



Waardegedreven zorgcontractering

Bariatric

OHRA Direct
geregeld

N nationale
nederlanden

Inhoudsopgave

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Inleiding | 3 |
| 1.1 | CZ groep streeft bij bariatric naar inkoop op kwaliteit en kosten | 3 |
| 1.2 | Het aantal mensen met obesitas neemt toe | 3 |
| 2 | Terugblik selectieve inkoop bariatric | 5 |
| 3 | Samenvatting zorginkoopbeleid bariatric | 7 |
| 4 | Focus op uitkomsten, genezen comorbiditeit en kosten | 9 |
| 5 | Uitwerking nieuw model voor waardegedreven zorgcontractering van bariatric | 10 |
| 5.1 | Landelijke minimumnormen | 10 |
| 5.2 | Ten minste een gemiddelde score op kwaliteitsindicatoren DATO | 10 |
| 5.3 | Bovengemiddeld goede score op uitkomstindicatoren | 11 |
| 5.4 | Genezen / verbeterde comorbiditeit | 12 |
| 5.5 | Tarieven van bariatric | 12 |
| 6 | Inkoopconsequenties | 13 |
| 6.1 | Contractmogelijkheden en voorkeursaanbieders | 13 |

Inleiding

1.1 CZ groep streeft bij bariatric naar inkoop op kwaliteit en kosten

CZ groep wil de kwaliteit van de zorg voortdurend verder verbeteren. Het goed, betaalbaar en beschikbaar houden van de Nederlandse zorg zien wij als onze maatschappelijke verantwoordelijkheid. Daarbij willen we in het bijzonder het verschil maken voor onze verzekerden; voor hen gaan we graag een stapje verder! 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.

Verantwoord en dichtbij

In ons zorginkoopbeleid 2020 is het thema 'verantwoord en dichtbij' leidend. Waar mogelijk willen we de zorg dichtbij (laten) aanbieden. Daarbij houden we de balans tussen kosten, kwaliteit en toegankelijkheid scherp in de gaten. Waar nodig kiezen we ervoor om de zorg iets verder weg aan te bieden. Bariatrische zorg is hiervan een mooi voorbeeld. Bariatrische chirurgie is een complexe ingreep die voorbereid en uitgevoerd moet worden door een ervaren, multidisciplinair team. Ook de nazorg wordt door dat team verleend. Omdat het gaat om complexe, gespecialiseerde zorg, vinden wij het vanuit het oogpunt van kwaliteit niet verantwoord dat ieder ziekenhuis deze zorg aanbiedt. Daarom worden bariatrische ingrepen alleen in een beperkt aantal ziekenhuizen uitgevoerd, waarbij patiënten kunnen rekenen op zorg van hoog niveau.

Verdere kwaliteitsverbetering is mogelijk

Toch geloven wij dat er nog verbeteringen mogelijk zijn. Bijvoorbeeld op het gebied van complicaties en het realiseren van duurzaam gewichtsverlies. Ook zien wij nog grote verschillen in kosten, die (vooralsnog) onvoldoende verklaard kunnen worden door verschillen in aanpak of uitkomsten. Daarom willen wij toewerken naar een model waarbij we naar de kwaliteit én de kosten kijken. Met daarbij de nadrukkelijke kanttekening

dat een lagere kwaliteit niet gecompenseerd kan worden door lagere kosten. Het uitgangspunt moet kwalitatief hoogwaardige zorg zijn. Als aan die voorwaarde is voldaan, gaan we pas met zorgaanbieders in gesprek over de kosten van de zorg. Wij zijn bereid om ziekenhuizen¹ die aan onze criteria voldoen te belonen met extra groeirimte.

In dit document lichten wij onze visie nader toe en werken wij het model verder uit.

1.2 Het aantal mensen met obesitas neemt toe

Medio 2018 constateerde het Centraal Bureau voor de Statistiek² dat 1% van de twintigplussers morbide obesitas heeft. Dat betekent dat ruim 100.000 mensen een BMI³ hebben van 40 of meer. Volgens het CBS heeft 14% van de bevolking enige vorm van obesitas (BMI >30), ruim 2,5 keer zo veel als begin jaren 80. Het aantal mensen dat in aanmerking komt voor bariatrische chirurgie is dan ook gestegen. Bij bariatrische chirurgie draait het om een gewichtsafname door een operatieve ingreep die een wijziging in de spijsvertering van de patiënt tot stand brengt.

Comorbiditeit eveneens toe

Overgewicht en obesitas hebben een relatie met verschillende ziekten. Zo hebben mensen met overgewicht en obesitas een grotere kans op type 2 diabetes, hypertensie, cardiovasculaire ziekten, artritis, leververvetting (steatohepatitis), galstenen (cholecystolithiasis), het obstructieve slaapapneusyndroom, onvruchtbaarheid (infertiliteit), psychische

¹ Waar we in dit document spreken over 'ziekenhuis' kan ook 'ZBC' of 'zorginstelling' worden gelezen.

² www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/27/100-duizend-volwassenen-hebben-morbide-obesitas

³ BMI=Body Mass Index, een maat voor de verhouding tussen gewicht en lichaamslengte.

problemen en kwaadaardige tumoren (maligniteiten).^{4,5} Met de toename van het aantal mensen met obesitas stijgt ook het aantal mensen met deze aan obesitas gerelateerde aandoeningen. Zo steeg de gestandaardiseerde jaarprevalentie voor mannen met diabetes mellitus tussen 1991 en 2014 met meer dan 100% en voor vrouwen met ongeveer 50%.⁶ Obesitas heeft daarnaast een relatie met een slechtere kwaliteit van leven en een verminderde levensverwachting. Ernstige obesitas (BMI >35) heeft belangrijke medische en psychosociale consequenties, die tot hoge sociaaleconomische en maatschappelijke kosten leiden. De jaarlijkse kosten van de (medische) zorg voor personen met morbide obesitas (BMI >40) zijn driemaal zo hoog als voor personen met een normaal gewicht.

Duurzaam effect van interventies

Veel instanties houden zich bezig met preventie van overgewicht, zoals de GGD, gemeenten en scholen. Het effect van die programma's is matig; er zijn nog geen vormen van preventie die overtuigend met evidence zijn onderbouwd. De preventieve begeleiding van overgewicht (BMI <35) wordt niet volledig door de basisverzekering gedekt. Met ingang van 1 januari 2019 is hier deels verandering in gekomen en wordt de Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) vergoed vanuit de basisverzekering (zie voor meer informatie ons **zorginkoopbeleid Gecombineerde Leefstijlinterventie 2020**).

Mensen met obesitas kunnen zelfstandig of met hulp vanuit de eerste lijn (huisarts, diëtist) proberen af te vallen. Dit lukt regelmatig. Als dit echter niet lukt, kan bariatrische chirurgie een aangewezen behandeling zijn. Van enkele chirurgische behandelingen van ernstig overgewicht is een duurzaam resultaat aangetoond. Langetermijnonderzoeken laten zien dat er na bariatrische chirurgie een substantiële afname is van mortaliteit en comorbiditeit. Daarnaast neemt het gebruik van de gezondheidszorg af, waardoor ook de directe gezondheidskosten afnemen^{7,8}.

Complexiteit van de bariatrische ingreep

Bariatrische ingrepen zijn technisch complexe operaties die niet zonder risico zijn. De procedures vinden bovendien plaats bij patiënten met een verhoogd operatierisico door een hoog gewicht en de bijbehorende comorbiditeit. Bariatrische chirurgie is daarom een hoog-risico-interventie. De indicatiestelling, de feitelijke ingreep en de nazorgbegeleiding zijn complex. Om zo optimaal mogelijke resultaten te behalen en complicaties te voorkomen,

zijn een adequaat voor- en natraject en een goed op elkaar ingespeeld en ervaren team van groot belang. Volume-eisen per ziekenhuis, per team en per chirurg zijn van belang om de kwaliteit te kunnen garanderen.

⁴ Fried, M., Hainer, V., et al. (2007). Interdisciplinary European Guidelines for Surgery for Severe (Morbid) Obesity. *Obesity Surgery*;17, 260-270.

⁵ Sauerland, S., Angrisani, L. et al. (2005). Evidence-based guidelines of the European Association for endoscopic surgery. *Surg Endosc*;19, 200-221.

⁶ www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/diabetes-mellitus/cijfers-context/trends#node-trend-prevalentie-diabetes

⁷ Buchwald, H. (2005). Bariatric surgery for morbid obesity: health implications for patients, health professionals and third-party payers. *J. Am Coll Surg*;200, 593-604.

⁸ PON Zorgstandaard Obesitas. Amsterdam, 2010: Partnerschap Overgewicht Nederland.



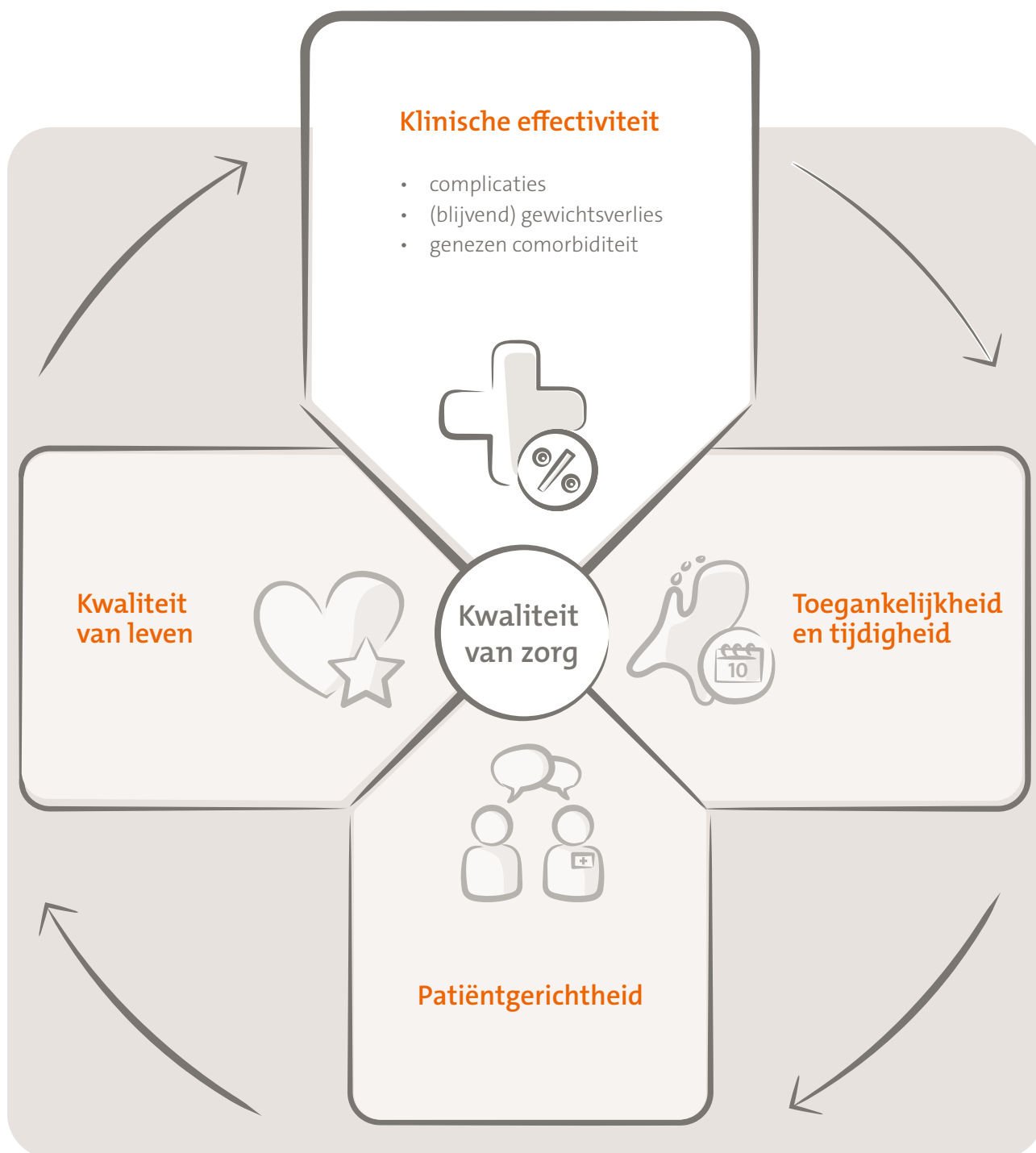
Hoofdstuk 2

Terugblik selectieve inkoop bariatric

In 2010 startte CZ groep met de selectieve inkoop van borstkankerzorg op basis van kwaliteitsnormen. Een jaar later besloten we hetzelfde te doen voor de inkoop van bariatric. Sindsdien is er veel gebeurd. De ontwikkeling van normen door wetenschappelijke verenigingen is bijna gemeengoed, er worden landelijke indicatorensets afgesproken en de inkoop op minimumnormen is landelijk vormgegeven op het niveau van Zorgverzekeraars Nederland. De zorgverzekeraars hebben onderling afgesproken dat er geen zorg wordt ingekocht die niet voldoet aan de minimumnormen⁹.

Deze positieve ontwikkelingen hebben bijgedragen aan het verder verbeteren van de kwaliteit van zorg in Nederland. Waar nodig wil CZ groep, 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 groep kiest er bij een aantal aandoeningen voor om de lat hoger te leggen. Zo handhaven we de selectieve inkoop voor een aantal aandoeningen en kopen we waardegericht in voor bijvoorbeeld depressie, maag- en slokdarmkanker en nier- en blaaskanker.

⁹ Zie: www.zn.nl/336986126/Document?documentregistrationid=3490316291



Bariatric hebben wij een aantal jaren selectief ingekocht. Mede daardoor is het aantal ziekenhuizen dat deze zorg aanbiedt afgenomen en is de kwaliteit van deze zorg verder toegenomen. De ziekenhuizen scoren allemaal goed op uitkomstindicatoren; de mortaliteit is heel laag, net als het aantal complicaties. Omdat wij nog steeds variatie zien in uitkomstindicatoren als complicaties en duurzaam gewichtsverlies, denken we dat er toch nog ruimte voor verbetering is. Bij onze zorginkoop blijft de kwaliteit dan ook voorop staan. Onze visie op kwaliteit is hierbij leidend.

Vanuit deze visie op kwaliteit ligt onze primaire focus op het verbeteren van de klinische effectiviteit. Voor bariatric chirurgie gaat het hier vooral om complicaties, (blijvend) gewichtsverlies en een genezen of verbeterde comorbiditeit.

Omdat wij daarnaast ook grote verschillen zien in de kosten, willen wij ons beleid voor bariatric verder ontwikkelen naar een meer waardegedreven zorginkoop, waarbij inkoop op kwaliteit én kosten centraal staat. In hoofdstuk 3 en 4 gaan we hier uitgebreid op in.

Samenvatting zorginkoopbeleid bariatrie

In 2017 waren er 18 ziekenhuizen die gezamenlijk meer dan 10.000 bariatrische operaties uitvoerden. De zorg voor mensen die een bariatrische ingreep ondergaan, is dus al geconcentreerd bij een beperkt aantal ziekenhuizen. Gemiddeld voeren de ziekenhuizen zo'n 600 operaties per jaar uit. De meeste ziekenhuizen voldoen daarmee ruimschoots aan de minimumnorm. Met ingang van 1 januari 2019 is de landelijke minimumnorm voor het aantal bariatrische ingrepen verhoogd van 100 naar 200 per jaar.

Zoals eerder aangegeven, is de kwaliteit van de zorg hoog en ligt het aantal (ernstige) complicaties en reïnterventies al een aantal jaren stabiel laag. Het percentage complicaties bedroeg gemiddeld 2,35%, 2,72% en 2,30% in 2015, 2016 en 2017. Het aantal reïnterventies bedroeg in die jaren achtereenvolgens 2,17%, 2,57% en 2,18%¹⁰. Toch zien wij op deze uitkomstindicatoren nog verschillen tussen ziekenhuizen. De ziekenhuizen met het laagste complicatiepercentage (tussen 2015 en 2017) scoorden slechts 0,30-0,50%, terwijl de ziekenhuizen met het hoogste complicatiepercentage in dezelfde periode een score hadden van 4,63-6%. Voor het aandeel reïnterventies gelden soortgelijke percentages. (Omdat er een rechtstreeks verband is tussen complicaties en het aantal reïnterventies, zijn de cijfers vaak nagenoeg gelijk).

Verder zien wij op basis van onze eigen declaratiecijfers (medicatiegebruik) nog verschillen in de zogenoemde genezen of verbeterde comorbiditeit (zie hoofdstuk 4 voor een uitgebreide toelichting). Tot slot zien wij grote verschillen in de kosten tussen ziekenhuizen, voor de operatieve ingreep én voor het natraject. Een toelichting hierop is te vinden in hoofdstuk 4 en 5. Vooral nog kunnen wij geen relatie leggen tussen deze verschillen in kosten en de kwaliteit c.q. uitkomsten van de zorg. Daarom zijn deze kostenverschillen expliciet onderwerp van gesprek tijdens onze gesprekken met ziekenhuizen.

Bij de inkoop van bariatrie willen we op grond van bovenstaande kijken naar de kwaliteit en de kosten.

Door te sturen op kwaliteit, wordt de zorg voor onze verzekerden beter en door eveneens te sturen op kosten, houden we de zorg ook betaalbaar. Zorgaanbieders die hoge kwaliteit leveren tegen een gunstig tarief, komen in aanmerking voor een voorkeurscontract, waarbij het volume mag toenemen. Onze verzekerden willen wij actief naar deze zorgaanbieders sturen.

Natuurlijk kunnen alleen ziekenhuizen die voldoen aan de minimumnormen een overeenkomst krijgen voor bariatrische zorg. Om in aanmerking te komen voor een voorkeurscontract, moeten ziekenhuizen achtereenvolgens:

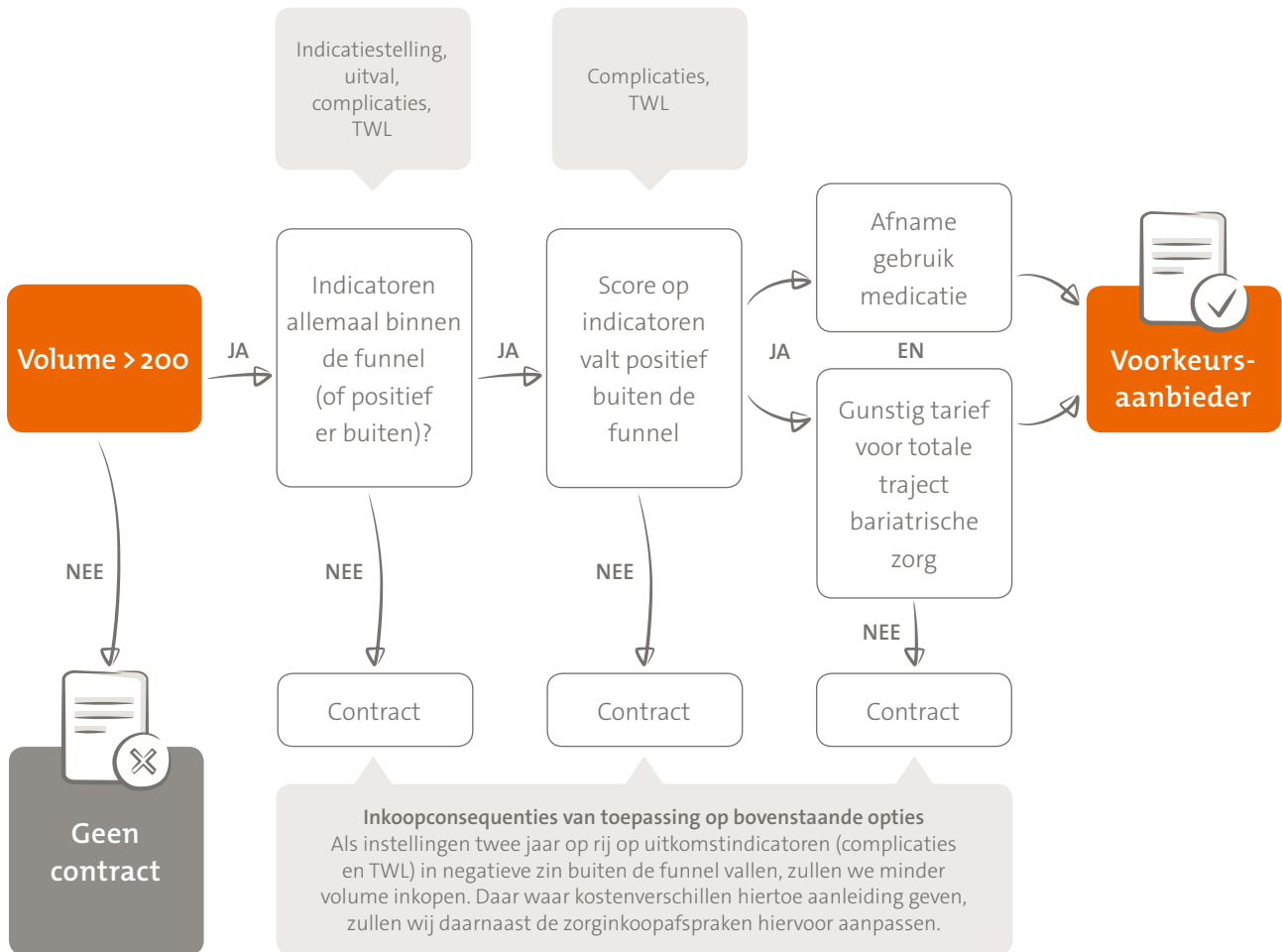
- binnen de norm¹¹ scoren op de indicatoren die bij DATO zijn geregistreerd;
- zich in positieve zin onderscheiden van de andere ziekenhuizen op de uitkomstindicatoren complicaties en TWL;
- een toename van de genezen comorbiditeit laten zien;
- een gunstiger tarief voor het totale traject aanbieden.

Een visuele uitwerking van dit model is op de volgende pagina weergegeven. In hoofdstuk 5 worden de verschillende stappen in het model verder uitgewerkt en toegelicht.

¹⁰ Bron: DATO.

¹¹ Hiermee bedoelen we dat de score op de betreffende indicator binnen de funnel moet vallen.

Visuele weergave nieuwe model



Focus op uitkomsten, genezen comorbiditeit en kosten

De afgelopen jaren heeft CZ groep met succes de kwaliteit van bariatric verbeterd via selectieve inkoop. Ons voorstel voor een doorontwikkeling naar een meer waardegedreven aanpak komt voort uit de bredere wens om met onze zorginkoop de waarde voor de patiënt te verhogen. Bij de bariatrische zorg richten wij ons hierbij op de hele zorgketen: van de indicatiestelling, via de bariatrische ingreep zelf tot aan de nazorg. Het doel van de bariatrische zorg is gewichtsvermindering en gewichtsstabilisering bij de patiënt. CZ groep vindt dat het voortraject, de ingreep zelf en het natraject naadloos op elkaar aan moeten sluiten en moeten passen bij de behoefte van de patiënt.

Voor de zorginkoop voor 2020 blijven wij gebruikmaken van de landelijk beschikbare DATO-gegevens. Bij het selecteren van voorkeursaanbieders geven we daarbij prioriteit aan de uitkomstindicatoren. Uit de landelijke DATO-set gebruiken we in ieder geval de uitkomstindicatoren 'complicaties' en 'percentage Total Weight Loss (TWL)' over meerdere jaren. Hiermee krijgen we inzicht in de mate van duurzaamheid van het resultaat.

Daarnaast maken we gebruik van Vektis-data over genezen en verbeterde comorbiditeit. Immers, (morbid) obesitas gaat gepaard met tal van gezondheidsproblemen, zoals diabetes mellitus en hartfalen. Er is dan ook een rechtstreekse relatie tussen gewicht en medicatiegebruik, waarbij we zien dat het medicatiegebruik fors daalt na een bariatrische operatie. Wij zien dit dan ook als een belangrijke indicator van de mate van succes van de behandeling. Omdat het toevoegen van de indicator HbA1C aan de landelijke dataset helaas nog op zich laat wachten, hebben wij onze eigen data geanalyseerd. We hebben gekeken naar het verloop in het gebruik van medicatie (voor diabetes, hoog cholesterol en hypertensie) in de periode van 1 jaar vóór tot en met ten minste 1 jaar na de operatie. In onze declaratiedata zien wij nog forse verschillen tussen ziekenhuizen in (de afname van) het medicatiegebruik. Voordat wij conclusies (en inkoopconsequenties) verbinden aan deze data, hebben we bij

Vektis de landelijke data opgevraagd. Als deze onze bevindingen bevestigen, nemen wij de genezen / verbeterde comorbiditeit mee in ons waardemodel.

Tot slot brengen we de kosten van het hele zorgpad in kaart. Door de kosten en de kwaliteit met elkaar te verbinden, ontstaat meer inzicht in de mogelijkheden om de bariatrische zorg in te kopen op basis van kosten en kwaliteit. Hierbij vormen het natraject en de follow-up een nadrukkelijk onderdeel van de analyse. Kwaliteit blijft echter altijd leidend in de beoordeling van zorgaanbieders. Verschillen in kosten kunnen wél een onderwerp van gesprek zijn met de zorgaanbieders die gelijk presteren op kwaliteit maar een verschil in kosten laten zien.

Doorontwikkeling

Wij blijven ons inkoopmodel doorontwikkelen, zodat we voortdurend scherp blijven op mogelijkheden om de waarde van de zorg voor onze verzekerden te verbeteren. Zo wil CZ groep vroegtijdig inzicht krijgen in de (nu (nog) niet landelijk beschikbare) uitkomstindicatoren, zoals de PROM. Zodra een betrouwbare PROM beschikbaar is, wil CZ groep deze meenemen in het zorginkoopbeleid. Ook blijven wij de diversiteit in de inhoud van het natraject nauwlettend volgen, mede in relatie tot de uitkomsten en de kosten.

Uitwerking nieuw model voor waardegedreven zorgcontractering van bariatric

Zoals we in hoofdstuk 3 al hebben toegelicht, hebben wij een getrappt model ontwikkeld voor het selecteren van voorkeursaanbieders, zodat wij onze verzekerden kunnen begeleiden naar ziekenhuizen die kwalitatief hoogwaardige zorg bieden tegen een gunstig tarief. Hieronder lichten wij de verschillende stappen van het model toe.

5.1 Landelijke minimumnormen

CZ groep sluit zich volledig aan bij de landelijke minimumnormen en de afspraken die daarover worden gemaakt binnen Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Als een ziekenhuis niet (langer) voldoet aan de volumennorm en er in ZN-verband geen aanvullende afspraken worden gemaakt, gaat CZ groep geen overeenkomst aan met het betreffende ziekenhuis.

5.2 Ten minste een gemiddelde score op kwaliteits-indicatoren DATO

De eerste stap in het model bestaat uit de landelijke indicatoren uit de DATO-set. Om in aanmerking te komen voor een voorkeurscontract, moeten alle indicatoren ten minste binnen de funnel vallen (of er in positieve zin buiten vallen). Het gaat om de volgende indicatoren¹²:

A Percentage primair geopereerde patiënten dat voldoet aan de indicatiestelling op basis van BMI en leeftijd.

Percentage primair geopereerde patiënten, waarbij voldaan is aan de indicatiestelling zoals die is gedefinieerd in de 'Richtlijn Morbide Obesitas' (2011) op basis van Body Mass Index (BMI) en leeftijd.

B Percentage primair geopereerde patiënten dat na 1 t/m 5 jaar postoperatief gestopt is met het behandelings-/begeleidingstraject.

Percentage primair geopereerde patiënten, waarbij een follow-up is geregistreerd na 1 t/m 5 jaar na de primaire operatie conform de 'Richtlijn Morbide Obesitas' (2011).

C Percentage patiënten dat primair geopereerd is en/of secundaire chirurgie heeft ondergaan, met gecompliceerd beloop binnen 30 dagen.

Percentage primair en/of secundair geopereerde patiënten, waarbij een ernstig gecompliceerd beloop binnen 30 dagen is opgetreden. De indicator 'Ernstig gecompliceerd beloop' wordt berekend volgens de Clavien-Dindo-classificatie vanaf graad 3, waarbij diagnostisch chirurgische interventies zonder bevindingen geëxcludeerd moeten worden. De meest ernstige complicaties vergen een heroperatie binnen 30 dagen.

D Percentage primair geopereerde patiënten met meer dan 20% Total Weight Loss na 1 t/m 5 jaar postoperatief, uitgesplitst per type ingreep.

¹² Bron: Indicatorgids bariatrische chirurgie (DATO), verslagjaar 2019.

5.3 Bovengemiddeld goede score op uitkomstindicatoren

Ziekenhuizen die aan de hierboven genoemde criteria voldoen én op een van de uitkomstindicatoren (aantal complicaties en TWL) bovengemiddeld goed scoren,

komen in aanmerking voor een voorkeurscontract, mits zij ook voldoen aan de hiernavolgende 2 criteria.

In onderstaande tabel geven wij weer op welke manier wij de DATO-indicatoren classificeren en waarde toekennen in ons model.

| Indicatoren DATO 2019 | Landelijke minimum-normen | Ten minste gemiddelde score op uitkomsten | Bovengemiddeld goede score op uitkomsten |
|---|---------------------------|---|--|
| 1 Aantal primaire bariatrische ingrepen per ziekenhuislocatie. | Toets op volumenorm 200 | | |
| 2 Aantal secundaire bariatrische ingrepen per ziekenhuislocatie. | | | |
| 3 Percentage patiënten dat primair geopereerd is en/of secundaire chirurgie heeft ondergaan in verband met morbide obesitas, waarbij de informatie in de registratie volledig is. | | | |
| 4 Percentage primair geopereerde patiënten dat voldoet aan de indicatiestelling op basis van BMI en leeftijd. | | x | |
| 5 Percentage primair geopereerde patiënten dat één t/m vijf jaar postoperatief gestopt is met het behandelings-/begeleidingstraject. | | x | |
| 6 Percentage patiënten dat primair geopereerd is en/of secundaire chirurgie heeft ondergaan, met gecompliceerd beloop binnen 30 dagen. | | x | x |
| 7 Percentage patiënten dat primair geopereerd is en/of secundaire chirurgie heeft ondergaan, waarvoor een reïnterventie binnen 30 dagen heeft plaatsgevonden. | | | |
| 8 Percentage primair geopereerde patiënten met meer dan 20% Total Weight Loss na één t/m vijf jaar postoperatief, uitgesplitst per type ingreep. | | x | x |
| 9 Percentage primair geopereerde patiënten dat pre- én postoperatief deel heeft genomen aan de PROM's vragenlijst. | | | |

5.4 Genezen / verbeterde comorbiditeit

Zoals we in hoofdstuk 3 al beschreven, willen wij de genezen / verbeterde comorbiditeit meenemen in ons model als graadmeter voor een goede kwaliteit van zorg. Ook in de richtlijn wordt aangegeven dat genezen / verbeterde comorbiditeit, samen met kwaliteit van leven, de ultieme uitkomstmaat is voor het succes van de bariatrische chirurgie.

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat een bariatrische operatie vrijwel direct gepaard gaat met een afname van comorbiditeit, zoals diabetes mellitus, hypertensie en een verhoogd cholesterol. Dit is onder meer zichtbaar in een afname van het medicatiegebruik (tot zelfs het volledig stoppen van de medicatie). Dat wordt bevestigd door onze declaratiecijfers. Daarom nemen wij de afname van het medicatiegebruik bij diabetes mellitus, hypertensie en een verhoogd cholesterol mee als indicator. Als er sprake is van een bovengemiddeld goede afname, komen ziekenhuizen – mits zij voldoen aan de andere indicatoren – in aanmerking voor een voorkeurscontract.

CZ groep heeft een marktaandeel van ongeveer 21%. Om betrouwbare uitspraken te kunnen doen over een (significante) afname van het medicatiegebruik, is het belangrijk om over landelijke data te beschikken. Wij hebben een aanvraag bij Vektis gedaan; in mei/juni 2019 kunnen wij pas beoordelen of de data beschikbaar én voldoende betrouwbaar zijn om mee te nemen in ons model.

5.5 Tarieven van bariatrische zorg

Bij de beoordeling van de tarieven gaan we uit van een gewogen gemiddeld tarief per patiënt per jaar. Onder 'gunstige tarieven' verstaan we tarieven met een gemiddelde of lager dan gemiddelde prijs (kosten per patiënt per jaar, zowel voor de operatie, als het voor- en natraject). Dit gewogen gemiddelde tarief wordt nog vastgesteld op basis van de definitief overeengekomen tarieven voor 2020.

Inkoopconsequenties

6.1 Contractmogelijkheden en voorkeursaanbieders

Voor zorgaanbieders die voldoen aan de landelijke minimumnormen voor kwaliteit en die in 2018 gecontracteerd waren, zijn er 2 mogelijkheden:

1 Ziekenhuizen die bovengemiddeld goed scoren op de uitkomstindicatoren complicaties en TWL, een toename laten zien van de genezen / verbeterde comorbiditeit (wat zich uit in een afname van het medicatiegebruik) en een gunstig tarief voor het hele traject willen afspreken. Met deze ziekenhuizen kunnen we afspraken maken over meer volume of een flexibel volume. Daarnaast zijn zij bij de bemiddeling door het Zorgteam en op onze Zorgvinder de eerste keus in de begeleiding van onze verzekerden.

Om in aanmerking te komen voor een mogelijke volumeverhoging, moeten ziekenhuizen achtereenvolgens:

- 1 op alle indicatoren binnen de norm scoren;
- 2 zich op de uitkomstindicatoren in positieve zin onderscheiden van de andere ziekenhuizen;
- 3 een toename van de genezen / verbeterde comorbiditeit laten zien;
- 4 een gunstig tarief voor het totale traject aanbieden.

2 Ziekenhuizen die niet onder 1 vallen. Hiermee maken we op de reguliere manier inkoopafspraken. Wanneer verschillen in de tarieven (de kosten van het totale traject) daartoe aanleiding geven, spreken we lagere tarieven en/of volumes af (geen volumegroei of zelfs krimp).

Planning en communicatie

De DATO-gegevens over 2018 ontvangen wij naar verwachting eind april/begin mei. De Vektis-data hopen wij uiterlijk eind mei te ontvangen. Begin juni stellen we ons model dan definitief vast. We streven ernaar om de zorgaanbieders uiterlijk op 1 juli te berichten over de uitkomsten van de beoordeling.

In alle gevallen nemen wij de uitkomsten van onze beoordeling mee in het kwaliteitsoverleg dat wij periodiek met de zorgaanbieders voeren. Verbeterafspraken leggen we vast en volgen we.

Tot slot geven we op onze Zorgvinder (www.cz.nl/zorgvinder) aan met welke aanbieders wij een voorkeurscontract hebben. Ziekenhuizen die geen bariatrische chirurgie (meer) uitvoeren, worden hier niet getoond.



Zorg die verder gaat