

Selectief inkoopbeleid Borstkanker

Verantwoordingsdocument
2019



OLIPA Direct
geregeld

N nationale
nederlanden

Inhoud

1	Toelichting selectief inkoopbeleid.....	3
1.1	<i>Kwaliteitsbeleid CZ blijft in ontwikkeling.....</i>	3
1.2	<i>Algemeen kader selectief inkoopbeleid</i>	3
1.3	<i>Categorie-indeling selectief inkoopbeleid</i>	4
1.4	<i>Selectieve inkoop en startende centra, ZBC's en Belgische ziekenhuizen.....</i>	4
1.5	<i>CZ sluit aan bij landelijke kwaliteitsgegevens</i>	5
1.6	<i>Samenwerkende ziekenhuizen en ziekenhuizen met meerdere locaties</i>	5
1.7	<i>Netwerkvorming</i>	6
2	Indicatoren en selectie	7
2.1	<i>Aanlevering van de landelijk afgesproken externe NBCA indicatoren aan CZ</i>	7
2.2	<i>Aantal primaire operaties per behandellocatie.....</i>	7
2.3	<i>Tenminste twee gecertificeerde NVCO-chirurgen.....</i>	8
2.4	<i>Tenminste twee gecertificeerde internist-oncologen</i>	9
2.5	<i>Niet landelijk of vrijwillig geregistreerde indicatoren.....</i>	9
2.5.1	<i>Percentage patiënten in de NABON mammaregistratie.....</i>	9
2.5.2	<i>Percentage patiënten dat besproken is in MDO</i>	9
2.5.3	<i>BI-RADS eindcategorie in radiologische verslaglegging.....</i>	10
2.5.4	<i>Volledige pathologie verslaglegging</i>	10
2.6	<i>Samenvatting</i>	11
3	Bronnen.....	12

1 Toelichting selectief inkoopbeleid

CZ groepⁱ doet alles voor betere zorg. Het goed, betaalbaar en beschikbaar houden van de Nederlandse zorg zien wij als onze maatschappelijke verantwoordelijkheid. Waarbij we in het bijzonder het verschil willen maken voor onze verzekerden. We geloven met heel ons hart dat het beter kan en zetten ons daarom in voor het realiseren van de best mogelijke zorg voor onze verzekerden. In dit document vertelt CZ over haar selectieve inkoopmodel 2019 voor de behandeling van borstkankerzorg.

Alleen ziekenhuizen die voldoen aan de minimale kwaliteitsnormen van CZ krijgen een contract voor de desbetreffende ingreep. Door selectief in te kopen probeert CZ bij (complexe) medisch specialistische zorg te sturen op concentratie en spreiding, zodat niet ieder ziekenhuis alle complexe gespecialiseerde zorg aanbiedt. Hierdoor kunnen ziekenhuizen zich toeleggen op waar ze goed in zijn en behandelingen afstoten waar andere ziekenhuizen beter in zijn. Door te sturen op kwaliteit wordt de zorg beter en houden we die betaalbaar.

In dit inleidende hoofdstuk 1 leest u over de algemene ontwikkelingen in ons selectieve inkoopbeleid. Een toelichting op het model en de gebruikte indicatoren vindt u in hoofdstuk 2.

1.1 Kwaliteitsbeleid CZ blijft in ontwikkeling

Sinds het eerste initiatief van CZ in 2010 om borstkankerzorg op basis van kwaliteitsnormen selectief in te kopen is er veel gebeurd. Enerzijds heeft de ontwikkeling van normen van de beroepsgroep een versnelling doorgemaakt en anderzijds wordt de inkoop op de minimumnormen van de beroepsgroep landelijk vormgegeven op het niveau van Zorgverzekeraars Nederland. De zorgverzekeraars hebben onderling afgesproken dat er geen zorg wordt ingekocht die niet voldoet aan de minimumnormen (zie: www.minimumkwaliteitsnormen.nl).

Deze positieve ontwikkelingen hebben bijgedragen aan het verder verbeteren van de kwaliteit van zorg in Nederland. Waar nodig wil CZ, bij voorkeur samen met de wetenschappelijke verenigingen, patiëntenorganisaties en andere zorgverzekeraars, blijven bouwen aan transparantie in de zorg en zorginkoop op basis van kwaliteitsinformatie. CZ kiest er bij een aantal aandoeningen voor om de lat hoger te leggen. Dit doen we alleen als we zien dat er extra kwaliteitsverbetering mogelijk en nodig is.

Dit betekent dat CZ jaarlijks evalueert en opnieuw beoordeelt voor welke aandoeningen/ behandelingen aanvullend beleid wenselijk is en op welke manier.

Als de landelijke afspraken over de minimum kwaliteitsnormen de kwaliteitsverbeteringen voldoende stimuleren, zal CZ geen aanvullend selectief inkoopbeleid voeren. Wij blijven wel de kwaliteitsindicatoren tonen op onze website zodat deze informatie voor onze verzekerden transparant blijft. CZ ontwikkelt wel aanvullend selectief inkoopbeleid als wij concluderen dat, er bovenop de minimum kwaliteitsnormen, inhoudelijke kwaliteitsverbetering mogelijk is.

1.2 Algemeen kader selectief inkoopbeleid

Het selectief inkoopbeleid van CZ betreft een generiek model, in principe bedoeld voor alle zorg die zich voor selectieve inkoop leent.

ⁱ CZ Groep ontwikkelt inkoopbeleid namens de labels CZ, OHRA en Nationale Nederlanden. Waar we in het vervolg van dit document spreken over CZ dient CZ Groep gelezen te worden.

Voor elk van de door CZ geselecteerde aandoeningen worden de prestaties van de ziekenhuizen gewaardeerd op basis van:

1. kwaliteitsinformatie (waaronder volumenormenten en andere kwaliteitsindicatoren);
2. waar beschikbaar, en toepasbaar, wachttijd informatie;
3. waar beschikbaar, en toepasbaar, patiëntervaringen.

Indicatoren die niet met bestaande registraties worden uitgevraagd, maar wel cruciaal zijn voor het selectief inkoopbeleid, worden opgenomen in een vragenlijst die rechtstreeks bij het ziekenhuis wordt uitgezet. Alle scores op de gebruikte indicatoren worden geverifieerd door de ziekenhuizen.

Wij presenteren de resultaten van het selectieve inkoopbeleid voor onze verzekerden op onze website. Het is cruciaal dat CZ van de juistheid en de volledigheid van de aangeleverde informatie uit kan gaan. Dit betekent dat als CZ op enig moment tot de vaststelling komt dat de aangeleverde gegevens niet juist blijken te zijn, CZ hier nadere consequenties aan kan verbinden ten aanzien van de contractering van het ziekenhuis.

1.3 Categorie-indeling selectief inkoopbeleid

Het bovenstaande proces leidt tot een categorie-indeling. Per aandoening wordt specifiek beoordeeld op welke wijze de categorie-indeling bijdraagt aan de gewenste kwaliteitsimpuls.

Voor borstkanker wordt een tweeling gehanteerd:

Categorie 1: Voldoet aan kwaliteitsnormen CZ

Ziekenhuizen die voldoen aan de kwaliteitsnormen van CZ worden als zodanig getoond op onze website.

Categorie 2: Voldoet niet aan kwaliteitsnormen CZ

Ziekenhuizen die niet voldoen aan de kwaliteitsnormen van CZ. Deze ziekenhuizen krijgen van CZ geen contract (meer) voor deze zorg.

Ziekenhuizen die borstkankercare niet (meer) uitvoeren worden niet getoond op onze website (www.cz.nl/zorgvinden).

Ziekenhuizen die de behandeling nog wel uitvoeren, maar niet door CZ worden gecontracteerd voor borstkankercare worden wel getoond op www.cz.nl/zorgvinden.

1.4 Selectieve inkoop en startende centra, ZBC's en buitenlandse ziekenhuizen

Startende centra

Nieuwe startende centra kunnen bij CZ vragen om een contract. Na het verstrekken van de informatie die wij nodig hebben, beoordelen wij de aanvraag. Als eerste toetst CZ of het contracteren van een nieuw centrum wenselijk of noodzakelijk is uit oogpunt van toegankelijkheid voor de doelgroep. Als wij deze meerwaarde zien, doen wij daarna de kwaliteitstoets op basis van het verantwoordingsdocument. Wij kunnen hiervoor o.a. antwoorden op onze vragenlijst selectieve inkoop nodig hebben en mogelijk nog aanvullende informatie.

Vaak kan een startend centrum (nog) niet direct voldoen aan alle gestelde criteria. In dat geval maken we individuele afspraken met het startend centrum om (gefaseerd) te gaan voldoen aan de kwaliteitscriteria. Ook maken we afspraken over het tijdpad en mogelijk over aanvullende criteria. Uiteraard zal het centrum wel al meteen aan een aantal minimale kwaliteitscriteria moeten voldoen. Dit zijn met name een aantal proces- en structuurcriteria. Hierbij gaat het dan om een "voorlopige toelating" waarbij onder voorwaarden binnen een bepaalde tijd aan de kwaliteitseisen dient te worden voldaan.

Niet gecontracteerde centra in 2018

CZ benadert voor de kwaliteitsuitvraag 2019 alleen ziekenhuizen die in 2018 een contract met ons hebben voor de behandeling van deze aandoening. Mocht u van mening zijn dat u om gegronde redenen toch in aanmerking komt voor een contract voor 2019, dan kunt u contact met ons opnemen. Wij hebben dan informatie van u nodig om uw aanvraag goed te kunnen beoordelen. Een eerste toets is of CZ het wenselijk en noodzakelijk vindt om te contracteren uit oogpunt van toegankelijkheid voor de doelgroep. Als CZ die meerwaarde ziet, doen we de kwaliteitstoets op basis van het verantwoordingsdocument. Wij kunnen dan onder meer antwoorden van u nodig hebben op onze vragenlijst selectieve inkoop en wellicht nog aanvullende informatie.

ZBC's

Voor zelfstandige behandelcentra (ZBC's) geldt dat afhankelijk van de aandoening en de beschikbare kwaliteitsinformatie, wordt bepaald of deze wel of niet in het selectief inkoopbeleid worden betrokken.

Buitenlandse ziekenhuizen

Een deel van de minimale kwaliteitscriteria is tevens uitgevraagd bij de door CZ gecontracteerde Belgische ziekenhuizen die vorig jaar ook voldeden aan de minimale kwaliteitseisen. De NBCA indicatoren zijn voor Belgische ziekenhuizen niet beschikbaar en daardoor is geen vergelijking te maken met de Nederlandse kwaliteitsinformatie. Op basis van de beschikbare structuur- en procesindicatoren wordt gekeken of vergelijkbare normen kunnen worden gesteld waardoor deze ziekenhuizen wel in aanmerking kunnen komen voor contractering van borstkankerzorg. Hierbij geldt wel dat CZ oncologiepatiënten bij voorkeur niet verwijst naar het buitenland.

1.5 CZ sluit aan bij landelijke kwaliteitsgegevens

CZ heeft geen eigen uitvraag gedaan om data over de behandeling van borstkanker te verzamelen. Er is gebruik gemaakt van data die via de landelijke dataset (NBCA, SONCOS) beschikbaar is. Ten opzichte van voorgaande jaren is een indicator weggevallen en zijn indicatoren vrijwillig geworden. Voor de indicatoren die niet langer beschikbaar zijn via de landelijke uitvraag, gaat CZ uit van de eigen verkregen data van voorgaande jaren. Bij het versturen van de scores wordt aan ziekenhuizen de vraag gesteld of zij nog steeds voldoen aan deze indicatoren.

1.6 Samenwerkende ziekenhuizen en ziekenhuizen met meerdere locaties

Sommige ziekenhuizen kennen meerdere locaties waar behandelingen plaatsvinden, of zij gaan samenwerkingsafspraken aan met andere ziekenhuizen voor bepaalde behandelingen. Als een ziekenhuis op alle locaties de behandelingen waarvoor CZ een selectief inkoopbeleid hanteert, wil blijven uitvoeren, of op de locatie(s) van de samenwerkende ziekenhuizen wil blijven uitvoeren, stelt CZ steeds dezelfde eisen aan al deze afzonderlijke locaties of samenwerkende ziekenhuizen. Deze zullen dus steeds individueel getoetst worden aan de criteria zoals vastgelegd in het verantwoordingsdocument. Alleen als sprake is van zorg verleend door steeds hetzelfde mamma-team en dezelfde medisch specialisten, over de locaties heen of in de verschillende samenwerkende ziekenhuizen, kunnen de aantallen ingrepen/behandelingen getotaliseerd worden en wordt het ziekenhuis als totaal of de samenwerkende ziekenhuizen als één behandellocatie beoordeeld. Indien van een gefuseerd ziekenhuis geen gegevens per locatie beschikbaar zijn van de landelijke dataset, zullen we noodzakelijkerwijs één dataset presenteren. Bij de inkoopgesprekken zullen wij dan om verduidelijking van de organisatie van de zorg over de locaties heen vragen.

1.7 Netwerkvorming

CZ is binnen de oncologie groot voorstander van de vorming van oncologische netwerken. Ook zien we dat er in het land stappen worden gezet naar de vorming van deze netwerken. De doelstellingen van de oncologische netwerken zijn onder meer:

- Adequate kennisverspreiding door werkgroepen: sterkere interactie tussen (wetenschappelijk) onderzoek en patiëntenzorg bij oncologische netwerken, waardoor implementatie van bewezen nieuwe diagnostiek en behandelingen sneller plaatsvindt.
- Doelmatigere inzet van mens en middelen.
- Integratie van patiëntenperspectief binnen oncologische zorg: implementatie van gezamenlijke besluitvorming, o.a. in laatste levensfase: patiëntwens centraal stellen.

De visie van CZ op netwerkvorming sluit grotendeels aan bij de visie van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)¹ waarin Comprehensive Cancer Networks (CCN's) centraal staan. Het CCN is een formele entiteit waarbij partners zich committeren middels een netwerkconvenant, met bindende afspraken. De regierol binnen het CCN wordt vervuld door één van de partners binnen het netwerk en invulling hiervan is afhankelijk van de regionale situatie. Een voorwaarde om aan deze regierol invulling te kunnen geven, is het borgen van een wetenschappelijke component. Een UMC heeft onze sterke voorkeur.

Tumorclusters als basis

Volgens CZ kan aangesloten worden op de indeling van het IKNL, waarbij clusters van tumoren zijn gevormd op basis van lokalisatie in het lichaam, met uitzondering van de hematologische tumoren.

Indeling oncologisch netwerk, het Comprehensive Cancer Network (CCN)

Binnen het oncologisch netwerk wordt onderscheid gemaakt tussen enerzijds een coördinatie-, regie-, en kennisdeel en anderzijds een zorgdeel. Het CCN is een overkoepelend orgaan in de regio met betrekking tot kennisverzameling, -synthese en -implementatie (van richtlijnen en zorgpaden) en creëert de randvoorwaarden voor een optimale samenwerking binnen het netwerk. Tevens is het CCN verantwoordelijk voor verzameling en publicatie van de kwaliteitsinformatie van deelnemende centra.

Het netwerk kent geen duidelijke geografische afkadering, maar zal bottom-up opgebouwd worden vanuit (clusters van) tumorsorten zoals eerder beschreven. Niet ieder CCN zal alle oncologische zorg van alle tumorclusters behandelen. We gaan ervan uit dat een instelling grotendeels binnen één CCN opereert. Wel is het van belang dat instellingen met elkaar en het CCN afspraken maken over de tumorclusters waarvoor zij met het netwerk binnen het CCN samenwerken.

Binnen het CCN zitten CCC (Comprehensive Cancer Center, die hebben de regie), ziekenhuizen met oncologisch profiel en ziekenhuizen zonder oncologisch profiel (wel nog een rol in pluis/niet pluis diagnostiek, palliatieve zorg en eventueel chemotherapie).

2 Indicatoren en selectie

De ziekenhuizen worden ingedeeld in 2 categorieën. Alle ziekenhuizen die voldoen aan de door ons vastgestelde kwaliteitscriteria, worden gezien als gespecialiseerde centra. Deze centra kunnen een overeenkomst voor het leveren van borstkankerzorg krijgen. Als een ziekenhuis niet aan de kwaliteitscriteria voldoet, koopt CZ bij dit ziekenhuis geen borstkankerzorg in.

Op basis van literatuuronderzoek en gesprekken met Borstkanker Vereniging Nederland (BVN) zijn volgens CZ de volgende indicatoren van doorslaggevend belang bij de indeling van ziekenhuizen m.b.t. de zorg rondom borstkanker.

Kwaliteitscriteria

1. Aanlevering van de landelijk afgesproken externe NBCA indicatoren aan CZ.
2. Aantal primaire borstkankeroperaties per behandellocatie per jaar.
3. Aantal gecertificeerde NVCO-chirurgen.
4. Aantal gecertificeerde internist-oncologen.
5. Patiënten met een primair mammacarcinoom en/of DCIS dat is opgenomen en geaccordeerd door de behandelaars in de NABON mammaregistratie, waarbij de informatie in de registratie volledig is.
6. Percentage patiënten dat postoperatief besproken is in een multidisciplinair team, waarvan een digitaal verslag beschikbaar is.
7. Percentage patiënten met een BI-RADS eindcategorie in de verslaglegging.
8. Percentage patiënten dat pre-behandeling is besproken in een multidisciplinair team en bij wie een digitaal verslag beschikbaar is.
9. Percentage patiënten bij wie er volledige pathologie verslaglegging zoals gedefinieerd is vastgelegd.

Inkoopgesprekken

In de ziekenhuizen waar wij kwaliteitsgesprekken voeren zullen wij de aangeleverde indicatoren waar nodig bespreken. Indien nodig worden verbeterafspraken gemaakt. Verder worden met de radiotherapeutische afspraken over wachttijden gemaakt.

2.1 Aanlevering van de landelijk afgesproken externe NBCA indicatoren aan CZ

Een ziekenhuis dat de landelijk afgesproken externe indicatoren aanlevert aan CZ, komt in categorie 1. Een ziekenhuis dat hier niet aan voldoet komt in categorie 2.

Data zijn afkomstig uit NBCA

2.2 Aantal primaire operaties per behandellocatie

Alle onderzoeken over de relatie tussen borstkanker en volume werden systematisch beoordeeld.² De conclusie van deze review is dat er een significante relatie is tussen de overleving na borstkanker en hoogvolume centra. Er is echter geen wetenschappelijk bewijs voor een minimaal volume per ziekenhuis of per chirurg. Daarvoor waren de onderzoeken te verschillend. Naast het volume zijn namelijk ook andere criteria, zoals de organisatie van de borstkankerzorg en de infrastructuur van belang voor de beoordeling van borstkankercentra en hun kwaliteit.

Uit onderzoek van Siesling e.a. blijkt dat de minimumgrens voor aantal operaties per ziekenhuis ligt bij 75 operaties per jaar.³ In dit onderzoek is de grens gelegd bij < 75 operatie, 75-99, 100-149, 150-200 en > 200. Bij de ziekenhuizen met minder dan 75 operaties per jaar bedroeg de 10-jaarsoverleving beduidend minder dan in de andere cohorten.

De NVvH (Nederlandse Vereniging van Heelkunde) heeft in juni 2012 de kwaliteitscriteria voor de chirurgische behandeling van borstkanker openbaar gemaakt in versie 3.0. Bij het opstellen van de normen heeft de NVvH de behandelingen in vier categorieën ingedeeld. De behandeling van borstkanker valt in categorie III: hoogcomplex en laagcomplex hoogvolume chirurgische behandelingen waarvoor geen wetenschappelijk bewijs is dat een bepaalde volumennorm tot betere kwaliteit leidt. De NVvH heeft voor deze categorie een algemene norm van tenminste 50 chirurgische behandelingen per ziekenhuis per jaar gesteld.

In een artikel in Medisch Contact over borstkankerczorg wordt gesteld dat zolang er onvoldoende informatie is over kwaliteit, volumes een cruciale rol spelen.⁴ Er zijn grote verschillen tussen ziekenhuizen wat borstkankerczorg betreft (zie ook “Kwaliteit van Kankerczorg in Nederland” van KWF), meer transparantie over kwaliteitsverschillen is nodig. Meer volume en een betere samenwerking kunnen de borstkankerczorg verbeteren. De auteurs van het artikel vinden net als CZ dat patiënten moeten kunnen kiezen in welk ziekenhuis ze zich zullen laten behandelen. Zij moeten dan weten waar ze de beste overlevingskansen hebben en de minste kans op gezondheidsschade door de behandelingen. Zolang deze uitkomstindicatoren nog niet gebruikt kunnen worden is volume een belangrijke indicator. Er zijn verschillende soorten borstkanker, waarvan een aantal vrij zeldzaam. Kleine ziekenhuizen zullen deze patiënten bijna nooit zien. Met kleine aantallen kan een ziekenhuis gewoon niet op alle onderdelen deze zorg voor alle patiënten goed regelen.

De BVN heeft in 2013 de ondergrens verhoogd. Zij heeft als criterium dat het ziekenhuis minimaal 100 nieuwe borstkankerpatiënten per jaar opereert (primair mammacarcinoom).

Selectief inkoopbeleid CZ

In categorie 2 komen ziekenhuizen die minder dan 75 primaire borstkankeroperaties per jaar per behandellocatie verrichten. De minimumnorm van 50 primaire operaties, zoals de NVvH heeft gesteld, is een norm voor een gehele categorie hoogvolume zorg en is niet specifiek voor borstkanker.

Als een ziekenhuis met goede redenen omkleed kan aantonen dat het de volumennorm voor een tumorsoort in een jaar niet gehaald heeft, maar dit in de voorafgaande jaren wel het geval was en het gemiddelde over drie jaar wel in orde was, geldt dat de volumennorm wel gehaald is. Dit is zo benoemd in het SONCOS normeringsrapport 3, 2015.⁵ CZ zal dit beleid volgen.

Data zijn afkomstig uit SONCOS (via NBCA)

2.3 Tenminste twee gecertificeerde NVCO-chirurgen

De aanwezigheid van minimaal twee gecertificeerde NVCO (Nederlandse Vereniging voor Chirurgische Oncologie) chirurgen die borstkankerpatiënten behandelen en deel uitmaken van het mammateam, is nodig om de continuïteit van zorg te kunnen waarborgen en elkaar te kunnen adviseren. Deze zorg moet niet versnipperd zijn over teveel artsen, maar er moet sprake zijn van specialisatie in de borstkankerchirurgie.

In de SONCOS-normen wordt ervan uitgegaan dat een centrum dat borstkankerpatiënten behandelt moet kunnen beschikken over tenminste twee gecertificeerde NVCO chirurgen.

Selectief inkoopbeleid CZ

Om in categorie 1 te komen moeten er in een ziekenhuis minimaal twee gecertificeerde NVCO chirurgen zijn die borstkankerpatiënten behandelen.

Het ziekenhuis komt in categorie 2 indien er minder dan twee gecertificeerde NVCO chirurgen aanwezig zijn die borstkankerpatiënten behandelen.

Data zijn afkomstig uit SONCOS (via NBCA)

2.4 Tenminste twee gecertificeerde internist-oncologen

De SONCOS-normen⁶ vereisen bij de algemene voorwaarden dat er tenminste twee internisten met registratie in het aandachtsgebied oncologie aanwezig dienen te zijn. De aanwezigheid van minimaal twee internist-oncologen die zich bezig houden met borstkankerpatiënten binnen het behandelteam is nodig om de continuïteit van zorg te kunnen waarborgen en elkaar te kunnen adviseren.

Om de juiste zorg te kunnen leveren dienen de internisten gecertificeerde internist-oncologen te zijn. CZ vindt tenminste twee gecertificeerde internist-oncologen die borstkankerpatiënten behandelen een vereiste om borstkankercare in de volle breedte te kunnen aanbieden en de continuïteit te kunnen waarborgen. Indien dit aandachtsgebied over teveel oncologen is versnipperd vindt CZ dit geen optimale zorg.

Selectief inkoopbeleid CZ

Er dienen tenminste twee gecertificeerde internist-oncologen die borstkankerpatiënten behandelen aanwezig te zijn op de behandellocatie. Indien dit niet het geval is dan wordt het ziekenhuis in categorie 2 ingedeeld.

Data zijn afkomstig uit SONCOS (via NBCA)

2.5 Niet landelijk of vrijwillig geregistreerde indicatoren

De indicator over het percentage patiënten dat besproken is een multidisciplinair team en bij wie een digitaal verslag beschikbaar is, de indicator over de BI-RADS eindcategorie in radiologische verslaglegging en de indicator over een volledig pathologieverslag, zijn sinds 2017 als vrijwillige indicatoren opgenomen in de landelijke uitvraag. De meerderheid van de ziekenhuizen heeft deze gegevens beschikbaar gesteld, van een minderheid van de ziekenhuizen hebben wij geen gegevens tot onze beschikking. De indicator van het percentage patiënten in de NABON mammaprofielregistratie is sinds 2017 niet meer opgenomen in de landelijke uitvraag. Wij gaan ervan uit dat alle geselecteerde ziekenhuizen nog steeds aan de gestelde normen bij deze indicatoren voldoen. Deze indicatoren zijn opgenomen in de overeenkomst en ter vaststelling voorgelegd. Mocht het ziekenhuis niet langer aan deze normen voldoen, dan moet het CZ hier onverwijld van op de hoogte brengen. Dit kan consequenties hebben voor de beoordeling en contractering.

2.5.1 Percentage patiënten in de NABON mammaprofielregistratie

De NABON-norm is dat meer dan 90% van de patiënten met een primair mammacarcinoom en/of DCIS is opgenomen en geaccordeerd door de behandelaars in de NABON mammaprofielregistratie, waarbij de informatie in de registratie volledig is.

Selectief inkoopbeleid CZ

Een ziekenhuis dat aan de NABON-norm voor mammaprofielregistratie van meer dan 90% voldoet komt in categorie 1. Een ziekenhuis dat hier niet aan voldoet komt in categorie 2.

Norm is opgenomen in contract ziekenhuizen

2.5.2 Percentage patiënten dat besproken is in MDO

De behandeling van borstkanker is zeer complex en wordt ingesteld op basis van de bevindingen van chirurg, radioloog, internist-oncoloog en patholoog. Om voor elke patiënt het juiste behandelplan op te kunnen stellen, is het belangrijk dat alle bevindingen voor (pre) en na de initiële behandeling (post) in een MDO worden besproken en dat gezamenlijk een behandelvoorstel wordt gemaakt voor de patiënt.

Het SONCOS normeringsrapport van 2016⁷ geeft aan dat een patiëntenbespreking dient plaats te vinden door een mammateam dat minimaal bestaat uit:

- chirurg oncoloog;
- plastisch chirurg;
- radioloog;
- radiotherapeut-oncoloog;
- patholoog;
- internist-oncoloog;
- nucleair geneeskundige;
- mammacare-verpleegkundige of gespecialiseerd verpleegkundige of oncologie-verpleegkundige, allen met aantoonbaar specifieke expertise in mammapathologie.

Volgens de NABON norm dient meer dan 90% van de patiënten zowel vóór de behandeling als ook ná de operatie besproken te worden in dit multidisciplinaire team én er moet een digitaal verslag van beschikbaar zijn.

Selectief inkoopbeleid CZ

Om in categorie 1 te komen dient meer dan 90% van de patiënten zowel vóór de behandeling als ook na de operatie besproken te worden in het MDO én dient daar ook een digitaal verslag van beschikbaar te zijn. Het ziekenhuis komt in categorie 2 indien minder dan 90% van de patiënten vóór de behandeling en/of na de operatie besproken worden in het MDO én waarvan een digitaal verslag beschikbaar is.

Norm is opgenomen in contract ziekenhuizen

2.5.3 BI-RADS eindcategorie in radiologische verslaglegging

Om onduidelijkheden en vage uitspraken te voorkomen wordt het resultaat van een mammogram en aanvullende onderzoeken en een eventueel gevonden afwijking nader geclassificeerd volgens een internationale Amerikaanse score: BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System-classification). Deze kent een score van 0-6.

Het betreft de NBCA-indicator: percentage patiënten met gestandaardiseerd mammaradiologieverslag bij wie een BI-RADS eindcategorie in de diagnostische fase is gemaakt. De NABON-norm is gesteld op meer dan 90%.

Selectief inkoopbeleid CZ

Om in categorie 1 terecht te komen dient een ziekenhuis bij meer dan 90% van de patiënten een BI-RADS eindcategorie in de mammaradiologie verslaglegging te hebben gemaakt. Bij minder dan 90% valt het ziekenhuis in categorie 2.

Norm is opgenomen in contract ziekenhuizen

2.5.4 Volledige pathologie verslaglegging

Om expliciete uitspraken van een patholoog te krijgen op aspecten die van invloed zijn op de verdere diagnostiek en behandeling is een volledige schriftelijke verslaglegging nodig. Dit draagt bij aan de kwaliteit van diagnostiek en behandeling. De NBCA norm vereist dat bij meer dan 90% van de patiënten er een volledige pathologie verslaglegging is (volgens NBCA definitie).

Selectief inkoopbeleid CZ

Indien een ziekenhuis bij meer dan 90% van de patiënten een volledige pathologie verslaglegging heeft dan komt het ziekenhuis in categorie 1. Indien een ziekenhuis bij minder dan 90% van de patiënten een volledige pathologie verslaglegging heeft dan komt het ziekenhuis in categorie 2.

Norm is opgenomen in contract ziekenhuizen

2.6 Samenvatting

Categorie 1: Voldoet aan kwaliteitsnormen CZ

Voldoet aan alle kwaliteitsnormen, dit betekent:

1. Aanlevering van de landelijk afgesproken externe NBCA indicatoren aan CZ.
2. Percentage patiënten met een primair mamma carcinoom en/of DCIS dat is opgenomen en geaccordeerd door de behandelaars in de NABON mammaprofielregistratie, waarbij de informatie in de registratie volledig is. Norm > 90%.
3. Tenminste 75 primaire borstkankeroperaties per behandellocatie.
4. Percentage patiënten dat postoperatief is besproken in een multidisciplinair team, waarvan een digitaal verslag beschikbaar is. Norm > 90%.
5. Percentage patiënten dat pre-behandeling is besproken in een multidisciplinair team, waarvan een digitaal verslag beschikbaar is. Norm > 90%.
6. Tenminste twee gecertificeerde NVCO-chirurgen die borstkankerpatiënten behandelen.
7. Tenminste twee gecertificeerde internist-oncologen die borstkankerpatiënten behandelen.
8. Percentage patiënten met een BI-RADS eindcategorie in de verslaglegging. Norm > 90%.
9. Percentage patiënten waarvan een volledige pathologie verslaglegging zoals gedefinieerd door de NABON beschikbaar is. Norm > 90%.

Categorie 2: Voldoet niet aan kwaliteitsnormen CZ

Voldoet niet aan één of meer van de kwaliteitsnormen, dit betekent:

1. Geen aanlevering van de landelijk afgesproken externe NBCA indicatoren aan CZ.
2. Percentage patiënten met een primair mamma carcinoom en/of DCIS dat is opgenomen en geaccordeerd door de behandelaars in de NABON mammaprofielregistratie, waarbij de informatie in de registratie volledig is minder dan 90%.
3. Minder dan 75 primaire borstkankeroperaties per behandellocatie.
4. Minder dan 90% van de patiënten wordt postoperatief besproken in een multidisciplinair team, waarvan tevens een digitaal verslag beschikbaar is.
5. Minder dan 90% van de patiënten wordt pre-behandeling besproken in een multidisciplinair team, waarvan tevens een digitaal verslag beschikbaar is.
6. Minder dan twee gecertificeerde NVCO-chirurgen die borstkankerpatiënten behandelen.
7. Minder dan twee internist-oncologen aanwezig die borstkankerpatiënten behandelen.
8. Percentage patiënten met een BI-RADS eindcategorie in de verslaglegging is minder dan 90%.
9. Percentage patiënten waarvan een volledige pathologie verslaglegging zoals gedefinieerd door de NABON beschikbaar is, is minder dan 90%.

3 Bronnen

¹ NFK, NFU, NVZ, SAZ & STZ, Kankerzorg maakt zich op voor de toekomst. Op weg naar een veldagenda voor een toekomstbestendig zorglandschap. Oktober 2013.

² G.A. Gooiker e.a., A systematic review and meta-analysis of the volume-outcome relationship in the surgical treatment of breast cancer. Are breast cancer patients better off with a high volume provider? The journal of Cancer Surgery. 2010; S27-S35.

³ S. Siesling, V. Tjan-Heijnen, M. de Roos, Y. Snel, T. van Dalen, M. W. Wouters, H. Struikmans, J. J. M. van der Hoeven, H. Maduro, O. Visser. Impact of hospital volume on breast cancer outcome: a population-based study in the Netherlands. Received: 12 February 2014 / Accepted: 21 July 2014. Springer Science+Business Media New York 2014.

⁴ Hairwassers D., Soelen van S., Willems C. Volume telt wél bij borstkankerzorg. Medische contact. 2013;21:1138-1140.

⁵ SONCOS. Multidisciplinaire normering oncologische zorg in Nederland – Normeringsrapport 3 2015.

⁶ SONCOS. Multidisciplinaire normering oncologische zorg in Nederland – Normeringsrapport 4 2016.

⁷ SONCOS. Multidisciplinaire normering oncologische zorg in Nederland – Normeringsrapport 4 2016.

Disclaimer

CZ heeft de grootst mogelijke zorg besteed aan de samenstelling van de toetsen en indicatoren. De criteria en normen die zijn gebruikt, zijn waar mogelijk gebaseerd op de laatste standaarden en inzichten. CZ aanvaardt echter geen aansprakelijkheid voor onjuistheden of onvolledigheden van informatie afkomstig van derden, hoewel die informatie wel zoveel mogelijk door CZ is gevalideerd. CZ aanvaardt derhalve geen aansprakelijkheid voor schade, overlast, ongemak of andersoortige gevolgen die voortvloeien uit of samenhangen met het gebruik van de door CZ verstrekte informatie. Gebruikers kunnen geen rechten ontleen aan de inhoud van de rangschikking. Hoewel de rangschikking na een zorgvuldig proces tot stand is gekomen, kan CZ aan verzekerden geen resultaten van behandelingen garanderen.

© CZ groep, juni 2018