



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 zorgaanbieders. Hieruit kan geconcludeerd worden dat er ruimte is voor verbetering van de waarde van RA-zorg.

Het doel van het inkooptraject is te komen tot betere uitkomsten en lagere kosten van de zorg voor patiënten met RA. Daarvoor is het van belang dat relevante uitkomsten van zorg gemeten worden en inzicht in de variatie hiervan verkregen wordt. Daarom ligt met name in het eerste jaar van het traject het accent op het registreren, verzamelen en analyseren van uitkomsten 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. 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 SKR eind 2018/begin 2019 (DAS28 data 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 zorgaanbieders. Zorgaanbieders leveren eind 2018/begin 2019 gegevens aan DQRA aan over 2017 en in de loop van 2019 over 2018. Hierbij wordt in ieder geval de DAS28 (CRP) op patiëntniveau aangeleverd, inclusief casemix variabelen. Navraag leert dat er zorgaanbieders zijn die de DAS 28 data reeds op patiëntniveau uit hun ziekenhuis informatie systemen kunnen extraheren. Er zijn echter ook zorgaanbieders waar dit nog niet mogelijk is. Vanuit het waardegerichte inkooptraject kunnen deze zorgaanbieders ondersteuning krijgen bij het extraheren van de DAS28 data op patiëntniveau. Deelnemende zorgaanbieders geven toestemming om gegevens over b.v. diagnose, ICD- 10 diagnose, poliklinische bezoeken en casemix uit de Dutch Hospital Data (DHD) aan te leveren aan de DQRA. Daarnaast wordt gevraagd 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 welke wordt uitgevoerd door een onafhankelijke partij (izi). Op spiegelbijeenkomsten bespreken de deelnemende zorgaanbieders onder begeleiding van izi 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 voor DGM per RA-patiënt 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 zorgaanbieders behoren.

Samenvattend zijn de potentiële voordelen voor zorgaanbieders om deel te nemen aan het traject:

- Ondersteuning bij het beschikbaar krijgen van uitkomst informatie uit het eigen ziekenhuis indien daar een knelpunt ligt;
- Inzicht in de waarde van zorg die wordt geleverd;
- Benchmarking van de uitkomsten en kosten van zorg met andere zorgaanbieders;
- Deelname aan 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. Op 5 september 2018 heeft een informatiebijeenkomst plaatsgevonden met een aantal geïnteresseerde zorgaanbieders. Op basis van de input uit deze bijeenkomst en de vragen en opmerkingen die via andere kanalen bij Menzis zijn neergelegd, heeft Menzis het definitieve inkoopdocument opgesteld (het onderhavige document).

In de tweede helft van oktober 2018 ontvangen alle zorgaanbieders die aan de inclusiecriteria voldoen per mail de definitieve uitnodiging tot inschrijving. De inschrijving voor het traject kan plaatsvinden tot 23 november 2018.

Begin 2019 wordt de eerste spiegelbijeenkomst voor deelnemende aanbieders gepland. Tijdens de bijeenkomst zullen bevindingen over uitkomsten, kosten en gebruik van DGM, 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.

Medio 2019 wordt een volgende spiegelbijeenkomst georganiseerd, waarvan het programma vooral gericht is op de (voortgang van de) verbeterplannen voor 2019 en voor zover beschikbaar 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 behandelingsmethode 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.

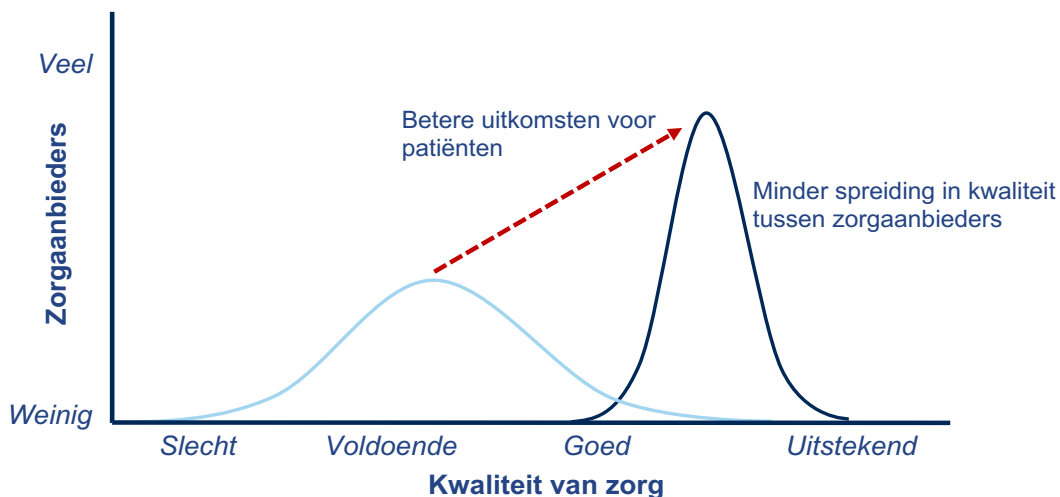
Bij de waardegerichte inkoopafspraken voor een behandeling gaat het om voor de patiënt relevante uitkomsten van zorg (kwaliteit) in relatie tot de kosten van deze zorg. Wanneer de verhouding tussen de uitkomst van de zorg en de kosten van de zorg gunstiger wordt, stijgt de waarde van de zorg.


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

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. Hiermee beogen we te bereiken dat de uitkomsten van de zorg bij alle zorgaanbieders verbetert (shifting the curve to the right, figuur 1).



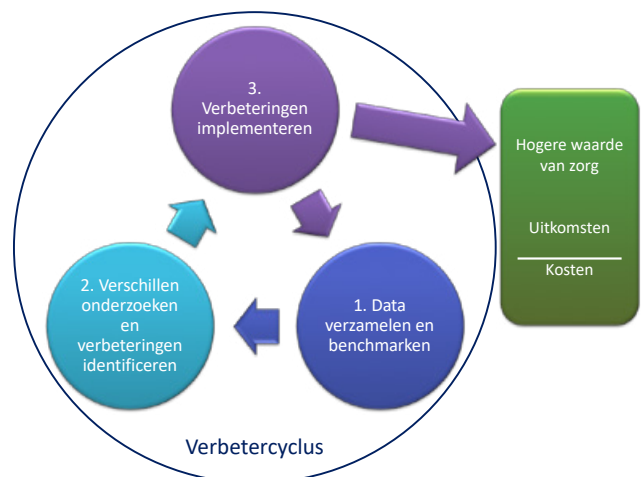
Figuur 1. Shifting the curve to the right

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, populatiebepoestiging 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, 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.



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

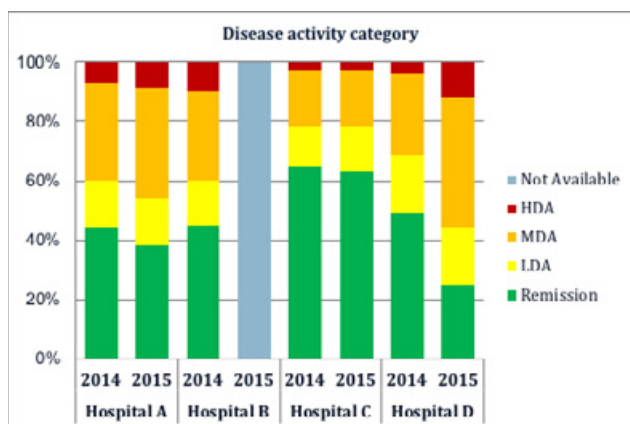
¹ Govaert et al (2015). Reducing Healthcare Costs Facilitated by Surgical Auditing: A Systematic Review. *World J Surg* 39:1672–1680.

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

In figuur 3 zijn de uitkomsten op ziekteactiviteit van 4 ziekenhuizen te zien die over 2014 en 2015 de DAS28 hebben aangeleverd bij de DQRA. Het percentage patiënten dat in remissie is (groen gekleurd) verschilt duidelijk tussen de ziekenhuizen.

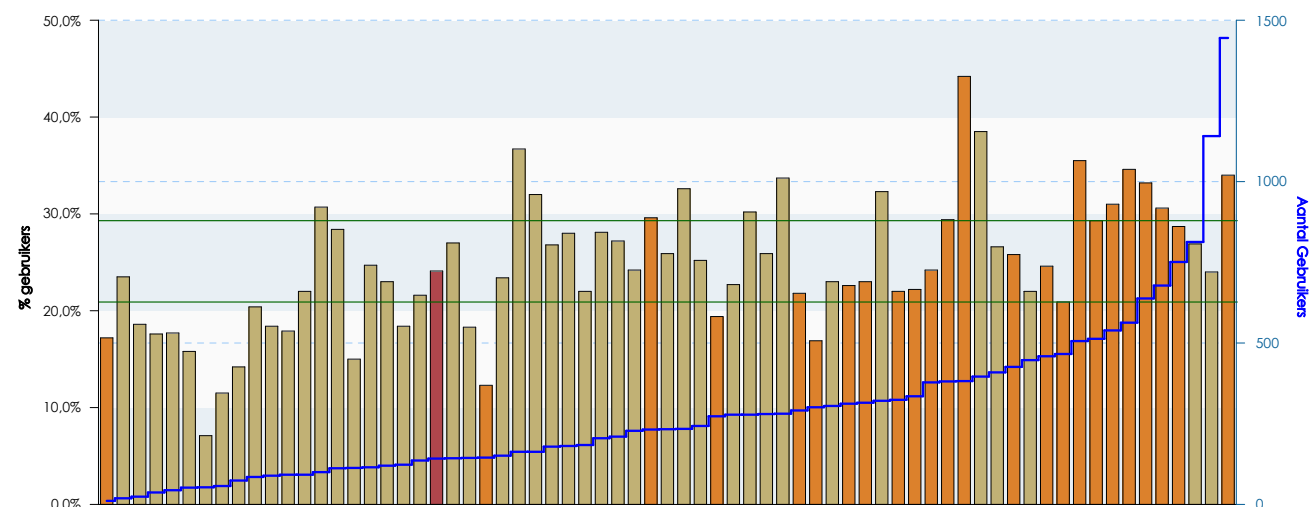


Figuur 3. Ziekteactiviteit van patiënten met RA in vier ziekenhuizen in 2014 en 2015 (Bron: DQRA)

Ook de behandeling en de kosten van de behandeling van patiënten met Reumatoïde artritis verschilt tussen zorgaanbieders. In figuur 4 is het percentage gebruikers van DGM per ziekenhuis weergegeven, welke varieert van ca. 15% tot 35%. Deze data over uitkomsten en behandeling suggereren dat er een verbeterpotentieel is in de waarde van zorg voor patiënten met reumatoïde artritis.

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.



Figuur 4. Percentage RA-patiënten dat DGM krijgt per zorgaanbieder in Nederland in 2017 (Bron: Vektis, Monitor gepast gebruik dure geneesmiddelen 2017)

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

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. 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).

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

2. Kernpunten waardegericht inkopen van behandeling reumatoïde artritis

- Doelstellingen
- Aanpak
- Deelnemers
- Behandeling
- Uitkomstindicatoren
- Transparantie
- Kostendrijvers
- Spiegelbijeenkomsten en verbetercyclus
- Vergoeding

2.1 Doelstelling waardegerichte inkooptraject

In dit inkooptraject staan de volgende primaire en secundaire doelstellingen centraal.

Primaire doelstellingen:

1. Verbeteren uitkomsten van zorg, waarbij de focus ligt op de ziekteactiviteit en de door de patiënt ervaren uitkomsten van zorg (PROMs).
2. Beheersing kosten van zorg, met de focus op optimalisatie van biologicals gebruik.⁵

Secundaire doelstellingen:

1. Het meten van en inzicht krijgen in relevante uitkomstmaten, te weten de DAS28 en PROMs. Deze doelstelling is randvoorwaardelijk om de primaire doelstelling van dit inkooptraject te kunnen realiseren. Daarom ligt de focus in het eerste jaar van het traject vooral op deze doelstelling.
2. Inzicht in de ervaringen van de patiënten met het zorgproces (structuur en proces). Hiervoor wordt een (waarschijnlijk) nieuw opgezette PREM gebruikt.
3. Zoeken naar de optimale verhouding tussen kwaliteit en kosten bij de behandeling van patiënten met reumatoïde artritis.

2.2 Aanpak op hoofdlijnen

De aanpak is erop gericht om (gefaseerd) te komen tot een situatie waarin zorgaanbieders de uitkomsten van zorg transparant gebruiken om de zorg continu te verbeteren. Hiervoor wordt een meerjarenafspraak gemaakt met de volgende fasering voor de periode 2019-2021.

Gericht op uitkomsten:

- 2019: DAS28 over de jaren 2017 en 2018 verzamelen en analyseren. Deze wens vanuit de NVR (SKR) wordt door Menzis gefaciliteerd met ondersteuning van extractie uit het EPD en beloning voor betrouwbare registratie van de DAS28. Tevens faciliteert Menzis spiegelinformatie en spiegelbijeenkomsten voor het vertrouwelijk delen van uitkomsten tussen deelnemers ten behoeve van de verbetercyclus van de deelnemers.
- 2019-2020: Begrip krijgen voor de verschillen tussen zorgaanbieders die uit de spiegelinformatie naar voren komt. Tevens starten met de meting van PROMs.
- 2020-2021: Gebruiken van de uitkomsten om inzicht te krijgen in (de verbetering van) de uitkomsten en daarmee de waarde van zorg van de deelnemers. Daarnaast uitbreiden van de meting van PROMs.

Fasering gericht op de beheersing van de kosten:⁶

- 2019: De start is het inzichtelijk maken en bespreken van de (volumes van de) meest relevante zorgactiviteiten (diagnostiek, polikliniekbezoeken, dure geneesmiddelen, etc.) op basis van beschikbare spiegelinformatie. Deelnemers worden gestimuleerd om de (verdere) mogelijkheden voor optimalisatie van biologicals gebruik te onderzoeken en te implementeren.
- 2019-2020: Het bespreken van verschillen tussen zorgaanbieders op basis van een benchmark waaruit mogelijk verbeterpotentieel naar voren komt.
- 2020-2021: Het monitoren van veranderingen in de volumes van zorgactiviteiten.

⁵ Richtlijn doelmatig gebruik van biologicals bij reumatoïde artritis, axiale spondyloartritis en artritis psoriatica. 2014 update. Nederlandse Vereniging voor Reumatologie

⁶ Bij kosten wordt in dit traject naar kostendrijvers gekeken. Dit betreft de zorgactiviteiten, zoals diagnostiek, polikliniekbezoeken en DGM.

2.3 Deelnemers

Zorgaanbieders die zorg voor RA-patiënten aanbieden kunnen meedoen als zij aan een aantal voorwaarden voldoen⁷.

- 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 december 2018/ januari 2019 (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 spiegelbijeenkomsten).
- De zorgaanbieder neemt jaarlijks deel aan twee spiegelbijeenkomsten met ten minste een reumatoloog en een organisatorisch verantwoordelijke (bv. zorgmanager) en doorloopt jaarlijks één of meerdere verbetercycli. De zorgaanbieder stelt na de eerste spiegelbijeenkomst een verbeterplan op voor 2019.
- Onderdeel van het inkooptraject is een shared savings afspraak. De uitwerking van deze shared savings afspraak, die in paragraaf 2.9 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.

2.4 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, worden beide codes in de rapportage over 2018 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).

2.5 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 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 conform de specificaties van de SKR (Stichting

⁷ Als een aanbieder besluit niet deel te nemen aan dit inkooptraject wordt de contractering van RA-zorg meegenomen in de reguliere contractering.

Kwaliteitsbevordering Reumatologie Nederland). Vervolgens kunnen deze 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.

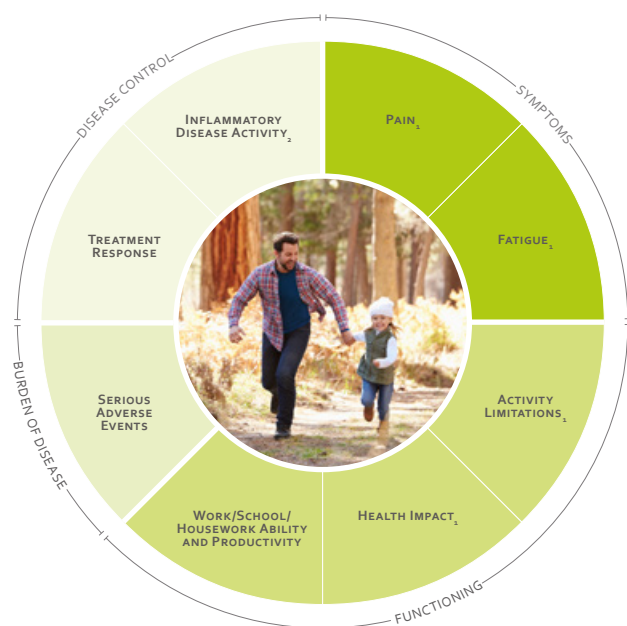
Hieronder wordt een nadere toelichting op de verschillende uitkomsten uit de ICHOM set gegeven.

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.

Voor de aanlevering van de DAS28 wordt aangesloten op de specificaties zoals de SKR deze heeft opgesteld voor data aanlevering RA Reumatologie. De specificatie is opgenomen als bijlage 2 in dit document. Door het overnemen van deze specificaties wordt voorkomen dat de dataverzameling af kan wijken van een eventueel toekomstig traject van een andere zorgverzekeraar.⁸ Het eerste jaar waarover de DAS28 wordt verzameld en gebruikt in het inkooptraject is 2017 (verzameld december 2018-januari 2019 door de SKR). Er wordt ingezet op het extraheren van de DAS28 onderdelen uit het EPD en het verzamelen van casemix en biological gebruik data bij zoveel mogelijk patiënten per deelnemend ziekenhuis. Navraag leert dat er zorgaanbieders zijn die de DAS28 data reeds op patiëntniveau uit hun ziekenhuis informatie systemen kunnen extraheren. Er zijn echter ook zorgaanbieders waar dit nog niet gelukt is. Vanuit het waardegerichte inkooptraject kunnen deze deelnemers ondersteuning krijgen bij het extraheren van de DAS28 uitkomstdata op patiëntniveau. Er wordt geen minimum respons percentage gehanteerd. De uitkomsten worden besproken op de eerste spiegelbijeenkomst begin 2019. De DAS28 data over 2018 (de nulmeting) worden door de SKR in de eerste helft van 2019 verzameld. Het streven is om over het jaar 2018 per ziekenhuis van minimaal 70% van de patiënten met RA een DAS28 beschikbaar te hebben.



⁸ Menzis staat er voor open dat andere zorgverzekeraars zich aansluiten bij het Menzis inkooptraject.

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)

Voor de data over 2019 wordt een minimumrespons percentage gehanteerd dat in afstemming met de deelnemers wordt vastgesteld.

Deelnemende zorgaanbieders leveren de DAS28 data over 2017 aan de SKR geanonimiseerd op patiënt niveau aan. Het heeft de sterke voorkeur om de casemix en biological data ook geanonimiseerd op patiënt niveau aan te leveren. Als dit over 2017 nog niet mogelijk is, worden deze data op ziekenhuis niveau geaccepteerd. Bij de data vanaf 2018 wordt alles op patiënt niveau aangeleverd aan de SKR.

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 ReumaNederland) en deelnemende zorgaanbieders plaats. Menzis wil graag begin 2019 een afspraak hierover maken met de deelnemende zorgaanbieders zodat de deelnemers de PROM registratie kunnen voorbereiden en opstarten in de loop van 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.

2.6 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.

2.7 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. De kosten van DGM worden op twee manieren meegenomen in de benchmark gegevens: de kosten DGM per RA-patiënt en de kosten DGM per gebruiker van DGM. 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.

Binnen de DBC-zorgproducten gaat het onder meer over de zorgactiviteiten polikliniekbezoeken, diagnostiek en verpleegdagen. Deze informatie wordt gebaseerd op de declaratiedata van Menzis. 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.

2.8 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 izi, de partij die als trusted third party optreedt in dit traject. Deze data vormt de basis voor de spiegelbijeenkomsten.

Spiegelbijeenkomsten

Van elke deelnemende zorgaanbieder nemen ten minste één reumatoloog en één organisatorisch verantwoordelijke deel aan de spiegelbijeenkomsten met andere deelnemers die twee keer per jaar plaatsvinden. Bij de spiegelbijeenkomsten zal ook een afvaardiging vanuit de NVR, ReumaNederland en Menzis aanwezig zijn. Onder leiding van izi 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.

Begin 2019 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.

Medio 2019 vindt een volgende spiegelbijeenkomst plaats, waarin de uitkomsten en kostendrijvers van 2018 centraal staan voor zover die op dat moment beschikbaar zijn. 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 na de eerste spiegelbijeenkomst 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 tijdspad 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. In bijlage 3 wordt uiteen gezet hoe de marge wordt toegepast.

2.9 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 grote 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 afspraak waarbij besparingen in de kosten van zorg deels als shared savings terugvloeien naar de deelnemende zorgaanbieders. Dit zal er naar verwachting toe leiden dat de verschillen tussen zorgaanbieders afnemen. De verschillen in kosten per patiënt worden voornamelijk bepaald door de DGM. In vergelijking daarmee zijn de verschillen in gedeclareerde DBC Zorgproducten per patiënt beperkt. Daarom is gekozen voor een financiële afspraak met shared savings voor doelmatige zorg die zich richt op de kosten van DGM. Samengevat is de vergoeding voor RA-zorg in dit inkooptraject als volgt:

- Iedere deelnemer ontvangt eenmalig opstartgeld á € 5.000 die de deelnemer kan behouden als aan enkele voorwaarden wordt voldaan;
- Iedere deelnemer kan delen in besparingen op DGM. Van de zelf gerealiseerde besparing ontvangt de deelnemer 30% terug. Daarnaast gaat 40% van de netto besparing van alle deelnemers naar een gemeenschappelijke pot, waarvoor de deelnemers in aanmerking kunnen komen.

- Als een zorgaanbieder geen besparing realiseert op de gemiddelde kosten per RA-patiënt voor DGM, maar de kosten omhoog gaan, worden deze kosten volgens de vigerende contractafspraken tussen Menzis en de zorgaanbieder vergoed.

Enmalige opstartgeld voor aanleveren DAS28 data

Voorafgaand aan het eerste jaar van het inkooptraject stelt Menzis eenmalig € 5.000 opstartgeld beschikbaar aan alle deelnemers voor het aanleveren van DAS28 data over de jaren 2017 en 2018. De aanbieder mag dit bedrag behouden als aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- Aanlevering van de DAS28 data aan de SKR conform de specificaties van de SKR; en
- Een besparing op de gemiddelde kosten DGM bij RA-patiënten gerealiseerd in 2019 t.o.v. 2018 en/of behorend tot de top 25% aanbieders in Nederland van RA-zorg met de laagste gemiddelde kosten voor DGM per RA-patiënt (gecorrigeerd voor casemix variabelen) in 2019 (Bron: Vektis).

Indien niet aan deze voorwaarden wordt voldaan, heeft de deelnemer de verplichting om dit bedrag terug te betalen aan Menzis.

Shared savings op basis van gerealiseerde besparingen

Bij DGM voor patiënten met RA kan op verschillende manieren een besparing op de gedeclareerde kosten per patiënt optreden. Een deel hiervan wordt in de vorm van shared savings aan de deelnemende zorgaanbieders terug gegeven. Dit is weergegeven in figuur 5.

Besparing die *geen* onderdeel is van de shared savings

1. Prijs DGM A daalt in de Menzis prijslijst

2. Van DGM A biological overstappen op DGM A biosimilar

Patiënt met DGM A

Besparing die *wel* onderdeel is van de shared savings

3. Dosisoptimalisatie. Lagere dosering of stoppen DGM A

4. Van DGM A naar goedkoper DGM B

Figuur 5. Schema van de besparingen die wel en niet onderdeel zijn van de shared savings.

1. De prijs voor het DGM gaat naar beneden in de Menzis 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 voor de zorgaanbieders;
2. Op de Menzis-DGM-prijslijst worden originele biologicals en biosimilars (b.v. Remicade en Inflectra of Remsima) altijd gelijk geprijsd. Dit betekent dat het overzetten van een biological op een biosimilar niet leidt tot besparing op de gedeclareerde kosten en daarmee ook geen bijdrage levert aan de shared savings voor zorgaanbieders;
3. Optimalisatie van biologicals gebruik: Het verlagen van de dosering of het stoppen van een DGM leidt tot een besparing die wel meegenomen wordt in de shared savings voor zorgaanbieders (op basis van prijzen 2019);
4. Overstappen op een ander DGM met lagere kosten per jaar (op basis van prijzen 2019). Ook deze besparing wordt meegenomen in de shared savings.

De optimalisatie van biologicals gebruik kan leiden tot extra kosten voor DBC-zorgproducten (bv. extra polikliniekbezoeken). De shared savings zijn mede bedoeld om deze meerkosten te financieren.

Vormgeving van de shared savings

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

- Een substantieel deel van de besparing (30%) gaat naar de zorgaanbieder als tegemoetkoming 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.
- Alle zorgaanbieders, ook degene die zelf niet of nauwelijks meer kunnen besparen op de kosten voor DGM, kunnen aanspraak maken op een bedrag uit de gezamenlijke pot (40%). Hiervoor moet de zorgaanbieder voldoen aan de criteria die in tabel 2 zijn opgenomen.
- Een deel van de besparing moet bij de premiebetaler terecht komen (30%).
- 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.

In bijlage 4 wordt in detail uiteengezet hoe de shared savings over de deelnemers en Menzis verdeeld wordt.

Tabel 2. Criteria voor een bedrag uit de gezamenlijke pot

	criterium	2019	2020	2021
1	Aanlevering (uitkomsten)data conform specificaties	X	X	X
2	Gemiddelde kosten van DGM bij RA-patiënten lager dan de mediaan van de Nederlandse aanbieders van RA-zorg	X		
3	Verbetering van de waarde van zorg gerealiseerd		X*	X*
4	Waarde van zorg behorend tot de top 25% landelijk**		X*	X*

* Bij criterium 2 en 3 dient ten minste aan één van de twee criteria voldaan te worden in 2020 en 2021. In bijlage 3 is opgenomen hoe waarde van zorg gedefinieerd wordt in 2020 en 2021

** Waarde van zorg o.b.v. DAS28, PROM en kostendrijvers vast gesteld bij ten minste 20 zorgaanbieders landelijk (bronnen DQRA, Vektis data en declaratiedata Menzis). Indien het aantal zorgaanbieders landelijk lager is dan 20, wordt de top 25% gebaseerd op de deelnemende zorgaanbieders

3. Fasering en planning

- Fasering
- Inkoopdocument
- Inschrijving
- Eerste spiegelbijeenkomst
- Nulmeting
- Tweede spiegelbijeenkomst
- Doorontwikkeling

3.1 Fasering en planning

Het traject kent 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. 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. Op 5 september 2018 heeft een informatiebijeenkomst plaatsgevonden waarbij 8 zorgaanbieders, de NVR en ReumaNederland aanwezig waren. Op basis van de input uit deze bijeenkomst heeft Menzis in afstemming met de NVR het definitieve inkoopdocument opgesteld (het onderhavige document).

3.3 Inschrijven voor het traject

19 oktober 2018 ontvangen alle zorgaanbieders die aan de inclusiecriteria voldoen per mail de definitieve uitnodiging tot inschrijving. De inschrijving voor het traject kan via een link in de betreffende mail plaatsvinden tussen 19 oktober en 23 november 2018.

3.4 Eerste spiegelbijeenkomst

In het eerste kwartaal van 2019 wordt de eerste spiegelbijeenkomst georganiseerd onder leiding van izi, 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, 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 binnen een maand na de spiegelbijeenkomst op te sturen aan Menzis.

3.5 Nulmeting

De nulmeting van de uitkomsten vindt plaats over de gegevens uit 2018 die in 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 Tweede spiegelbijeenkomst

Medio 2019 wordt een volgende spiegelbijeenkomst gepland onder leiding van izi. 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 voor zover op dat moment beschikbaar.

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.

Bijlagen

Bijlage 1. Geconsulteerd tijdens de voorbereiding van dit inkoopdocument

- 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 waardeergericht inkopen van zorg voor patiënten met RA versie 1.3)
- Patiëntenfederatie Nederland

Bijlage 2. Specificatie voor aanlevering DAS28-CRP aan DQRA

Tabel 1 Casemix en biological gebruik (1 regel per patiënt)

#	Veldnaam	Leeg veld toegestaan	Datatype	Max. Lengte	Opmerkingen	Waarde indien onbekend
1	Uzofi_code_verzekeraar	Nee	Numeriek	4	Uzofi code verzekeraar	
2	Patientcode	Nee	Alfanumeriek	20	Patient identifier (anoniem, maar nodig voor koppeling met tabel 2)	
3	DBC_code	Nee	Alfanumeriek	3	DBC-code. Geldige waarden zijn 101 of 117	
4	Geslacht	Nee	Alfanumeriek	1	M of V. Het geslacht mag ook O zijn wanneer dit onbekend is.	O
5	Geboortejaar	Nee	Numeriek	4	Geboortejaar van de patiënt, vier cijfers	
6	Jaar_diagnose_RA	Ja	Numeriek	4	Jaar waarin diagnose RA is gesteld(indien beschikbaar)	
7	Rf_antiCCP_bekend	Nee	Alfanumeriek	1	Rf of anti-CCP bekend. Geldige waarden zijn J of N	
8	Rf_antiCCP_positief	Ja	Alfanumeriek	1	Rf of anti-CCP positief. Geldige waarden zijn J of N	Veld leeg laten
9	Aantal_contacten	Ja	Numeriek	3	Aantal poliklinische en/of klinische contacten in kalenderjaar.	Veld leeg laten
10	B_DMARD	Nee	Alfanumeriek	1	Gebruik b-DMARD op enig moment in kalenderjaar. Geldige waarden zijn J of N.	

Tabel 2 Das-metingen

Bevat alle DAS-metingen van patiënten met DBC code 101 in betreffende ziekenhuis verzameld op 1 regel per DAS-meting.

#	Veldnaam	Leeg veld toegestaan	Datatype	Max. Lengte	Opmerkingen	Waarde indien onbekend
1	Patientcode	Nee	Alfanumeriek	20	Patient identifier (anoniem, maar nodig voor koppeling met tabel 1)	
2	Datum_DAS_meting	Nee	Numeriek	8	EEJJMMDD	
3	VAS_global	Nee	Numeriek	3		
4	VAS_pijn	Nee	Numeriek	3		
5	Aantal_pijnlijke_gewrichten	Nee	Numeriek	2		
6	Aantal_gezwollen_gewrichten	Nee	Numeriek	2		
7	CRP	Nee	Alfanumeriek	3	o wordt beschouwd als: niet verricht. Uitslag <1 zal als 1 worden berekend.	
8	BSE	Nee	Alfanumeriek	3	o wordt beschouwd als: niet verricht.	

Bijlage 3. Omschrijving waarde van zorg in 2020 en 2021

In paragraaf 2.9 'Vergoeding voor RA-zorg' is aangegeven dat deelnemers in aanmerking komen voor een bedrag uit de gezamenlijke pot als zij aan de daarvoor geldende criteria voldoen. In 2020 en 2021 is dit, naast de aanlevering van uitkomstdata, het realiseren van een verbetering in de waarde van zorg en/of tot de top 25% in Nederland behorend wat betreft de waarde van zorg. De waarde van zorg wordt in 2020 en 2021 gedefinieerd als een combinatie van DAS28, PROMs en kostendrijvers.

Verbetering waarde van zorg

Om vast te stellen of de waarde van zorg verbeterd is, wordt bepaald of de DAS28 en de PROMs verbeterd zijn en of de omvang van de kostendrijvers verlaagd is. Het gewicht van deze drie elementen is in tabel 3 weergegeven. De uitkomsten bepalen driekwart van de waarde van zorg. Indien de uitkomsten of kostendrijvers verslechteren gelden dezelfde gewichten.

Tabel 3. Gewicht van de elementen van de waarde van zorg in 2010 en 2021

Element waarde van zorg	Gewicht in 2020	Gewicht in 2021
DAS28	6	3
PROMs		3
Kostendrijvers	2	2

De DAS28 is onderdeel van de waarde van zorg in 2020 en 2021. Bij de DAS28 wordt gekeken naar zowel het percentage patiënten in remissie als de gemiddelde DAS28 score van alle patiënten. De meting van de PROMs start vanaf 1 januari 2020. Dit betekent dat de PROM uitkomsten van 2020 de nulmeting zijn en in 2021 voor het eerst bepaald kan worden of de uitkomsten van de PROM verbeterd zijn.

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 meetonnauwkeurigheid en toeval fluctuaties beperkt wordt. Dit heeft tot gevolg dat bij een kleine achteruitgang of vooruitgang niet direct sprake is van verslechtering of verbetering.

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 werkt geven we een voorbeeld met de DAS28 met fictieve getallen. Bij het best presterende ziekenhuis is het percentage patiënten dat in remissie is 65% (DAS28 < 2,6). Bij ziekenhuis X is het percentage 60% en bij ziekenhuis Y 45%. Het verbeterpotentieel van ziekenhuis X is 5%, dus bij een score van meer dan 61% 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 de gemiddelde score met 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.

Waarde van zorg in top 25%

Van elke zorgaanbieder van RA-zorg in Nederland wordt bepaald wat de waarde van de geleverde zorg is op basis van elementen en de gewichten die in tabel 3 zijn opgenomen. De zorgaanbieder met de laagste score op bv. de DAS28 krijgt 0 punten, de zorgaanbieder met de hoogste score 3 punten. Aan de overige zorgaanbieders wordt naar rato van de score op de DAS28 een score tussen de 0 en 3 punten toegekend.

De scores van de DAS28, de PROMs en de kostendrijvers worden per zorgaanbieder opgeteld. Op basis van de totaalscore per deelnemer wordt bepaald welke deelnemers tot de top 25% in Nederland behoren. Als er van minder dan 20 zorgaanbieder in Nederland een score op de waarde van zorg bepaald kan worden, heeft de top 25% betrekking op de deelnemers van het inkooptraject.

Bijlage 4. Detailuitwerking shared savings afspraak

Hieronder wordt in detail de shared savings afspraak uiteen gezet. Dit wordt geïllustreerd aan de hand van een voorbeeld.

Uitwerking in stappen voor 2019

- De shared savings afspraak wordt gebaseerd op de verbetering in de gemiddelde kosten van DGM per patiënt met RA tussen 2019 en 2018 o.b.v. de volumes die zijn gedeclareerd bij Menzis. Het percentage patiënten dat DGM krijgt per zorgaanbieder in 2018 en 2019 wordt gemonitord om wijzingen hiervan in relatie tot de kosten DGM per patiënt inzichtelijk te krijgen.
- De volumes worden gewaardeerd tegen het prijsniveau 2019 (Menzis-DGM-prijslijst 2019).
- De verzekerden die worden geïncludeerd, 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.⁹
- Het netto besparingsbedrag van de deelnemende zorgaanbieders 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 in kosten van DGM per gebruiker ontvangt 30% van zijn besparing terug; de resterende netto besparing wordt in de verhouding 40%-30% verdeeld tussen de gemeenschappelijke pot en de Menzis verzekerden (Menzis).
- De uitkering vanuit de gemeenschappelijke pot in 2019 vindt plaats o.b.v. het volgende criterium. Het ziekenhuis levert over 2017, 2018 en 2019 DAS28 data aan conform de specificaties die in paragraaf 2.5 zijn beschreven.

⁹ 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.

Hierdoor kan gemonitord worden of de uitkomst van zorg voor patiënten niet achteruit gaat. In 2020 en 2021 wordt dit criterium aangevuld met het realiseren van een verbetering van de waarde van zorg (zoals gedefinieerd in paragraaf 2.8) of behorend tot de top 25% deelnemers die de hoogste waarde van zorg realiseren.

Dit is weergegeven in tabel 2 in paragraaf 2.9.

- De deelnemers ontvangen een bedrag uit de gezamenlijke pot naar rato van het aantal Menzis verzekerden met RA die in 2018 behandeld zijn.

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 afspraak over een maatwerk-oplossing kan worden gemaakt.

In tabel 4 is een fictief voorbeeld opgenomen van de kosten van DGM bij RA-patiënten in 2018 en 2019 van vier 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 vier ziekenhuizen een netto besparing gerealiseerd van € 150.000. Deze besparing komt in de gezamenlijke pot. Dit bedrag wordt in enkele stappen over de deelnemers en Menzis verdeeld (zie tabel 5). 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 € 140.000 ontvangt, te weten € 42.000, en ziekenhuis C 30% van € 40.000, te weten € 12.000.

In de gezamenlijke pot resteert netto € 96.000. Dit bedrag wordt in stap 2 in de verhouding 40- 30 verdeeld tussen de zorgaanbieders die hiervoor in aanmerking komen en Menzis. Zorgaanbieders C en D ontvangen op basis van hun kosten DGM per patiënt (lager dan de mediaan van alle deelnemers) gezamenlijk € 54.857. Ziekenhuis C ontvangt naar rato van het aantal Menzis patiënten in 2018 hiervan € 35.392 en ziekenhuis D € 19.465. Menzis ontvangt in dit voorbeeld € 41.143.

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.

Tabel 4. Fictief voorbeeld gemiddelde kosten DGM bij RA-patiënten van 4 ziekenhuizen.

	# Menzis gebruikers DGM*		Gemiddelde omzet DGM per gebruiker DGM		Besparing	
	2018	2019	2018**	2019	Per gebruiker	totaal
Ziekenhuis A	140	130	€ 12.000	€ 11.000	-€ 1.000	-€ 140.000
Ziekenhuis B	80	80	€ 10.500	10.500	€ 0	€ 0
Ziekenhuis C	200	200	€ 9.000	€ 8.800	-€ 200	-€ 40.000
Ziekenhuis D	110	120	€ 8.000	€ 8.250	€ 250	€ 30.000
Totaal	530	530				-€ 150.000

* het volume 2018 is gewaardeerd tegen de prijzen 2019

Tabel 5. Berekening shared savings van deelnemende ziekenhuizen*

	Stap 1	Stap 2	Totaal per deelnemer
	30% eigen besparing	40-30 verdeling deelnemers-Menzis van netto besparing	
Ziekenhuis A	€ 42.000	€ 0	€ 42.000
Ziekenhuis B	€ 0	€ 0	€ 0
Ziekenhuis C	€ 12.000	€ 35.392	€ 47.392
Ziekenhuis D	€ 0	€ 19.465	€ 19.465
Menzis	€ 0	€ 41.143	€ 41.143
Totaal	€ 54.000	€ 96.000	€ 150.000

* In deze berekening is de € 5000 per deelnemer voor de aanlevering van DAS28 data (zie paragraaf 2.9) niet meegenomen