

kosten en baten

Zonder indicatoren is beleid verzekeraar een wassen neus

Inkoop huisartsenzorg nog een gok

Frank Eijkenaar,
promovendus bij het instituut
Beleid & Management Gezond-
heidszorg van de Erasmus
Universiteit Rotterdam

Patrick Edgar,
senior manager zorginkoop
eerstelij bij Achmea

Correspondentieadres:
eijkenaar@bmg.eur.nl;
c.c: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Verzekeraars willen grip op de kwaliteit die zorgverleners leveren. De mogelijkheden hiervoor zijn bij huisartsen veel beperkter dan bij bijvoorbeeld fysiotherapeuten. Er is behoefte aan objectieve criteria om kwaliteit van zorg in kaart te brengen.

De kern van de ingezette zorgstelselwijziging richting gereguleerde concurrentie, is dat zorgverzekeraars verantwoordelijk worden voor zorginkoop. Zij moeten namens hun verzekerden actief onderhandelen met zorgaanbieders over de prijs en kwaliteit van zorg om aanbieders te stimuleren tot doelmatige zorgverlening. Dat verzekerden jaarlijks van verzekeraar kunnen veranderen, moet verzekeraars bewegen tot goede dienstverlening en doelmatige inkoop. Door zorg in te kopen met een goede prijs-kwaliteitverhouding, kunnen zij nieuwe verzekerden aantrekken. In veel deelmarkten komt de zorginkooprol echter nog onvoldoende van de grond.¹ Vaak weerspiegelt het inkoopbeleid van

verzekeraars de specifieke mogelijkheden voor actieve zorginkoop binnen een deelmarkt. Wij illustreren dit aan de hand van het inkoopbeleid van Achmea Zorg en Gezondheid (hierna: Achmea) op de deelmarkten huisartsenzorg en fysiotherapie. De voorbeelden tonen aan dat naarmate de speelruimte groter is, de gewenste zorginkoopfunctie beter uit de verf komt.

Huisartsenzorg

De huisarts is een belangrijke speler voor de zorgverzekeraar. Als poortwachter en gids voor de patiënt heeft de huisarts een belangrijke invloed op de kwaliteit van zorg die een patiënt krijgt en de kosten die daarmee gepaard gaan. Daarnaast heeft de huisarts een coördinerende rol, bijvoorbeeld bij ketenzorg. De zorgverzekeraar wil mede daarom goede huisartsenzorg stimuleren. De mogelijkheden voor doelmatige zorginkoop zijn in deze sector echter beperkt. Ten eerste is er nog nauwelijks betrouwbare informatie over kwaliteit en doelmatigheid. Daarnaast zijn de honoraria van huisartsen vrijwel volledig wettelijk vastgelegd. Er is weinig ruimte om afspraken te maken over prijs en kwaliteit. Huisartsen worden dus nauwelijks gestimuleerd om zich te onderscheiden, omdat betere prestaties niet resulteren in een hogere beloning. Ten slotte is selectieve contractering moeilijk toepasbaar in de huisartsenzorg. Mensen hechten van oudsher veel waarde aan een langdurige vertrouwensrelatie met hun huisarts en zullen een beperking van hun keuzevrijheid veelal niet accepteren. Om een

Manager zorginkoop bij Achmea, Patrick Edgar, vertelt in Mctv Uitgelicht over de hindernissen om met individuele huisartsen prijsafspraken te maken. De verzekeraar maakt daarom landelijke afspraken.

Bekijk het filmpje op www.medischcontact.nl/video.

mctv
uitgelicht





Achmea wil de beste zorg selecteren voor haar verzekerden en dat kan alleen als er objectieve criteria zijn.

beeld: Corbis

onderscheidend inkoopbeleid voor de huisartsenzorg te ontwikkelen zijn dus creatieve oplossingen nodig.

Tegen deze achtergrond heeft Achmea de praktijkstatus ontwikkeld. De praktijkstatus biedt een analyse van de eigen praktijk. Op locatie spreken relatiemanagers van Achmea met huisartsen over verschillende aspecten van de zorg en de ontwikkeling hierin. Naast algemene praktijkkenmerken zoals openingstijden en spreekuurtijden en toegankelijkheid voor rolstoelgebruikers, wordt inzicht gegeven in

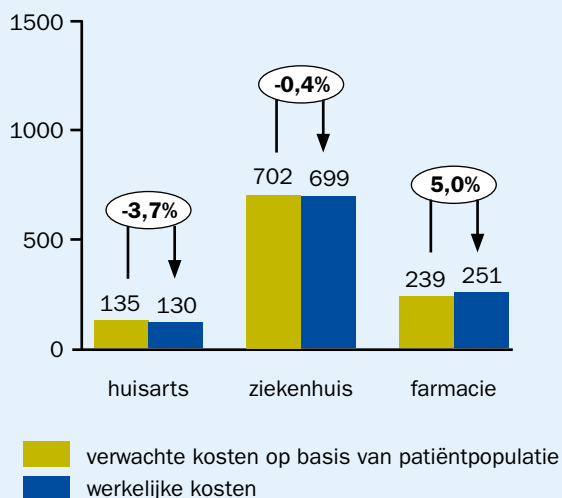
omgevingskenmerken zoals het zorgaanbod en de gemiddelde sociaaleconomische status per postcodegebied, demografische kenmerken van de patiëntenpopulatie en de verwachte toename in zorgvraag, en zorggerelateerde kenmerken zoals de groei in het aantal chronische patiënten. Daarnaast wordt inzicht verschaft in de totale zorgkosten per ingeschreven patiënt. Steeds worden de verwachte kosten – na correctie voor kenmerken van de patiëntenpopulatie – vergeleken met de werkelijke kosten.

Ook wordt een vergelijking gemaakt met praktijken uit de omgeving. Hiermee krijgen huisartsen een indruk van de mate waarin zij voor hun patiënten relatief veel of weinig kosten genereren. Naast een analyse van de kosten per patiënt worden de kosten per verstrekking geanalyseerd. *Figuur 1* toont de cijfers van een anonieme huisarts. De werkelijke kosten voor huisartsenzorg liggen in dit geval bijna 4 procent lager dan kan worden verwacht op basis van de achtergrondkenmerken van patiënten die bij deze huisarts staan ingeschreven. De vijf omliggende praktijken behalen ongeveer eenzelfde resultaat.

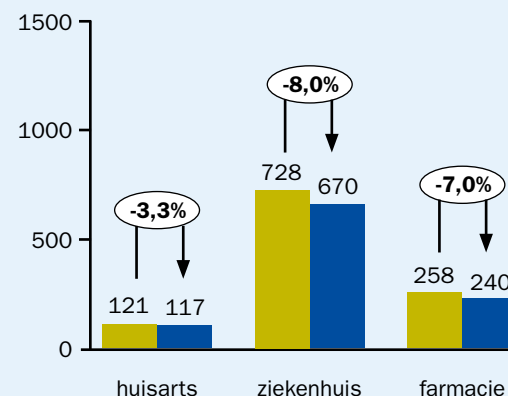
Voor de farmaciekosten is het beeld anders: er zijn meer kosten gemaakt dan verwacht, terwijl voor de omliggende praktijken het omgekeerde geldt. Voor deze huisarts kan dit aanleiding zijn om zijn voorschrijfbeleid kritisch te bezien.

1. Zorgkosten per praktijk

Kosten per patiënt van eigen praktijk (in euro's)



Kosten per patiënt van omliggende praktijken (in euro's)



Verwachte versus werkelijke kosten voor huisartsenzorg, ziekenhuiszorg en farmacie voor de eigen praktijk van een anonieme huisarts en voor vijf omliggende praktijken.

Afhankelijk van de kwaliteit van de zorg bepaalt Achmea óf en wat voor contract een fysiotherapeut krijgt.

Still uit het MCTv-filmpje



Per verstrekking zijn verfijningen in de analyse mogelijk, bijvoorbeeld naar leeftijd en geslacht, per verrichting, per diagnosegroep en per vakgroep (bijvoorbeeld neurologie bij ziekenhuiszorg). Ook wordt per verstrekking getoond hoeveel patiënten gebruik hebben gemaakt van welke aanbieder en de bijbehorende kosten. Dit laat zien of het aandeel in de kosten per aanbieder relatief hoog of laag is, wat voor een huisarts input kan geven bij het verwijlsbeleid. De verwachting is dat naar aanleiding van lokaal overleg met huisartsen verbreding en verdieping zal plaatsvinden. In de toekomst zal ook informatie over kwaliteit van zorg worden toegevoegd. In samenwerking met de beroepsgroepen worden hiervoor nu indicatoren ontwikkeld. Hoewel de resultaten van doorgevoerde interventies nog niet zichtbaar zijn, reageren de huisartsen positief op de gegeven feedback.

Fysiotherapie

De fysiotherapeutische zorg is één van de meest gereguleerde deelmarkten in het Nederlandse zorgstelsel. Sinds 2005 zijn de prijzen vrij en verzekeraars lopen, net als bij de huisartsenzorg, volledig risico over de kosten. Verder is de markt relatief transparant en is er een

ruim aanbod.¹ Omdat de kwaliteit van de fysiotherapeuten verschilt, hanteert Achmea verschillende contractmogelijkheden. Als wordt voldaan aan basiscriteria zoals naleving van geldende beroepsnormen en wettelijke kwaliteitseisen, dan geldt het standaardcontract. Houdt een praktijk zich ook aan de landelijke afspraken over het invullen van de basisset kwaliteitsindicatoren, dan wordt een basiscontract aangeboden.² Een pluscontract is van toepassing als bij-

voorbeeld een elektronisch patiëntendossier wordt gebruikt, patiëntervaringen in kaart worden gebracht en een positieve score wordt gehaald op een externe audit om de kwaliteit te toetsen. ‘Hogere’ contracten gaan gepaard met privileges. Zo kent het standaardcontract een lager tarief dat de fysiotherapeut in rekening mag brengen bij de zorgverzekeraar dan een pluscontract. Daarnaast komen Pluspraktijken in aanmerking voor een meerjarig contract en staan ze op de ‘zorgzoeker-website’ van Achmea altijd bovenaan, met het label ‘Pluspraktijk’. Ook ontvangen Pluspraktijken extra middelen om samen met Achmea te innoveren.

Een praktijk die herhaaldelijk niet aan de criteria voor het standaardcontract voldoet, wordt niet langer gecontracteerd. In deze markt, waar het aanbod relatief groot is, zullen patiënten deze inperking van de keuzevrijheid eerder accepteren, zeker als verzekeraars kunnen aantonen dat contractering plaatsvindt op basis van verschillen in kwaliteit. Toch blijkt zelfs in deze sector selectieve contractering lastig. Verzekeraars worstelen met een imago-probleem en vrezen voor reputatieschade als niet-gecontracteerde aanbieders de publiciteit zoeken. Verder is de mobiliteit naar fysiotherapeuten buiten de eigen woonplaats laag.¹ Achmea geeft daarom vooralsnog de voorkeur aan gedifferentieerde boven selectieve contracten en probeert verzekeren via heldere informatie te ‘sturen’ naar Pluspraktijken. *Figuur 2* illustreert een effect van dit beleid. Terwijl Pluspraktijken in vergelijking met basispraktijken minimaal gelijke kwaliteit leveren, slagen zij erin om bijna 9,5 procent minder behandelingen nodig te hebben per patiënt.

Barrières

Deze voorbeelden laten zien dat actievere zorginkoop mogelijk is en ook plaatsvindt naarmate de speelruimte groter is. In de huisartsenzorg

Voor contractdifferentiatie is goede informatie over zorgkwaliteit nodig

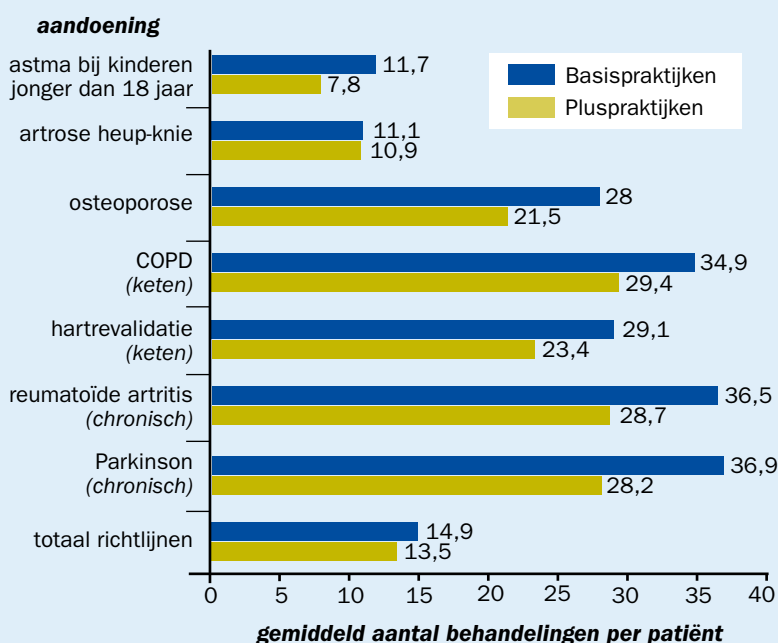
SAMENVATTING

- In de huisartsenzorg bestaan nog grote belemmeringen voor doelmatige inkoop door zorgverzekeraars.
- Naarmate meer informatie beschikbaar komt over de kwaliteit van huisartsenzorg, zal het zorginkoopbeleid verbeteren.
- Het beleid dat Achmea bij fysiotherapie hanteert, kan als voorbeeld dienen.
- Voor een goed functionerende zorginkoopmarkt is breed gedragen informatie over kwaliteit van zorg cruciaal.

kies Achmea voor het opbouwen en onderhouden van goede relaties, het verlenen van betrouwbare spiegelinformatie en het activeren van een kritische blik op de (eigen) zorgverlening. Het inkoopbeleid in de fysiotherapie – differentiatie in contracten op basis van kwaliteitsinformatie – is verder ontwikkeld. De vraag is of dit beleid al op korte termijn is te vertalen naar de huisartsenzorg. Hiervoor moeten enkele belangrijke barrières worden overwonnen. Allereerst is betrouwbare informatie nodig over kwaliteit van zorg. Samen met de beroepsgroep wordt hard gewerkt aan de ontwikkeling van indicatoren. Het is voornamelijk echter niet waarschijnlijk dat er op korte termijn een breed gedragen set beschikbaar zal zijn die kan worden ingezet bij de zorginkoop. Niettemin worden belangrijke stappen gezet, en naarmate kwaliteitsinformatie meer beschikbaar komt, zal contractdifferentiatie steeds meer mogelijk worden in de huisartsenzorg. Een tweede belangrijke voorwaarde is dat ‘hogere’ contracten gepaard moeten kunnen gaan met aanvullende privileges. De tarieven voor extramurale farmaceutische zorg, tandheelkundige zorg, en medisch-specialistische zorg zijn met ingang van 2012 (verder) vrijgegeven.^{3 4} Voor de huisartsenzorg lijken (gedeeltelijk) vrije prijzen

op korte termijn voornamelijk echter onhaalbaar, afgezien van de bestaande ‘M&I-module’. Hoewel het in aanmerking komen voor een ‘hoger’ contract dus slechts in beperkte mate gepaard kan gaan met een hoger tarief, is het toekennen van andere privileges in beginsel wel mogelijk. Denk hierbij aan meerjarige contracten, extra middelen voor innovatieve projecten, publicatie van kwaliteitsverschillen tussen zorgverleners en erkenning van zorgverleners die een hoge kwaliteit leveren. Ten aanzien van dit laatste aspect zal het effect zeker in de beginfase naar verwachting minder zijn dan in de fysiotherapie, mede omdat huisartsen vanwege de langdurige vertrouwensrelatie met de patiënt minder dan fysiotherapeuten hoeven te vrezen voor overstappende patiënten bij achterblijvende kwaliteit. De ontwikkeling van breed gedragen kwaliteitsindicatoren verdient hoge prioriteit. Dergelijke informatie geeft input voor interne kwaliteitsverbetering, faciliteert een kritische blik op de eigen zorgverlening en is belangrijk voor een goed zorginkoopbeleid dat gedragen wordt door patiënten(organisaties) en de betreffende beroepsgroepen.

Het ontwikkelen en ontsluiten van indicatoren moet echter gecoördineerd gebeuren. Bij een te gefragmenteerde aanpak bestaat immers het risico dat zorgaanbieders worden geconfronteerd met verschillende kwaliteitseisen van verschillende verzekeraars. Daarnaast is het belangrijk om samenwerking te zoeken met de betreffende beroepsgroep. Een actueel voorbeeld hiervan is de wijze waarop Achmea samen met de wetenschappelijke verenigingen minimumnormen heeft ontwikkeld voor klinische verrichtingen, zoals bariatrische chirurgie, oncologische chirurgie en harten vaataandoeningen. Uiteindelijk kan dit resulteren in gestandaardiseerde indicatorsets, waarbij iedere verzekeraar vervolgens zelf kan bepalen hoe de scores op de indicatoren worden vertaald naar het inkoop- en campagnebeleid. Bijkomend voordeel is dat de verzamelde kwaliteitsgegevens toegankelijker, krachtiger en overtuigender worden als keuze-informatie voor de patiënt. De kans is immers kleiner dat de informatie door andere gegevens wordt tegengesproken of afgezwakt. 

2. Effect van inkoopbeleid fysiotherapie

Bij fysiotherapie hanteert Achmea al verschillende contracten, zoals het basis- en het pluscontract. De cijfers laten zien dat Pluspraktijken minder behandelingen nodig hebben per patiënt, bij minimaal gelijke kwaliteit.



De voetnoten en eerdere MC-artikelen over huisartsen, kwaliteit en zorginkoop vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

Voetnoten

1. NZa (2010) Monitor zorginkoop door zorgverzekeraars. Utrecht, Nederlandse Zorgautoriteit.
2. Neeleman-van der Steen K, Krol M, Feskens R, Calsbeek H, Braspenning J. Kwaliteitsindicatoren Eerstelijns Fysiotherapie (Kwaliefy): Landelijke uitrol van de basisset, meting 2009. 2010. Nijmegen, UMC St. Radboud, IQ Healthcare.
3. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2011) Aanwijzing prestatiebeschrijvingen en invoering vrije tarieven farmaceutische zorg. 16 mei, GMT/VDG/3063109.
4. Nederlandse Zorgautoriteit (2011). www.nza.nl/zor-gonderwerpen/dossiers/vrije-prijzen-eerstelijnszorg/stand_van-zaken/mondzorg/.