

Veelgestelde vragen waarderichte inkoop van zorg voor patiënten met borstkanker, versie 12-11-2018

Categorie	Vraag	Antwoord
2.5 Uitkomstindicatoren	De indicator 'overleving' wordt een indicator die Menzis gaat controleren. Dit is niet een gebruikelijke indicator en we vragen ons af hoe wij aan de gegevens komen om deze indicator te gaan monitoren.	De indicator 'overleving' is een bestaande uitkomstindicator die nu al verzameld wordt, maar nog niet transparant is. De informatie is reeds beschikbaar bij IKNL.
2.5 Uitkomstindicatoren	Bij borstcontourbehoud worden secundaire reconstructies niet meegenomen terwijl enerzijds een aanzienlijk deel van de patiënten hier zelf voor kiest en anderzijds in de huidige richtlijn is opgenomen dat bij een indicatie voor radiotherapie een secundaire reconstructie met lichaamseigen weefsel de voorkeur heeft. We willen ervoor pleiten dat secundaire reconstructies hierin worden meegenomen en dat er ruimte blijft voor patiënten die bewust kiezen voor geen reconstructie.	Voor borstcontourbehoud sluiten we aan bij de definiering zoals vastgesteld door de NBCA. Hierin worden secundaire reconstructies inderdaad niet meegenomen. Indien de wens er wel is om secundaire reconstructies mee te nemen is het aan de NBCA om hier stappen in te zetten. Het is wenselijk dat, als patiënten bij de primaire verwijdering van de tumor hun borstcontour willen behouden (borstsparend of primaire reconstructie), dit mogelijk is. Patiënten moeten echter ook kunnen kiezen voor een borstampatie zonder directe reconstructie en er kunnen medische redenen zijn waardoor een directe reconstructie niet mogelijk is. Dit betekent dat bij borstcontourbehoud niet geldt dat een hoger percentage altijd beter is. Dit is de reden dat bij borstcontourbehoud in 2019 alleen ziekenhuizen worden gestimuleerd tot een hoger percentage te komen als ze onder de p25 zitten (dit betekent minder dan 65% borstcontourbehoud). Ziekenhuizen die boven dit percentage zitten in 2018 en 2019 kunnen niet verbeteren of verslechteren op deze indicator.
2.5 Uitkomstindicatoren	Het zou beter bij de praktijk aansluiten om het begrip 1 contactpersoon te vervangen door 1 aanspreekpunt.	Dit begrip wordt vervangen door 'één vast aanspreekpunt'. Dit is in het hele inkoopdocument doorgevoerd. De uitwerking van 'een vast aanspreekpunt' is besproken met de BVN en sluit aan bij de definiering zoals opgenomen in het document 'De multidisciplinaire normering oncologische zorg in Nederland, Soncos 2018'. Naast de hoofdbehandelaar heeft de patiënt toegang tot tenminste één vast aanspreekpunt cq case manager in de keten, zoals een verpleegkundig specialist, een oncologieverpleegkundige of een andere zorgverlener die de hierna te noemen rol kan vervullen: <ul style="list-style-type: none"> • Deze zorgverlener maakt onderdeel uit van een team waarin men elkaar onderling kan vervangen en dat onderdeel uitmaakt van het multidisciplinaire team voor diagnostiek en behandeling. • Deze zorgverlener overziet het hele multidisciplinaire en transmurale traject van diagnostiek, behandeling en nazorg. • Deze zorgverlener is inhoudelijk gespecialiseerd (middels officiële specialisatie of als aandachtsgebied) op de betreffende aandoening. • Deze zorgverlener kent de patiënt in zijn hele context. • Deze zorgverlener functioneert als vast aanspreekpunt voor de patiënt. Dit betekent dat: <ul style="list-style-type: none"> - Deze zorgverlener een vast anker is voor de patiënt gedurende het hele traject van diagnostiek en behandeling; - En dat deze zorgverlener toegang heeft tot het dossier van de patiënt en telefonisch of per email laagdrempelig en snel bereikbaar is voor vragen en begeleiding van de patiënt en/of naasten.
2.5 Uitkomstindicatoren	Hoe gaan we binnen dit inkooptraject om met de PROM's?	In 2019 worden de PROMs nog niet meegenomen als uitkomstindicator bij de vaststelling van verbetering. In dit traject willen we samen met de deelnemers en in afstemming met de NBCA werken aan: gebruik van de PROMs in de spreekkamer, compactere versie van de PROM en duiden van de uitkomsten van de PROM tbv kwaliteitsverbetering. De PROMs blijven wel nadrukkelijk de aandacht houden in dit traject. Ook zullen we tijdens spiegelbijeenkomsten aandacht hebben voor best practices op het gebied van de PROMs.
2.5 Uitkomstindicatoren	Blijft Mediquest de leverancier voor de PREM's?	Menzis krijgt de PREM uitkomsten via de BVN en ZN. Menzis heeft niet het streven om daar verandering in te brengen.
2.5 Uitkomstindicatoren	Complicaties bijhouden aan de hand van textbook outcome. We hebben vraagtekens of we hier echt complicaties mee gaan registreren. Meest voorkomende acute complicaties zijn wondinfectie en seroom en die registreer je hier niet mee. Worden heroperaties na neoadjuvante chemotherapie bij irradicaliteit dan wel geregistreerd als complicaties? In de NBCA scoren we dit juist niet omdat de MRI na NAC niet altijd betrouwbaar is. Beter zou zijn als we zouden werken aan een landelijke registratie van complicaties.	Het heeft inderdaad de voorkeur om te komen tot een landelijke registratie voor complicaties. Tot die tijd denken we met textbook outcome een goed alternatief te bieden voor het meten van een gecompliceerd beloop. We onderzoeken nu of we bijvoorbeeld met de combinatie van (de datum van) polikliniekbezoek en (de datum van) een voorschrift van specifieke antibiotica een indicatie van postoperatieve wondinfecties kunnen krijgen. In de eerste spiegelbijeenkomst zullen wij een voorstel doen voor een textbook outcome om deze met de deelnemers te kunnen afstemmen.
2.5 Uitkomstindicatoren	Wordt er aan de patiënt gevraagd om deel te nemen aan allerlei registraties?	Nee, we zullen geen aanvullende vragen uitzetten bij de patiënten.
2.8 Spiegelbijeenkomst en verbetercyclus	Betreft tabel 2; het gewicht dat toegekend wordt. Er wordt gezegd dat ¼ bepaald wordt door kwaliteitsindicatoren maar textbook outcome is in onze ogen een verkapt kostendrijver.	Wij zien textbook outcome niet als een kostendrijver, maar als een indicator voor de kwaliteit van zorg. De vaststelling van een textbook outcome gebeurt weilswaar op basis van declaratie data, maar daarmee is het niet gelijk een kostendrijver. Aangezien er nog geen landelijke registratie beschikbaar is voor de acute complicaties, willen we als alternatief een textbook outcome voorstellen. Textbook outcome is een methode om het korte termijn resultaat van een klinisch zorgtraject te monitoren en te vergelijken met andere zorgaanbieders. Dit kan een hulpmiddel zijn om zicht te krijgen op een gecompliceerd verloop. Menzis zal na afstemming met de NBCA tijdens de eerste spiegelbijeenkomst een voorstel doen voor een textbook outcome. Na bespreking met de deelnemende ziekenhuis wordt de textbook outcome voor 2019 vastgesteld.

2.8 Spiegelbijeekkomst en verbetercyclus	Betreft tabel 2; het gewicht dat toegekend wordt aan borstcontourbehoud. Nu weegt borstcontourbehoud zwaarder dan de indicatoren Samen Beslissen en 1 contactpersoon. Wellicht kan deze weging worden gelijk getrokken?	Op basis van input tijdens de informatiebijeekkomst en in afstemming met de BVN hebben we besloten om de weging aan te passen. Samen beslissen, 1 aanspreekpunt en borstcontourbehoud hebben nu alle drie de wegingsfactor '2'.
2.8 Spiegelbijeekkomst en verbetercyclus	Hoe is de toekenning van 'gewicht' aan de verschillende kwaliteitsindicatoren bepaald?	De gewichten zijn toegekend op basis van twee overwegingen. Ten eerste is gekeken naar de indeling van kwaliteitsindicatoren volgens Porter. Daarbij krijgen uitkomsten van zorg (zoals overleving en complicaties) een groter gewicht dan bijvoorbeeld ongemak tijdens de behandeling. Ten tweede is de voorgestelde verdeling van de gewichten met diverse betrokkenen besproken. Daaruit kwam een breed gedragen aanpassing van de gewichten naar voren. In de definitieve versie van het inkoopdocument is de toekenning van de gewichten dan ook aangepast. De indicatoren 'borstcontour', 'samen beslissen' en '1 vast aanspreekpunt' krijgen de wegingsfactor '2'.
2.8 Spiegelbijeekkomst en verbetercyclus	De zorgaanbieder neemt jaarlijks deel aan twee spiegelbijeekkomsten. Zijn hier patiënten aanwezig? En zijn dit onze patiënten?	De spiegelbijeekkomsten hebben een duidelijk ander karakter dan de spiegelgesprekken die regelmatig binnen ziekenhuizen worden georganiseerd. Tijdens de spiegelbijeekkomst bespreken vertegenwoordigers van de deelnemende ziekenhuizen de benchmark rapportages van de waarde van de zorg (uitkomsten en zorgactiviteiten) en de verbeterplannen van de ziekenhuizen. Daarbij zal ook een patiëntvertegenwoordiger van de Borstkanker Vereniging Nederland aanwezig zijn om het patiëntperspectief op onderdelen in te brengen/toe te lichten. Een interessante optie kan zijn een patiënt op te nemen in het interne verbeterteam in het ziekenhuis om het verbeterplan op te stellen en uit te voeren.
2.9 Geen volumeplafond	Wat is de meerwaarde van het ontbreken van een volumeplafond?	We willen dat de huidige financiële afspraken geen belemmering vormen als meer verzekeren, op basis van transparante kwaliteitsinformatie, kiezen om naar een van de deelnemers te gaan.
2.10 Vergoeding	Hoe wordt de bundel vorm gegeven?	In 2019 starten we met een bundel voor de operatieve behandeling van borstkanker gedurende de eerste twee jaar na de primaire ingreep. De bundel betreft, naast de primaire borstkankeroperatie, ook heroperaties ivm positieve snijvlakken, lymfeklierverwijdering, complicaties en reconstructie. De dure geneesmiddelen (DGM), systemische - en radiotherapeutische behandeling zijn geen onderdeel van de bundel.
2.10 Vergoeding	Valt de 'DIEP' in de groep 'reconstructie' bij de bundel?	De bundel is in het definitieve inkoopdocument aangepast. Per deelnemende zorgaanbieder wordt 1 bundel voor de operatieve behandeling gehanteerd. Het tarief voor deze bundel wordt gebaseerd op de volumes van DBC zorgproducten in het ziekenhuis in 2018 per geopereerde patient. Als een patient een DIEP heeft gekregen, wordt er een 'add on' bovenop de bundelprijs gehanteerd die het verschil tussen een reconstructie met prothese en een reconstructie met DIEP dekt. Op deze manier wordt met de hantering van de bundel de groei van DIEP reconstructie niet afgeremd. Deze 'add on' wordt vastgesteld door het gemiddelde prijsverschil tussen de reconstructie met prothese en de reconstructie met DIEP.
2.10 Vergoeding	Als je kijkt naar de kwaliteitsindicator borstcontourbehoud kunnen de meeste ziekenhuizen niet verbeteren en daarmee krijgen ze hier geen punten voor. Wat meten we dan aan verbetering?	Bij borstcontourbehoud geldt inderdaad niet dat een hoger percentage altijd beter is. Dit is de reden dat bij borstcontourbehoud in 2019 alleen ziekenhuizen worden gestimuleerd tot een hoger percentage te komen als ze onder de p25 zitten (dit betekent minder dan 65% borstcontourbehoud). Ziekenhuizen die reeds aan deze norm voldoen in 2018 en 2019 krijgen voor deze indicator 1 punt in de weging.
2.10 Vergoeding	De bundel bevat de primaire ingreep en opvolgende ingrepen tot 2 jaar na de primaire ingreep. Betekent dit dat er pas begin 2022 zicht zou zijn op de financiële resultaten van dit traject?	Het klopt inderdaad dat de afrekening over 2019 pas in 2022 plaats kan vinden.
2.10 Vergoeding	Waarom zit er een limiet aan de duur van het traject?	Er zit een limiet aan de duur van de bundel i.v.m. de afrekening van de bundel. De duur van het hele waardegerichte inkooptraject is 3 jaar. Alle patiënten verzekerd bij Menzis die geopereerd worden i.v.m. een primaire borstkanker in de periode 2019-2022 worden geïncludeerd in het inkooptraject. De patiënten die in het laatste jaar, 2021, worden geïncludeerd, worden gevolgd tot 2023.
Dure Geneesmiddelen	Spelen dure geneesmiddelen een rol in dit traject?	Nee, de dure geneesmiddelen zijn uitgesloten van de bundel en van de vrij volume afspraak. De afspraken over DGM zijn onderdeel van de reguliere afspraken tussen de zorgaanbieder en Menzis.
Bijlage 4. Samen Beslissen en Bijlage 5. Een vast aanspreekpunt	De percentages die bij PREM indicatoren worden genoemd zijn dermate dat dit niet reëel is. Wij willen ervoor pleiten dat je verbetering zou moeten laten zien, maar geen norm opstellen.	De percentages die bij de PREM indicatoren worden genoemd zijn de gemiddelde scores van alle ziekenhuizen op deze indicatoren. Het is zeker niet als norm bedoeld. Menzis stelt geen norm per PREM item, maar wil een verbetering per item stimuleren. Zowel bij Samen Beslissen als bij Eén contactpersoon gebruiken we, naast de score op de PREM indicatoren, enkele structuur indicatoren die specifiek voor dit inkooptraject aan de deelnemers worden gevraagd. De beoordeling van verbetering op Samen Beslissen en Eén contactpersoon is een combinatie van de PREM indicatoren en de structuur indicatoren.
Bijlage 4. Samen Beslissen en Bijlage 5. Een vast aanspreekpunt	Moeten we met iedereen ook de ablatio duidelijk bespreken (met/zonder reconstructie) als sparende behandeling uitstekend te doen is? Zo niet dan zullen vele patiënten aangeven geen keuze gekregen te hebben, maar slechts 1 voorstel.	In de PREM worden enkele vragen gesteld over het opstellen van het behandelplan. Indien een ablatie geen reële behandeloptie is, ligt het in de rede dat deze optie niet met de patient wordt besproken bij het opstellen van het behandelplan. De vraag in de PREM hierover is: "Is u verteld wat de voor- en nadelen van verschillende behandelingen of operaties zijn? (zoals pijn of ongemak, de hersteltijd, bijwerkingen en het resultaat)" Het lijkt niet waarschijnlijk dat een patient, waarbij ablatie geen reële behandeloptie is, op deze vraag een negatief antwoord geeft.
Bijlage 4. Samen Beslissen en Bijlage 5. Een vast aanspreekpunt	Het realiseren van een aanspreekpunt en het versterken van thema Samen Beslissen kost tijd en dus geld; komt deze vergoeding vanuit Menzis?	Vanuit het waardegericht inkooptraject voor patiënten met borstkanker is hier geen aparte vergoeding voor beschikbaar.