren in 2018 gegevens (over 2017) aan DQRA op instellingsniveau aan. Menzis heeft de mogelijkheid audits uit te voeren bij de deelnemende ziekenhuizen om te borgen dat de uitkomstgegevens op de juiste wijze geaggregeerd en aangeleverd worden. Het streven is om op termijn de uitkomsten (DAS28 en de hieronder genoemde uitkomstmaten) op patiëntniveau aan te leveren bij de DQRA.

PROMs uit de ICHOM set

Het is de intentie om in 2020 twee domeinen van de PROMs uit de ICHOM-set voor RA toe te voegen aan de uitkomstmaten. De keuze met welke PROMs wordt gestart vindt in overleg met veldpartijen (NVR en

Tabel 1. Ambitie voor uitkomstmeting

	2e helft 2018	2019*	2020*	2021*	2022*
DAS28	X	X	X	X	X
PROM – pijn			X	X	X
PROM – vermoeidheid			?	?	?
PROM – activiteit			X	X	X
PROM – Gezondheidsimpact				X	X
PROM – Werk, school, huishouden en productiviteit				?	?
Ernstige complicaties				?	?
PREM		X	X	X	X

*Jaarlijkse uitbreiding met PROM/PREM in overleg met de SKR (Stichting Kwaliteitsbevordering Reumatologie Nederland)

ReumaNederland) en deelnemende zorgaanbieders plaats. Menzis wil graag voor eind 2018 een afspraak hierover maken opdat de deelnemers de PROM registratie kunnen voorbereiden en opstarten in 2019. Op termijn is het de bedoeling om alle domeinen van de PROMs uit de ICHOM-set voor RA te meten. In het eerste registratiejaar (2020) wordt gestreefd naar een respons van minimaal 25%, in het tweede jaar van minimaal 50%. De SKR heeft specificaties opgesteld voor de wijze waarop de PROMs gemeten dienen te worden (bv. tijdstip van afname van de PROMs).

Patiëntervaringen (PREM)

Menzis streeft ernaar ook patiëntervaringen mee te nemen bij de uitkomstmeting vanaf 2019. In de tweede helft van 2018 wordt de PREM geëvalueerd, hetgeen naar verwachting zal leiden tot een aangepaste vragenlijst. Deze lijst kan per 1 januari 2019 ingezet worden in dit inkooptraject.

Om tot de gewenste respons op de hierboven genoemde verschillende uitkomstmaten te komen, kijkt Menzis naar de best practices op dit terrein en brengt dit actief (bv tijdens de spiegelbijeenkomsten) onder de aandacht van de deelnemende zorgaanbieders.

2.4 Transparantie

De bedoeling is dat er transparantie gegeven wordt over de behaalde uitkomsten van zorg en de patiëntervaringen. In eerste instantie delen deelnemende zorgaanbieders hun uitkomsten vertrouwelijk op spiegelbijeenkomsten met andere aanbieders. Op termijn wil Menzis de uitkomsten ook graag transparant maken voor patiënten, bijvoorbeeld via Zorgvinder, Zorgadvies, Kiesuwreumazorg.nl en huisartsen. 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 gaan maken.

2.5 Kostendrijvers

Waarde van zorg bestaat uit de uitkomsten van zorg in relatie tot de kosten die gemaakt worden om de uitkomsten te bereiken. Bij kosten wordt in dit traject naar kostendrijvers gekeken. Dit zijn de onderdelen 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. Voor RA-zorg zijn de voornaamste kostendrijvers de DGM en zorgactiviteiten (opgenomen in de DBC-zorgproducten). Om de kosten en volumes van DGM inzichtelijk te krijgen, wordt gebruik gemaakt van de Vektis Monitor Gepast Gebruik Dure Geneesmiddelen en de gegevens van DHD. In 2018 worden de uitkomsten van de Vektis monitor vergeleken met de informatie over DGM van DHD en wordt onderzocht wat eventuele verschillen kan verklaren. De uitkomsten van deze analyses worden in de spiegelbijeenkomst met de deelnemers gedeeld. Bij het benchmarken van de kostendrijvers worden de resultaten per zorgaanbieder gecorrigeerd voor relevante casemix variabelen. Het betreft leeftijd, geslacht, ICD-10 diagnose en zo mogelijk ziekteduur. Daarnaast wordt gekeken naar de invloed van second opinions en doorverwijzingen door het uitvoeren van een postcode analyse. Indien deze casemixcorrectie onvoldoende blijkt, kunnen we verschillende benchmarks hanteren, bijvoorbeeld met alle ziekenhuizen en ook met het eigen type ziekenhuis (UMC, STZ, algemeen). Binnen de DBC-zorgproducten gaat het onder meer over de zorgactiviteiten polikliniekbezoeken, diagnostiek en verpleegdagen. Het aandeel van extramurale farmacie, fysiotherapie en overige zorgkosten van RA-patiënten is relatief klein. In de benchmarkrapportage worden deze zorgactiviteiten van andere onderdelen van de keten indien mogelijk wel gepresenteerd.

2.6 Spiegelbijeenkomst en verbetercyclus

De deelnemers krijgen een rapportage met benchmarkgegevens over de kostendrijvers en uitkomsten van de geleverde RA-zorg. Voor informatie over DGM wordt gebruik gemaakt van de Vektis Monitor Gepast Gebruik DGM en DHD informatie. De informatie over DBC-zorgproducten en onderliggende zorgactiviteiten wordt gebaseerd op Menzis-declaratiedata. Er zal gecorrigeerd worden voor case-mix op basis van gegevens die vanuit de DHD aangeleverd worden. Alle data wordt verwerkt en gebenchmarkt door een onafhankelijke derde partij⁶. Deze data vormt de basis voor de spiegelbijeenkomsten.

⁶ De keuze voor de onafhankelijke partij wordt voor half september 2018 gemaakt en de naam van deze partij wordt in het definitieve inkoopdocument meegenomen.

Spiegelbijeenkomsten

Van elke deelnemende zorgaanbieder nemen ten minste één reumatoloog en één organisatorisch verantwoordelijke uit de instelling deel aan de jaarlijkse spiegelbijeenkomsten met andere deelnemers. Bij de spiegelbijeenkomsten zal ook een afvaardiging vanuit de NVR, ReumaNederland en Menzis aanwezig zijn. Onder leiding van een onafhankelijke derde partij worden de benchmarkgegevens over 1) de uitkomsten van zorg en 2) informatie over kostendrijvers 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 mededigingsrechtelijke kaders die van toepassing kunnen zijn.

In november 2018 wordt de eerste spiegelbijeenkomst gepland. Op deze bijeenkomst worden de gegevens van de DQRA over 2017, de VEKTIS monitor, DHD-gegevens en Menzis-data over kostendrijvers besproken. Mede op basis van deze gebenchmarkte gegevens stellen de deelnemers een verbeterplan op voor 2019.

In de eerste helft van 2019 vindt een volgende spiegelbijeenkomst plaats, waarin de uitkomsten en kostendrijvers van 2018 centraal staan. Daarnaast wordt in deze spiegelbijeenkomst stilgestaan bij de stand van zaken van de verbeterplannen voor 2019, de evaluatie van dit inkooptraject tot op dat moment en de doorontwikkeling voor de komende jaren.

Verbetercyclus

Het centrale doel van het inkooptraject is de 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 deelnemers gevraagd vóór 1 februari 2019 een verbeterplan op te stellen waarin zij beschrijven hoe in 2019 aanpassingen in het zorgpad van RA worden doorgevoerd gericht op verhoging van de waarde van zorg voor deze chronische patiëntengroep. Als de respons voor de DAS28 of de PROMs onder de hiervoor gehanteerde streefwaarde ligt, vragen wij de zorgaanbieder ook een verbeterplan te richten op het verhogen van de respons op deze uitkomstindicatoren. Menzis toetst de verbeterplannen op de volgende onderdelen:

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

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. De uitvoering van het verbeterplan is onderwerp van volgende spiegelbijeenkomsten met de deelnemers.

Vaststellen verbetering

Van de deelnemende zorgaanbieders wordt in dit inkooptraject gevraagd de waarde van zorg te vergroten. Dit is een voorwaarde voor blijvende deelname aan het traject. Een verbetering in de waarde van zorg kan optreden door betere uitkomsten van zorg en/of lagere kosten van zorg ten opzichte van het voorgaande jaar. Dit laatste, lagere kosten van zorg, onder de voorwaarde dat de uitkomsten van zorg niet achteruit gaan.

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 toevalsfluctuaties 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. Bij een goed presterende zorgaanbieder hoeft de score maar beperkt te stijgen om van verbetering te spreken.

Om duidelijk te maken hoe dit precies werk geven we een voorbeeld met fictieve getallen. Bij het best presterende ziekenhuis is 80% van de patiënten in remissie o.b.v. de DAS28. Bij ziekenhuis X is 75% in remissie en bij ziekenhuis Y is 60% in remissie. Het verbeterpotentieel van ziekenhuis X is 5%, dus bij een score van meer van 76% in het volgende jaar wordt geconcludeerd dat er sprake is van een verbetering (20% van 5%=1%). Bij ziekenhuis Y is het verbeterpotentieel 20%. In dat ziekenhuis moet het percentage in remissie dus met

meer van 4% stijgen om te concluderen van er sprake is van verbetering.

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 een achteruitgang als de score flink is afgenomen. Bij een zorgaanbieder met een lage score is bij een nog lagere score veel sneller sprake van een achteruitgang.

2.7 Vergoeding voor RA-zorg

Menzis streeft ernaar in dit inkooptraject de zorg voor RA-patiënten met een bundel te bekostigen. Deze wijze van bekostiging geeft de zorgaanbieder ruimte om keuzes te maken in het behandeltraject gericht op vergroten van waarde van zorg zonder dat dit gelijk financiële consequenties heeft. Echter, kostenanalyses op basis van de gedeclareerde omzet van de huidige situatie laten verschillen in gemiddelde kosten per patiënt per zorgaanbieder zien. Deze verschillen zijn zo groot dat het niet haalbaar is om gelijk een bundel te introduceren. Daarom wordt gestart met een shared savings afspraak die er naar verwachting toe zal leiden dat de verschillen tussen zorgaanbieders afnemen. De verschillen worden voornamelijk bepaald door de DGM. In vergelijking daarmee zijn de verschillen in gedeclareerde DBC Zorgproducten per patiënt beperkt. Daarom hebben we gekozen voor een shared savings afspraak die zich richt op de kosten van DGM.

Elementen van shared savings

De gedeclareerde omzet DGM per patiënt worden bepaald door de volgende elementen:

1. De tarieven voor DGM (Menzis-DGM-prijslijst);
2. Het volume van een DGM (wel/niet DGM en dosering DGM) en
3. Welk DGM (mix verschillende geneesmiddelen)

Element 1, de tarieven van de DGM, wordt vastgesteld op de Menzis-DGM-prijslijst. Door de komst van biosimilars ligt het prijsniveau van sommige middelen in 2019 lager dan in 2018. De besparingen door deze lagere prijzen worden niet meegenomen in de shared savings afspraak van waardegerichte inkoop. Op de Menzis-DGM-prijslijst worden originele biologicals en biosimilars (b.v. Remicade en Inflectra of Remsima) altijd gelijk geprijsd. De daadwerkelijke inkoopprijs voor de zorgaanbieder is bij Menzis niet bekend, maar kan reden

zijn voor een zorgaanbieder om een preferent middel te kiezen (meestal de biosimilar). Zowel de besparing door de prijsverlaging op de Menzis-DGM-prijslijst van 2018 naar 2019 als de eventuele besparingen van het ziekenhuis door scherpere inkoop worden niet in deze afspraak meegenomen.

Uitgaande van de prijzen voor 2019, zijn verdere besparingen realiseerbaar door verlaging van het volume (dosisoptimalisatie) en door een doelmatiger geneesmiddelenkeuze (gebruik van een geneesmiddel met lagere kosten per jaar). Besparingen op basis van de declaratiedata die voort komen uit element 2 en 3 worden wel meegenomen in de shared savings afspraak.

Vormgeving van de shared savings afspraak

Bij het vormgeven van de afspraak zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Een substantieel deel van de besparing gaat naar de zorgaanbieder als vergoeding voor de inspanningen om doelmatiger te werken. Daarbij vindt Menzis het gewenst dat de besparing binnen het ziekenhuis merendeels terecht komt bij de afdeling reumatologie waar de inspanning geleverd wordt.
- Zorgaanbieders die al heel doelmatig DGM inzetten moeten ook meedelen in de besparing, ondanks dat hun doelmatigheidspotentieel beperkt is. Ze helpen op basis van hun kennis en ervaring andere zorgaanbieders binnen de 'community' doelmatiger te werken. De besparing is deels een teamprestatie van de deelnemers.
- Een deel van de besparing moet bij de premiebetaler terecht komen.
- De shared savings afspraak is bedoeld om een beweging in gang te zetten en kan niet tot in lengte van jaren worden afgesproken. Het doel is om de verschillen in praktijkvariatie te verkleinen, om zo op termijn tot een bundled payment afspraak te komen.

Indien er sprake is van een besparing bij een deelnemend ziekenhuis die in aanmerking komt voor shared savings, wordt de besparing in een gezamenlijke pot gestort. Hieronder wordt uiteengezet hoe het bedrag in de gezamenlijke pot over de deelnemers en Menzis verdeeld wordt.

Detailuitwerking shared savings afspraak

- De shared savings afspraak wordt gebaseerd op de verbetering in kosten per patiënt tussen 2019 en 2018 o.b.v. de volumes die zijn gedeclareerd bij Menzis.

Tabel 2. Fictief voorbeeld kosten DGM voor RA van 3 ziekenhuizen.

	# patiënten Menzis		Gemiddelde omzet DGM per patiënt		Besparing	
	2018	2019	2018*	2019	per patiënt	totaal
Ziekenhuis A	400	400	€ 4.100	€ 3.700	€ 400	-€ 160.000
Ziekenhuis B	900	930	€ 2.800	€ 2.800	€ 0	€ 0
Ziekenhuis C	510	500	€ 2.400	€ 2.450	-€ 50	€ 25.000
Totaal	1810	1830				-€ 135.000

*het volume 2018 is gewaardeerd tegen de prijzen 2019

- De volumes worden gewaardeerd tegen het prijsniveau 2019 (Menzis-DGM-prijslijst 2019).
- De verzekerden die worden geïnccludeerd, moeten in 2018 & 2019 verzekerd zijn bij Menzis en in 2018 & 2019 voor het gehele jaar zijn behandeld als RA patiënt door een reumatoloog in het ziekenhuis.⁷
- Het netto besparingsbedrag van de deelnemende ziekenhuizen o.b.v. de declaraties 2019 en 2018 (die voldoen aan de bovenstaande voorwaarden) is het bedrag dat onder de deelnemers en Menzis wordt verdeeld.
- De volgende verdeelsleutel wordt gehanteerd: de zorgaanbieder die verbetert ontvangt 30% van zijn besparing terug; de resterende netto besparing wordt in de verhouding 40%-30% verdeeld tussen de gemeenschappelijke pot en de premiebeter (Menzis).
- De uitkering vanuit de gemeenschappelijke pot vindt plaats o.b.v. de volgende criteria:
 - De ziekenhuizen waarvan de kosten per patiënt behoren tot de beste 50% van alle deelnemers en/of
 - een verbetering van de uitkomsten van zorg hebben gerealiseerd⁸

Bovenstaande uitwerking is de werkwijze in het geval de DGM bij de zorgaanbieder op nacalculatie worden betaald. Indien dit niet het geval is, is aanpassing van de uitwerking van de shared savings afspraak nodig. Hierover kan de zorgaanbieder contact opnemen met Menzis, zodat een maatwerk-oplossing wordt gemaakt.

⁷ Patiënten die bijvoorbeeld in de loop van 2018 in behandeling voor RA zijn gekomen of die in 2019 zijn overleden worden niet meegenomen in de financiële afspraak. De reden hiervoor is dat de gemiddelde kosten per patiënt in 2019 vergeleken worden met de gemiddelde kosten in 2018. Om dat zuiver te kunnen doen moeten de patiënten in beide jaren volledig door een reumatoloog in het ziekenhuis behandeld zijn.

⁸ Dit criterium wordt meegenomen zodra uitkomstmaten beschikbaar zijn (DAS28 en/of PROM) op basis waarvan een verbetering in twee opeenvolgende jaren bepaald kan worden. Zie hiervoor ook het onderdeel 'vaststellen verbetering' in paragraaf 2.6

In tabel 2 is een fictief voorbeeld opgenomen van de kosten van DGM bij RA patiënten in 2018 en 2019 van drie ziekenhuizen. Aan de hand van dit voorbeeld wordt hieronder uitgelegd hoe de shared savings afspraak in z'n werk gaat.

In dit fictieve voorbeeld wordt door de drie ziekenhuizen een netto besparing gerealiseerd van € 135.000. Deze besparing komt in de gezamenlijke pot. Als eerste stap ontvangen de ziekenhuizen die een besparing gerealiseerd hebben, 30% van de eigen besparing terug uit de gezamenlijke pot. Dat betekent in dit voorbeeld dat ziekenhuis A 30% van € 160.000 ontvangt, te weten **€ 48.000**.

In de gezamenlijke pot resteert netto € 87.000. Dit bedrag wordt in de tweede stap in de verhouding 40-30 verdeeld tussen de ziekenhuizen die wat betreft de gedeclareerde omzet per patiënt tot de beste 50% van de deelnemers behoren en/of bij wie de uitkomsten van de zorg zijn verbeterd (teamprestatie) en Menzis. Ziekenhuis B en C voldoen aan de voorwaarden om een bedrag voor de teamprestatie uit de pot te ontvangen. Zij krijgen respectievelijk **€ 32.332** en **€ 17.382**. Menzis, tenslotte, ontvangt **€ 37.286**.

Voor het tweede jaar (2020) wordt een keuze gemaakt uit de introductie van een bundled payment of verlenging van de shared savings afspraak. Indien gekozen wordt voor verlenging van de shared savings afspraak, wordt de realisatie 2019 als basis genomen en wordt de shared savings gebaseerd op de doelmatigheidswinst in 2020 t.o.v. 2019. Hierbij worden de volumes in 2020 en 2019 tegen de prijzen voor 2020 met elkaar vergeleken. Indien in 2020 voor een shared savings afspraak is gekozen, ligt in het derde jaar (2021) opnieuw de keuze voor of een bundled payment geïntroduceerd kan worden of dat de shared savings afspraak verlengd wordt.

3. Fasering en planning

- Fasering
- Inkoopdocument
- Inschrijving
- Spiegelbijeenkomst 2018
- Nulmeting
- Spiegelbijeenkomst 2019
- Doorontwikkeling

3.1 Fasering en planning

Het traject kent vanaf 14 juni 2018 een aantal fasen die hieronder worden toegelicht.

3.2 Inkoopdocument

Alle zorgaanbieders die aan de inclusiecriteria voor het waardegerichte inkooptraject RA voldoen, hebben op 14 juni 2018 het concept inkoopdocument ontvangen. Op basis van de reacties op dit document (inclusief de reactie van ReumaNederland) is in afstemming met de NVR op 20 juli een aangepaste versie van het inkoopdocument gepubliceerd (het onderhavige document). De vragen van de zorgaanbieders zijn met antwoorden opgenomen in een Q&A die aan de zorgaanbieders is gestuurd en die op de website van Menzis is gepubliceerd. De zorgaanbieders hebben van Menzis een uitnodiging ontvangen om op 5 september 2018 samen met Menzis, de NVR en ReumaNederland te spreken over deze versie van het inkoopdocument. Op basis van de input uit deze bijeenkomst stelt Menzis het definitieve inkoopdocument op.

3.3 Inschrijven voor het traject

Eind september 2018 ontvangen alle zorgaanbieders die aan de inclusiecriteria voldoen, per mail de definitieve uitnodiging tot inschrijving en het addendum voor waardegericht inkopen van RA-zorg. De inschrijving voor het traject kan via een link in de betreffende mail plaatsvinden tussen eind september en eind oktober 2018. Inschrijven voor het traject in 2019 is na deze datum niet mogelijk.

3.4 Spiegelbijeenkomst 2018

In november 2018 wordt de spiegelbijeenkomst georganiseerd onder leiding van een onafhankelijke derde partij, waarbij de uitkomsten uit 2017 (voor zover bekend), de Vektis monitor Gepast Gebruik Dure Geneesmiddelen,

de DHD-gegevens en de data over DBC-zorgproducten van Menzis de input vormen. Er zal een eerste geanonimiseerd inzicht gegeven worden in de beschikbare uitkomstinformatie en 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 verbeteren van de waarde van zorg voor patiënten en deze voor 1 februari 2019 op te sturen aan Menzis.

3.5 Nulmeting

De nulmeting van de uitkomsten vindt plaats over de gegevens uit 2018 die na de zomer 2019 door de SKR verzameld worden. De nulmeting van de kostendrijvers vindt eveneens plaats op gegevens uit 2018. Per zorgaanbieder kunnen de uitkomsten over 2019 vergeleken worden met de nulmeting om te onderzoeken of het verbeterplan tot meetbaar betere uitkomsten leidt. Zo vroeg mogelijk in 2019 worden de data over 2018 verwerkt.

3.6 Spiegelbijeenkomst 2019

In het voorjaar van 2019 wordt een volgende spiegelbijeenkomst gepland onder leiding van een onafhankelijke partij. In deze spiegelbijeenkomst is het programma vooral gericht op de (voortgang van de) verbeterplannen voor 2019 en de nieuwe gegevens over uitkomsten en kosten in 2018.

3.7 Doorontwikkeling in 2020 en 2021

Zoals in dit document al op verschillende punten naar voren is gekomen, heeft Menzis de ambitie om samen met de deelnemende zorgaanbieders in 2020 en 2021 het inkooptraject voor RA-zorg door te ontwikkelen. Dit houdt in:

- Uitbreiding van de uitkomstindicatoren met de extra indicatoren over de jaren 2019 en 2020 (conform de ICHOM standaard set);
- Inzetten op het verzamelen van goede kwaliteit uitkomstdata die vergelijkbaar is tussen zorgaanbieders;
- Uitbreiding van de benchmark met volumes fysiotherapie en revalidatie
- Van shared savings evalueren naar een bundled payment;
- Het inzicht in verschillen in kostendrijvers tussen aanbieders in kaart brengen en delen met de deelnemers als aangrijpingspunt voor procesverbetering.

Bijlage 1. Geconsulteerd tijdens de voorbereiding van dit inkoopdocument

- Reumatologen uit verschillende ziekenhuizen (waaronder uit de Santeon groep)
- Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR)
- Dutch Quality registry for Rheumatoid Arthritis (DQRA)
- ReumaNederland (voorheen Reumafonds)
- Vertegenwoordiger van de DREAM registry
- Reumatologen en andere medewerkers van 23 zorgaanbieders die meer dan 100 Menzis verzekerden behandelen per jaar (zij zijn in juni 2018 uitgenodigd om vragen te stellen/commentaar te leveren op het concept inkoopdocument waardegericht inkopen van zorg voor patiënten met RA versie 1.3)