

Medisch Specialistische Zorg
Inkoopbeleid 2010



Inkoopbeleid Medisch Specialistische Zorg (MSZ) 2010

1. Inleiding

Deze notitie beschrijft het inkoopbeleid van De Friesland Zorgverzekeraar (De Friesland) voor de medisch specialistische zorg. Medisch specialistische zorg bestaat uit zorg die wordt geleverd door de ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra (ZBC), revalidatiecentra, laboratoria, trombosediensten en extramuraal werkende specialisten (EWS). Deze zorg omvat medisch specialistische hulp en daarmee samenhangend verpleging en verzorging aan patiënten. Ziekenhuizen zijn op te splitsen in algemene, categorale ziekenhuizen en universitair medische centra (UMC).

2. Ontwikkelingen

De dynamiek binnen de medisch specialistische zorg is groot. Veranderingen vinden plaats op het terrein van bekostiging, productomschrijvingen, de positie en opstelling van klanten en zorgverzekeraars. Deze veranderingen stellen steeds hogere eisen aan de zorgaanbieders.

a) Algemene ontwikkelingen

Uit de monitor ziekenhuiszorg 2009 van de NZa blijkt dat de veranderingen in de ziekenhuisbekostiging een positief effect hebben gehad op onder andere de betaalbaarheid van de medisch specialistische zorg. Uit de monitor blijkt namelijk onder andere dat de prijzen in het B-segment minder hard stegen dan in het A-segment. De uitbreiding van het B-segment en de afschaffing van de vaste (lumpsum) vergoeding voor medisch specialisten lijken te hebben geleid tot een toename van het aantal geleverde zorgdiensten¹. Toename van de consumptie van zorg wordt onder meer veroorzaakt door vergrijzing en innovaties in de zorg, waardoor mensen meer en beter behandeld kunnen worden. De behandelduur neemt af doordat er steeds meer substitutie plaats vindt van klinische opnamen naar dagbehandeling². Daarnaast is uit een onderzoek van Vektis (juni 2009) gebleken dat het inkomen van de medisch specialist aanzienlijk is gestegen.

Het vastgoedrisico (kapitaalslasten) komt voor rekening van de ziekenhuizen. Daarnaast is het inkomen van de medisch specialisten in 2008 afhankelijk gemaakt van het aantal behandelingen. Ziekenhuizen én medisch specialisten zien zich als gevolg van deze aanpassingen geconfronteerd met grotere risico's en daarmee gepaard gaande onzekerheden. De financiële buffers van enkele ziekenhuizen zijn laag terwijl de kosten en risico's wel toenemen. De banken zijn hierdoor, mede door de kredietcrisis, terughoudend geworden om ziekenhuizen te financieren. Door onder andere de uitbreiding van het B-segment en de verdiscontering van de kapitaalslasten in de prijzen worden de zorgverzekeraars ook steeds meer financieel verantwoordelijk gesteld.

In de afgelopen jaren is het B-segment steeds verder uitgebreid ten opzichte van het A-segment. In 2008 was het B-segment 22% van de totale kosten van ziekenhuiszorg en in 2009 al 34%. Voor het jaar 2010 heeft Minister Klink aangegeven dat het B-segment niet wordt uitgebreid.

Landelijk wordt er gewerkt aan de invoering van een nieuw DBC-systeem, namelijk DBC's Op weg naar Transparantie (DOT). In dit nieuwe systeem worden de huidige 30.000 DBC's vervangen door circa 3.000 zorgproducten. De ziekenhuizen en medisch specialisten starten vanaf 1 juli 2009 met het registreren volgens de nieuwe systematiek. Het jaar 2010 wordt vervolgens een registratiejaar: zorgaanbieders registreren dan volgens het nieuwe systeem, maar declareren nog in het huidige. Vanaf 1 januari 2011 zal ook de daadwerkelijke bekostiging plaatsvinden op basis van de nieuwe DBC's. Voor De Friesland betekent dit dat op de nieuwe werkwijze tijdig geanticipeerd moet worden om de eigen processen en systemen hierop aan te passen.

¹ Bron: CBS / ZN jaarnaal, 200920

² NZa, Monitor ziekenhuiszorg, mei 2009

Het bieden van keuzeondersteunende informatie voor de klant is van belang. Deze keuzeondersteunende informatie moet aan de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) en daarmee het toetsingkader van de NZa voldoen. In de WMG is geregeld dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars onder andere prijs- en kwaliteitsinformatie over hun aanbod moeten verstrekken aan consumenten. De NZa houdt toezicht op de naleving van deze informatieplicht. De Friesland heeft om die reden in 2009 de website ikzoekgoedezorg.nl ontwikkeld en wil dit de komende tijd verder ontwikkelen en uitbreiden.

Minister Klink wil het aanbieden van gerichte ketenzorg voor chronische ziekten stimuleren. Een eerste aanzet hiervoor is het invoeren van functionele bekostiging. Het betreft een DBC-achtige financiering die gekoppeld is aan patiënten in plaats van zorgaanbieders. Zorgverzekeraars kunnen hierdoor patiëntgerichte zorg inkopen en zorgaanbieders worden gestimuleerd om samen te werken. Per 2010 worden vier beleidsregels voor de belangrijkste chronische aandoeningen ingevoerd, namelijk Diabetes, COPD, cardiovasculair risicomangement (CVR) en hartfalen. De verwachting is dat de huidige ketendbc's die door De Friesland zijn ontwikkeld over gaan in deze beleidsregels. Medisch specialistische zorg is een onderdeel van deze zorgketens³.

b) Ontwikkelingen in zorgvraag

De vraag naar zorg neemt toe. Dit blijkt onder andere uit de stijging van de zorgkosten over 2008. De belangrijkste ontwikkeling aan de vraagzijde is de vergrijzing. In de provincie Friesland is het aandeel 65-plussers relatief en absoluut groter ten opzichte van de rest van Nederland. In bijlage I vindt u een overzicht van de landelijke en provinciale percentages. De komende jaren zal deze bevolkingsgroep nog verder groeien⁴. Deze demografische ontwikkelingen hebben gevolgen voor het zorggebruik van de consument. Ouderen namen in 2005 al circa 30% van het aantal opnames, 61% van het aantal verpleegdagen en meer dan 50% van de kosten in het ziekenhuis voor hun rekening⁵: Doordat meer mensen ouder worden, neemt het aantal zieken en co- en multimorbiditeit toe. Dit heeft grote gevolgen voor de mensen die het treft, voor de organisatie van de zorg en voor de maatschappij.

Daarnaast neemt de vraag naar zorg toe doordat het aantal mensen dat aandoeningen als kanker, ernstige obesitas, suikerziekte en hart- en vaatziekten krijgt, steeds meer toeneemt. Dit leidt zowel direct tot een toename van het aantal behandelingen als ook indirect door meer aandacht voor preventieve (be)handelingen. Door de verbeteringen van medische technologieën en/of behandelingen leven (chronisch) zieken ook langer.

Op basis van bovenstaande ontwikkelingen aan de vraagzijde wordt bij bepaalde specialismen een toename in de zorgvraag verwacht. Het zorgaanbod dient op deze ontwikkelingen te anticiperen. De Friesland stimuleert binnen de medisch specialistische zorg om die reden onder andere versterking van het geriatrisch netwerk en de klinische geriatrie in Friesland met uitbreiding van de capaciteit klinisch gerieters, een structurele consultatieve dienst en extra opnamecapaciteit in de A7-ziekenhuizen. Er is afgesproken dat het MCL een kenniscentrum vormt dat zich niet alleen beperkt tot de 2^e lijn, maar ook andere zorgaanbieders als doelgroep heeft en eveneens wetenschappelijk onderzoek gaat doen.

Een andere ontwikkeling is het feit dat de klant steeds mondiger wordt en steeds meer informatie ter beschikking krijgt over het zorgaanbod. Hierbij valt te denken aan vergelijkingssites op het internet, zoals www.kiesbeter.nl, www.independen.nl en www.ikzoekgoedezorg.nl. De klant vraagt ook steeds nadrukkelijker om betrouwbare informatie over de zorg. In samenspraak met het zorgveld wordt door het account medisch specialistische zorg bekeken op welke wijze De Friesland haar klanten, naast het project 'ikzoekgoedezorg', via haar website (www.defriesland.nl) kan informeren over de inhoud en kwaliteit van de zorg in Friesland. Inmiddels zijn afspraken gemaakt met het veld over het publiceren van extra informatie over en indicatoren m.b.t. de behandeling van het mammacarcinoom. Ook voor de behandeling van een CVA wordt door de regionale ketens al de nodige extra informatie aangeleverd, waarvan op termijn in afstemming met het zorgveld een deel beschikbaar kan worden gesteld aan de klant.

³ Bron: Brief Minister Klink 22 december 2008

⁴ CBS

⁵ Toekomst-scenario's klinische geriatrie, richting geven aan vergrijzing in de gezondheidszorg, 2005 R. Huijsman; M. Zanen

Om meer inzicht in de wensen en behoeften van de klant te krijgen en de invloed van de klant meer vorm te geven heeft De Friesland in 2007 met Zorgbelang Fryslân een convenant gesloten.

c) *Ontwikkelingen in zorgaanbod*

Een belangrijke algemene ontwikkeling in het aanbod is dat er steeds meer mogelijkheden ontstaan op het gebied van diagnostiek en behandeling. Er komen nieuwe, vaak dure technologieën op de markt, die de consument vervolgens ook zal afnemen. Dit is één van de redenen van de stijgende zorgkosten.

Een andere algemene ontwikkeling is dat de klant een steeds sterkere positie krijgt/inneemt, waardoor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars mee moeten gaan met de wensen van de klant. De patiënt wordt tegemoet gekomen in de verruiming van de openingstijden en in het verkorten van de wachtlijsten. De zorg wordt ook in toenemende mate anders georganiseerd, zoals blijkt uit een toename van bedrijvenpoli's en one-stop-shop multidisciplinaire behandelingen.

Er wordt vaker ook samenwerking met andere zorgaanbieders gezocht, bijvoorbeeld met de huisartsen binnen verwijsafspraken (zorgdomein) en ook de maatschappen van de verschillende ziekenhuizen zoeken vaker samenwerking. Deze samenwerking is voor de kwaliteit van de zorg een impuls als er gekeken wordt naar centralisatie, uniformiteit en kennisoverdracht. Aandachtspunt van De Friesland bij deze nieuwe vormen van samenwerking is het zorgproces rondom de patiënt. Dit proces moet goed afgestemd zijn. De patiënt moet meerwaarde ondervinden van de samenwerking.

3. Uitgangspunten en doelstellingen

De algemene doelstelling voor de inkoop van medisch specialistische zorg is: *'Voldoende kwalitatief goede en doelmatige medisch specialistische zorg inkopen tegen een reële prijs'*.

De volgende subdoelstellingen worden hieruit geformuleerd:

- Inkopen van kwalitatief goede en doelmatige zorg;
- Stimuleren van verhoging van de geboden kwaliteit van zorg;
- Kostenbeheersing;
- Voldoende zorg inkopen om aan zorgplicht te voldoen;
- Transparantie bieden van de kwaliteit van de gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg aan verzekerde.

De Friesland streeft naar doelmatige en kwalitatief goede zorg. Zestig procent van de zorgkosten van De Friesland komt voor rekening van medisch specialistische zorg. Van belang is dat deze zorg voor iedereen beschikbaar blijft, wat tevens impliceert dat de zorg betaalbaar moet blijven.

De Friesland heeft als doel om zorg in te kopen op basis van een goede verhouding van kwaliteit en prijs. De Friesland gaat daarbij gericht afspraken maken in de contracten op het gebied van inhoud en kwaliteit, maar wil zich tegelijkertijd ook onderscheiden in kostenbeheersing. Hoewel dit niet volledig haaks op elkaar staat, kunnen deze uitgangspunten conflicteren en dwingen tot het maken van keuzes.

De klant, onze verzekerde, staat voor De Friesland centraal en dient goed geïnformeerd te worden over het gecontracteerde aanbod en de gestelde eisen en prestaties.

Om de verzekerde beter te informeren en de zorg transparant te maken, heeft De Friesland de website 'ikzoekgoedezorg.nl' ontwikkeld. Het doel van deze website is om de verzekerde keuzeondersteunende informatie te bieden, zodat de verzekerde op basis van voldoende informatie de zorgaanbieder kan uitzoeken die het beste aansluit op zijn of haar wensen.

4. Productspecificatie

De deelmarkt medisch specialistische zorg bestaat uit zorgproducten die in te delen zijn in de volgende segmenten:

- A-segment: Financieel gezien omvat dit de ziekenhuiszorg waarvoor (op dit moment) de financiering plaatsvindt middels functionele budgettering, gebaseerd op parameters, onder andere: opnames, verpleegdagen, dagverpleging en eerste poli. In 2009 en 2010 is het A-segment landelijk 66% van het ziekenhuisbudget. Voor de ZBC en EWS is dit segment niet budgetgefinancierd en zijn deze A-segment DBC's ook vrij onderhandelbaar, maar gebonden aan maximumtarieven.
Ten aanzien van het A-segment vinden er onderhandelingen plaats over het volume per parameter in het desbetreffende ziekenhuis. In beginsel is er ten aanzien van dit variabele deel van het A-segment sprake van een generiek groeikader. Daarbij wordt er rekening gehouden met een verdeling ten aanzien van de ontwikkelingen en speerpunten van het ziekenhuis. Inzicht in de vraag en behoeften in de regio is hierbij van belang. Ook dient er aandacht te blijven voor bovenregionale functies in ziekenhuizen.
- B-segment: het B-segment is het gedeelte waarover de zorgverzekeraars individueel met de ziekenhuizen in onderhandeling gaan. Binnen dit gedeelte speelt concurrentie zowel voor de zorgaanbieders als zorgverzekeraars een grote rol. Prijs en kwaliteit zijn hier onderwerp van gesprek. Het B-segment wordt steeds groter ten opzichte van het A-segment; DBC's die eerst onder het A-segment vielen komen steeds meer op de vrije markt. Voor 2010 vindt er geen uitbreiding van het B-segment plaats. Het B-segment blijft daarmee 34% van de totale kosten van de ziekenhuiszorg. In het B-segment valt ook een aanzienlijk aantal DBC's die niet onder de Zorgverzekeringswet vallen en al dan niet in de AV zijn opgenomen.
- C-segment: overige ziekenhuiszorg, niet vallend binnen de Zorgverzekeringswet, maar gedeeltelijk onder de Aanvullende Verzekering (AV). NZa-tarieven zijn hierop van toepassing.

In lijn van de voorgaande jaren blijft voor 2010 de LPT gehandhaafd, het beleid blijft daarbij ongewijzigd. De volgende speerpunten worden gehanteerd en gelden voor alle Friese ziekenhuizen

- Per project wordt vooraf een afspraak gemaakt omtrent welk bedrag maximaal gebruikt kan worden.
- Nieuwe projecten:
 - Korte looptijd (liefst één jaar);
 - De borging van het project na de looptijd, dient vooraf geregeld te zijn;
 - Projectverzoeken moeten vóór 1 oktober 2009 ingediend zijn;
 - Nieuwe projecten die mogelijk voor financiering in aanmerking komen zijn:
 - Projecten die leiden tot verankering in de reguliere ketenzorg;
 - Efficiëntieverhoging;
 - Kwaliteitsverbetering;
 - Projecten die gericht zijn op de gehele provincie Friesland;
 - Kunst en hulpmiddelen;
 - De zorgverzekeraars zullen indien de aanvragen boven het budget uitkomen prioriteren binnen de projecten.

Het innovatieve karakter van de zorg en/of de verbetering van de kwaliteit moet centraal staan en moet voor de zorgverzekeraar inzichtelijk worden gemaakt.

5. Wijze van inkoop

a) *Wijze van selectie*

De Friesland is marktleider in Friesland en zit, ten aanzien van het A-segment, in 2010 samen met de tweede en soms derde marktpartij in de regio aan de onderhandelingstafel bij de vijf Friese ziekenhuizen, waaronder Medisch Centrum Leeuwarden (MCL), De Sionsberg, Antonius Ziekenhuis, De Tjongerschans en Nij Smellinghe en Revalidatie Friesland. Er worden afspraken gemaakt over ondermeer volume, kwaliteit en de LPT. Bij De Tjongerschans maakt de derde marktleider deel uit van de onderhandelingsdelegatie en bij het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) is De Friesland als derde marktleider aangehaakt. In het Antonius Ziekenhuis is halverwege 2009 Achmea toegevoegd aan de onderhandelingsdelegatie vanwege de beschikbaarheid van de zorg in de Noordoostpolder.

Ten aanzien van het B-segment vinden er met de vijf Friese ziekenhuizen en vier ziekenhuizen in de schil rond Friesland, te weten het UMCG, Martini Ziekenhuis in Groningen, Wilhelmina Ziekenhuis in Assen en het Diaconessenhuis in Meppel voor 2010 onderhandelingen plaats over de prijs en kwaliteit van B-DBC's. Buiten genoemde ziekenhuizen worden de overige ziekenhuizen in samenwerkingsverband van Multizorg VRZ mede namens De Friesland gecontracteerd.

Zowel binnen als buiten de provincie Friesland heeft De Friesland overeenkomsten met ZBC en EWS afgesloten. Vanuit efficiency- en beleidsoverwegingen is vastgesteld dat De Friesland zich gaat richten op de praktijken/instellingen die qua kosten van behandeling van verzekerden van De Friesland boven de ondergrens van € 10.000,- reiken. In geval van 'bijzondere zorg' (vormen van zorg die niet door de ziekenhuizen wordt aangeboden) en vestiging binnen Friesland waarbij contractering voordelen kan opleveren voor onze verzekerden, kan hierop een uitzondering worden gemaakt. Naast de ondergrens van € 10.000,- gelden kwaliteitscriteria waaraan de ZBC moet voldoen.

De Treeknormen blijven onderwerp van bespreking met de Friese ziekenhuizen. Met betrekking tot de wachttijden wil De Friesland in 2010 duidelijke afspraken maken met de ziekenhuizen. Er zit een gestage groei in het aantal succesvolle bemiddelingen door de ZorgManagementCentrale (ZMC) in het ziekenhuis waar de verzekerde al onder behandeling is. Het overgrote deel van de verzekerden wordt bemiddeld naar een ander ziekenhuis of ZBC, dan waar de verzekerde al in behandeling was.

De Friesland wil graag gezamenlijk met het veld tot verbeteringen en innovaties in de zorg komen, dit op alle verschillende onderdelen van kwaliteit (organisatorisch, professioneel en relationeel). De Friesland treedt hierover in gesprek met zorgaanbieders en verkent de mogelijkheden tot innovatieve producten, verbetering van afstemming binnen de diverse zorgketens en aantrekkelijke serviceverlening. De Friesland wil afspraken maken die moeten leiden tot een verbetering in het resultaat van een behandeling, een betere aansluiting van verschillende vormen van zorg en kortere doorstroom- en wachttijden. Dit behaalde (kwaliteits)voordeel wordt via PR gecommuniceerd aan de verzekerden van De Friesland.

Ten aanzien van de overige categorale instellingen in Friesland is het voor De Friesland van belang dat hiervan voldoende zorg is ingekocht om aan de vraag te voldoen. De Friesland zit hier samen met de andere representerende zorgverzekeraar aan de onderhandelingstafel.

b) Inkoopontwikkelingen

De Friesland richt zich de komende jaren steeds meer op het gericht inkopen van zorg in de ziekenhuizen. Hierbij wordt onder andere gekeken naar de uitkomsten van de diverse beschikbare indicatoren en naar waar de zorg het beste plaats kan vinden, gezien de infrastructuur binnen het ziekenhuis. Door het krijgen van meer inzicht in de geleverde kwaliteit van zorg wordt het mogelijk om op zorginhoudelijk gebied meer en betere afspraken te maken over de te leveren kwaliteit van zorg.

In 2009 is de inkoop van cystectomieën en bariatrische chirurgie bij bepaalde ziekenhuizen al uitgesloten. In 2010 wordt hier een vervolg aan gegeven en wordt onder andere op het gebied van kinderdiabetes gedifferentieerd ingekocht. In 2010 zal ook binnen het Multizorg/VRZ-kader meer gedifferentieerd worden ingekocht: Voor ZBC's is de gehanteerde vragenlijst aangescherpt en aangevuld en zijn nieuwe harde voorwaarden geformuleerd. Daarnaast zijn binnen Multizorg/VRZ inkoopcriteria opgesteld voor cardiologische zorg, oncologische zorg algemeen en oncologie van de huid, klinische zorg, hoofdpijnzorg en bariatrische chirurgie. In 2009 en 2010 zal verder gewerkt worden aan het opstellen van inkoopcriteria voor andere aandoeningen. Ook zijn er aandachtspunten benoemd voor de inkoop van de top 15 behandelingen aan schadelast.

De komende jaren zal de noodzaak tot selectief organiseren van de zorg toenemen. Dit is een gevolg van de verdere ontwikkelingen van subspecialisaties, de nog steeds bestaande specialistenschaarste, hogere kosten en investeringen en eisen van de IGZ ten aanzien van minimale volumes. Aan de ziekenhuizen is door De Friesland gevraagd om keuzes te maken op welke gebieden zij in de toekomst willen excelleren. De Friesland heeft in 2009 in de vorm van een pilot het eigen risico ingezet met als doel verdere kwaliteitsverbetering een extra impuls te geven. De onderzoeksresultaten van dit traject worden onderzocht door de Erasmus Universiteit. Pas als de resultaten over de

effectiviteit van de inzet van het eigen risico bekend zijn zal er een besluit worden genomen of het traject in 2011 een vervolg zal krijgen.

De verpleging in verband met medisch specialistische zorg in de thuissituatie zal naar verwachting per 1 januari 2010 niet meer uit de AWBZ bekostigd worden maar onder de Zorgverzekeringswet vallen. Zodra de definitieve regelgeving bekend is zal De Friesland hier het inkoopbeleid op aanpassen.

6. Kwaliteit

Het streven naar het inkopen van kwalitatief goede zorg is uitgewerkt in het hieronder geformuleerde kwaliteitsbeleid. Hierbij is aandacht besteed aan kwaliteitsindicatoren en het beleid ten aanzien van de klant. Transparantie blijft ook voor De Friesland voor 2010 centraal staan.

De Friesland heeft in haar beleidskader zorginkoop richting gegeven aan het kwaliteitsbeleid. Kwaliteit kan verdeeld worden in organisatorische, professionele en relationele kwaliteit:

- Organisatorische kwaliteit: de minimale criteria bij organisatorische kwaliteit inzake de wachttijden zijn registratie en transparantie. Voor een aantal ingrepen is in de polisvoorwaarden een maximale wachttijd vastgelegd. Daarnaast zegt organisatorische kwaliteit ook iets over samenwerking en afstemming met andere disciplines. De Friesland stimuleert daarnaast certificering van de zorgaanbieders. De Friese ziekenhuizen zijn ziekenhuisbreed NIAZ-geaccrediteerd. Voor de contractering van dialyse wordt certificering van de zorgaanbieder geëist. Dit geldt als een indicator voor de inkoop van deze zorg.
- Professionele kwaliteit: zorgverleners dienen te voldoen aan de eisen die op basis van de Wet BIG worden gesteld. Zorginstellingen dienen in de zin van de Kwaliteitswet te beschikken over een werkend kwaliteitssysteem. Een instelling dient te beschikken over deskundig en bekwaam personeel. Tevens dient de instelling ervoor te zorgen dat de deskundigheid en bekwaamheid van haar personeel op peil blijven. De Friesland vraagt actief of er volgens de richtlijnen en protocollen wordt gewerkt. Het handelen volgens de richtlijnen en protocollen is onderdeel van de overeenkomst en zorgaanbieders worden hier ook op getoetst. Op grond van de kwaliteitswetgeving dienen zorgverleners en zorginstellingen een adequate klachtenregeling te hanteren.
- Relationele kwaliteit: een persoonlijke en respectvolle bejegening van de patiënt door de zorgaanbieders is de basis voor de relationele kwaliteit. Ook voor relationele kwaliteit geldt dat de kwaliteitswetgeving de ondergrens is van de kwaliteit. De rechten en plichten die voortvloeien uit onder andere de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ) en Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) dienen te worden gevolgd door de zorgaanbieder. Voor instellingen geldt dat zij op basis van de Kwaliteitswet klanttevredenheidsonderzoeken dienen uit te voeren. Behandelpunten dienen te worden opgesteld, te worden bijgehouden en te worden doorgesproken en geëvalueerd met de cliënt. De zorg wordt afgestemd op de hulpvraag.

a) ZN indicatoren, zorgprofielen en transparantie

Om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de geleverde zorg, is het van belang dat de aanbieders transparant zijn in het aanleveren van informatie. Dit is met alle ziekenhuizen en ZBC's afgesproken en in de overeenkomst vastgelegd. Om meer inzicht in de geleverde kwaliteit van zorg te krijgen, wordt er gebruik gemaakt van de kwaliteitsinformatie die beschikbaar is uit de kwaliteitsjaarverslagen van de aanbieders, IGZ-indicatoren en IGZ-rapporten, vergelijkende onderzoeken van de patiëntverenigingen, ZN- en Zichtbare Zorg-indicatoren, zorgprofielen en directe overleggen met directies en specialisten. Er vinden periodiek overleggen plaats tussen de medisch adviseurs van De Friesland en vakgroepen om inzicht te krijgen in de levering van de zorg. De indicatoren van Zichtbare Zorg beslaan niet het hele zorgveld, maar wel een belangrijk deel van het B-segment. Mede aan de hand van de inkoopgids 2010 zal per zorgaanbieder gekeken worden in hoeverre de aangeboden zorg voldoet aan de normen van de beroepsgroepen. Zo nodig worden er (verbeter)afspraken gemaakt dan wel kan worden besloten om bepaalde behandelingen niet meer in te kopen.

b) Zorggarantie

De Friesland maakt met zorgaanbieders afspraken over de garantie op de toegangstijd. Doel van deze afspraak is om de verzekerde te garanderen dat de zorg binnen een daarvoor vastgestelde termijn plaatsvindt. Daarnaast wil De Friesland met zorgaanbieders afspraken maken over de garantie op de ingreep, zogenaamde zorggarantie. Wanneer zich binnen een afgesproken termijn weer klachten of complicaties voordoen, zal het ziekenhuis zelf de kosten hiervan moeten dragen. Deze afspraak stimuleert zorgaanbieders te streven naar zo weinig mogelijk recidieven of complicaties en daarmee goede kwaliteit van zorg aan te bieden.

c) Klant

In het huidige zorgstelsel heeft de klant een centrale rol toebedeeld gekregen. De verzekerde heeft op grond van de Zorgverzekeringswet keuzevrijheid zelf zijn arts of zorgaanbieder te kiezen. De gedachte is dat wanneer klanten zelf mogen kiezen – en kiezen voor zorgaanbieders die zorg leveren van goede kwaliteit – de kwaliteit over de hele breedte van de zorg zal verbeteren. Zorgaanbieders die minder goed scoren, zullen geprikkeld worden hun zorg te verbeteren. Dit werkt alleen wanneer verzekerden goed zijn geïnformeerd over de kwalitatief van zorg om een afgewogen keuze te kunnen maken. Momenteel is de zorg echter nog onvoldoende transparant. Om die zorg meer transparant te maken voor onze huidige en toekomstige klanten, wil De Friesland – als de belangenbehartiger van de klant/verzekerde - informatie over zorgaanbieders presenteren via de eigen website.

De Friesland is van mening dat de stem van de verzekerde moet meewegen bij het beoordelen van de kwaliteit van zorg en de inkoop van zorg. Eén van de middelen die De Friesland hiervoor heeft ingezet is de Consumer Quality Index (CQI)-vragenlijst. De uitkomsten van de in 2009 uitgezette CQI-vragenlijsten worden met de ziekenhuizen besproken en in de onderhandelingen ten behoeve van de zorginkoop van 2010 meegenomen. De resultaten van deze CQI's worden op ikzoekgoedezorg.nl gepubliceerd. Naast klantervaringsonderzoeken kijkt De Friesland ook naar bestaande benchmarks en onderzoeksrapporten van patiëntenverenigingen. In 2010 wil De Friesland ook meer samenwerking met patiëntenverenigingen zoeken.

Samenwerking met Zorgbelang Fryslân is een derde middel om de klant bij de zorginkoop te betrekken. Het convenant tussen Zorgbelang Fryslân en De Friesland dat eind 2007 is getekend, dient hiervoor als uitgangspunt.

d) Speerpunten kwaliteitsbeleid

Ten aanzien van het kwaliteitsbeleid heeft De Friesland een aantal speerpunten benoemd waar in 2010 de aandacht aan wordt gegeven, namelijk:

- Oncologische zorg: ten aanzien van oncologische zorg is de visie dat deze betreffende zorg, waar het moet, centraal georganiseerd is en waar het kan decentraal. Te allen tijde moeten er samenwerkingsverbanden zijn tussen het centrum en de periferie. Binnen de oncologische zorg zijn de indicatoren uitgesplitst naar de verschillende oncologische behandelingen. Om de kwaliteit van de geleverde zorg ten aanzien van oncologische behandelingen in Friesland te bevorderen wordt de aangeleverde informatie van de zorgaanbieders vergeleken. Dit wordt besproken met de betreffende zorgaanbieder en waar nodig worden verbeterafspraken gemaakt om waar mogelijk de kwaliteit van de oncologische behandelingen te verbeteren.
- Ouderenzorg: binnen de ouderenzorg zijn er raakvlakken met verschillende disciplines waardoor goede afstemming en samenwerking gestimuleerd moet worden. Ouderen hebben vaak meerdere aandoeningen tegelijk (co- en multimorbiditeit). De zorg moet hier dan ook op ingericht worden. Als gevolg van het hebben van meerdere aandoeningen slikken ouderen meerdere geneesmiddelen. Polyfarmacie kan tot ongewenste effecten lijden. De kans op interacties en bijwerkingen stijgt met het toenemen van het aantal middelen dat gebruikt wordt. Medicatieveiligheid is dan ook een belangrijk onderdeel binnen polyfarmacie.
- Preventie: delen van preventie worden vanaf 2010 onder de Zorgverzekeringswet gebracht. Preventie komt neer op aanpassing van het gedrag en heeft dan ook vaak te maken met life style-problematiek. Een veel gebruikte indeling van preventie is die van primaire, secundaire en tertiaire preventie. Voor medisch specialistische zorg zal de focus voor preventie op het gebied van tertiaire preventie liggen. Bij tertiaire preventie worden complicaties en ziekteverergering voorkomen. Ook gaat het er hier om patiënten bij wie een ziekte is vastgesteld, zelfredzamer te maken.
- Revalidatiezorg: de centrale positie van revalidatiezorg moet binnen de ketenzorg in alle Friese regio's meer vorm krijgen. De Friesland wil Revalidatie Friesland hierbij stimuleren.

Door het benoemen van dit speerpunt wordt alvast voorgesorteerd op de overheveling van somatische revalidatiezorg van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet hetgeen per 1 januari 2012 plaats gaat vinden.

7. Ketenzorg

De Friesland wil samenwerking binnen de keten van zorg bevorderen. Ook als gevolg van toename van het aantal chronisch zieken is het van belang dat de zorgvormen goed op elkaar aansluiten zodat de patiënt de juiste route (snel) doorloopt en dat de efficiëntie hierbij gegarandeerd wordt. Om dit te monitoren worden ketenindicatoren afgesproken, waarbij het van belang is dat deze door de zorgaanbieders worden gedragen. Voor CVA en Diabetes is een set afgesproken die jaarlijks wordt geëvalueerd en zo mogelijk uitgebreid of aangepast. Ten aanzien van COPD is er met de specialisten en huisartsen een traject opgestart inzake ketenzorg voor COPD/Astma.

In 2009 zijn aan de hand van de scores op de CVA-indicatoren verbeterafspraken met de ziekenhuizen gemaakt, onder andere op het gebied van trombolysie, organisatie en paramedische zorg. Ketenzorg is breder dan alleen huisartsenzorg/thuiszorg en het ziekenhuis. Het gaat om de zorgvraag van de patiënt die centraal staat. Ten aanzien van de keten CVA wordt een meer coördinerende rol van Revalidatie Friesland gestimuleerd. De Friesland speelt een stimulerende rol bij de ontwikkeling en afstemming van keten-DBC's. Zo is de keten-DBC Diabetes al enige tijd operationeel en succesvol gebleken en is met specialisten en huisartsen de ontwikkeling van een keten COPD afgesproken. In 2010 zal ketenzorg Diabetes en COPD via de functionele bekostiging worden ingekocht. In 2009 is de keten Dementie opgestart en die zal gaandeweg het jaar verder uitgewerkt worden.

De ontwikkelingen die op dit gebied spelen zijn veelal een vervolg op al bestaande tendensen. De diverse zorgaanbieders kijken op verschillende gebieden waar zij elkaars taken kunnen aanvullen of (deels) overnemen wat een kwalitatief betere, efficiëntere en meer doelmatige zorg tot gevolg heeft. Op punten waar de ketenzorg achterblijft in snelheid of concrete invulling, zal De Friesland de ontwikkelingen stimuleren met als doel de afstemming en samenwerking in de zorg voor de klant/verzekerde te verbeteren. Dit kan De Friesland doen door het onderwerp steeds aan de gespreksagenda toe te voegen en hierover concrete afspraken te maken met de partijen. Deze afspraken dienen ook in de overeenkomsten te worden opgenomen.

Medisch Coördinerend Centrum (MCC) / transmuraal overleg

De Medisch Coördinerende Centra (MCC's) van de ziekenhuizen en de transmurale netwerken (Care en Cure) spelen een belangrijke rol bij zorgvernieuwing en ketenzorg. Zij leveren een gezamenlijke bijdrage aan de vormgeving, projectbegeleiding en evaluatie van ketenzorgprojecten. Daarnaast spelen zij een belangrijke rol bij het maken van werkafspraken/protocolen tussen 1^e- en 2^e-lijns zorg. In 2010 zal De Friesland dan ook opnieuw een deel van de kosten van het MCC vergoeden vanuit de LPT. De producten en afspraken die binnen de mcc's worden opgeleverd zullen worden gemonitord. De Friesland streeft naar uniformiteit in de basiszorg waarbij minimaal aan specifieke basis-kwaliteitseisen is voldaan. De Friesland wil afspraken maken met partijen, die op provinciaal niveau nauw samenwerken.

8. Monitoring

De verantwoording voor het nakomen van de afspraken en de geleverde prestaties zoals deze beschreven zijn in de verschillende overeenkomsten, vindt op verschillende momenten en niveaus plaats.

Jaarlijks

- Bespreking uitkomsten klantervaringsonderzoek (CQ-index);
- Aanlevering van de in de overeenkomst opgenomen en geregistreerde kwaliteitsindicatoren (onder andere uit de DBC-inkoopgids);
- Aanlevering zorgprofielen B-segment;
- Monitoring en evaluatie afspraken over zorggaranties;

- De zorgaanbieder stuurt binnen één maand na de officiële vaststelling en met inachtneming van de wettelijke termijnen, de zorgverzekeraar het jaardocument over het voorafgaande boekjaar ter kennisneming toe;
- De resultaten, vermeld in de jaarrekening, worden in het eerstvolgende overleg besproken;
- De zorgaanbieder verstrekt de zorgverzekeraar voor 1 juli van het lopende jaar een kwaliteitsjaarverslag over het voorafgaande jaar;

Maandelijks

- Aanleveren van productiegegevens uit het A-segment (zowel in parameters als geopende en gesloten DBC's), bespreking vindt plaats in het eerstvolgende overleg;
- Informatie over geopende en gesloten DBC's uit het B-segment worden elk kwartaal aangeleverd en besproken in het eerstvolgende overleg;

Doorlopend

- Informatie door de zorgaanbieder over evaluaties, visitaties en benchmarkgegevens. Tevens stelt de zorgaanbieder de rapporten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) op verzoek ter beschikking aan de zorgverzekeraar. Indien daartoe aanleiding bestaat worden de uitkomsten besproken in het eerstvolgende overleg;
- Monitoren kwaliteit van zorg aan de hand van signalen uit het veld en gesprekken met de maatschappen
- Formele controle;
- Materiële controle.