

INKOOPBELEID ACHMEA 2016

Huisartsenzorg

Het totale budget voor huisartsenzorg en integrale zorg groeit. In het akkoord is een jaarlijks groeipercentage overeengekomen van maximaal 2,5%. Dat percentage is onderverdeeld in een reguliere groei van 1% die aansluit bij de bevolkingsgroei en een aanvullende substitutieruimte van 1,5% van het budgettaire kader zorg (BKZ) voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. De nieuwe huisartsenbesteding is dus geen bezuiniging; er is zelfs ruimte voor groei. Wel is het belangrijk dat de huisartsen en zorggroepen in Nederland niet de gestelde groeiruites overschrijden. Bovenop het groeipercentage van maximaal 2,5% krijgen verzekeraars en zorgverleners de mogelijkheid aanvullende afspraken te maken over gewenste substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn.

Eerstelijnsdiagnostiek

Is een beleidsprioriteit van Achmea bij zorginkoop 2016. Wordt door Achmea beschouwd als een belangrijk onderdeel van het zorgstelsel. "Jaarlijks komen er meer dan een miljoen verzekerden mee in aanraking. Veelal is het de huisarts die een aanvraag doet voor diagnostiek en de resultaten gebruikt bij het maken van keuzes voor de beste behandeling. De kosten voor eerstelijnsdiagnostiek zijn vaak onnodig hoog en komen ten laste van het eigen risico.

Achmea ziet het als een uitdaging om samenwerking tussen de leveranciers en huisartsen(groepen) te stimuleren, de toegankelijkheid en kwaliteit voor onze verzekerden hoog te houden en tegelijkertijd de kosten in de hand te houden. Hiertoe wil Achmea de komende jaren *intensiever* gaan samenwerken met een select aantal voorkeursleveranciers. Achmea heeft voor de zorginkoop 2016 (basis)kwaliteitseisen voor alle leveranciers van eerstelijnsdiagnostiek. We kopen de eerstelijnsdiagnostiek gedifferentieerd in bij aanbieders met efficiëntere bedrijfsvoering op basis van prijs- en productanalyses. Waar nodig zal Achmea volumeverhuiving stimuleren om efficiëntere bedrijfsvoering te bevorderen. Achmea wil daarnaast onnodige verwijzing en dubbele diagnostiek bij verwijzing naar de tweede lijn voorkomen. Op deze wijze zorgt Achmea ervoor dat het eigen risico van de verzekerden niet onnodig wordt aangesproken en de toegankelijkheid en kwaliteit op niveau blijven. Achmea belooft de klant eerstelijnsdiagnostiek tegen lagere kosten, beschikbaar in de buurt en van hoge kwaliteit.

Als instapvoorwaarde voor de contracteringen voor eerstelijnsdiagnostiek (zorgmodule) stelt Achmea het volgende:

- Hanteert uw (ziekenhuis)laboratorium voor het aanvragen van eerstelijnsdiagnostiek het digitaal LESA-formulier (Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken), zoals opgesteld door SAN/NVVC op basis van de NHG-standaarden?
- Zijn binnen uw (ziekenhuis)laboratorium alle aanvragen en uitslagen van eerstelijnsdiagnostiek alsmede noodzakelijke uitwisseling van gegevens met derden in geval van verwijzing volledig digitaal ondersteund?
- Organiseert u minimaal tweemaal per jaar een diagnostisch toetsoverleg (DTO) waarbij aanvragers feedback krijgen over aanvraaggedrag, gebaseerd op door u gegenereerde spiegelinformatie?

Medische hulpmiddelen

Beleidsprioriteiten van Achmea voor inkoop 2016 zijn: hoortoestellen, wondverzorging, katheters, orthopedisch schoeisel, zittend ziekenvervoer. Diabetes hulpmiddelen zijn dus geen prioriteit.

Medisch specialistische zorg

Achmea heeft meerjarenvisie ontwikkeld. Technologische, bouwkundige en medische ontwikkelingen in de zorg moeten mogelijk blijven om de kwaliteit van de Nederlandse zorg te verbeteren. Het is voor zowel verzekeraar als zorgaanbieder belangrijk daarin keuzes te maken. Vanuit het bestaande beleid in zorgmodules zal worden gekeken naar de toekomstverwachtingen van benodigde zorg in kerngebieden. Gedacht wordt aan een onderscheid in vier categorieën:

1. Categorie 0. Niet contracteren: zorg die niet door de aanbieder geleverd wordt of geleverd zou moeten worden (bijvoorbeeld vanwege het niet voldoen aan de minimumnormen).

2. Categorie I. Vaste opbrengst meer jaren ('aanneemsom'): zorg met beschikbaarheidsfunctie die onlosmakelijk met de infrastructuur verbonden is.
3. Categorie II. P*Q meer jaren ('maximum omzet = omzetplafond'): zorg die past in het profiel van de zorgaanbieder. Het betreft hier zorg waar de aanbieder een concurrentieel voordeel heeft.
4. Categorie III. P*Q 1 jaar: sterk concurrentiële zorg waarbij de zorgaanbieder geen voordeel heeft ten opzichte van alternatieven.

Bij de inkoop van medisch specialistische zorg heeft Achmea 24 zorginkoop onderdelen geformuleerd. Een aantal daarvan worden hier besproken

- A. **Oncologie:** vanuit meerjarig perspectief is het beleid van Achmea op het gebied van oncologie gericht op het verkrijgen van maximale transparantie op uitkomstindicatoren, verbeteren van kwaliteit en toegankelijkheid van oncologische zorg en optimale ondersteuning van de keuzemogelijkheden voor de patiënt. Door inkoopconsequenties te verbinden aan de gepresenteerde kwaliteitsresultaten, belonen wij zorgaanbieders die bovengemiddeld scoren. Bovenstaande kan alleen worden gerealiseerd wanneer het volume van de aangeboden zorg zorgvuldig afgestemd is op de zorgvraag in de regio en door onverklaarbare prijsverschillen van gelijke zorgproducten tussen zorgaanbieders te minimaliseren.

Kwaliteit darmkanker: Achmea zal de bovengemiddeld presterende zorgaanbieder belonen in de zorginkoop 2016. Hiervoor worden twee uitkomstindicatoren voor operatieve behandeling van dikke darmkanker gebruikt: mortaliteit binnen dertig dagen na operatie en risico op een gecompliceerd beloop. Beide indicatoren zijn afkomstig uit de DICA-registratie waarbij een casemixcorrectie is toegepast. Naast deze indicatoren zal ook met betreffende zorgaanbieders de dialoog worden aangegaan om de uitslagen naar realiteit te kunnen duiden. De resultaten uit de dataregistratie 2013-2014 worden inzichtelijk gemaakt. Met de best presterende aanbieders wordt een vrij volume voor de operatieve behandeling van dikkedarmkanker afgesproken.

Bevolkingsonderzoek darmkanker: Net als in voorgaande jaren koopt Achmea de coloscopieën voor 2016 selectief in bij zorgaanbieders. In de selectie wordt onder andere gekeken of de zorgaanbieders een samenwerkingsovereenkomst hebben met het RIVM, maar ook de prijs die de instellingen offereert evenals eventuele vervolgzorg na de coloscopie zijn belangrijk.

Toekomst oncologie: Om de oncologische zorg toekomstbestendig te maken is een nauwere samenwerking tussen zorgpartijen noodzakelijk. Achmea zal zich daarom in de komende jaren inzetten om te komen tot kwalitatief hoogwaardige oncologische netwerken. Het streven is om binnen een netwerk de zorg in de volle breedte voor de meest voorkomende oncologische diagnoses te leveren. In 2016 neemt Achmea de volgende stap om te komen tot netwerkafspraken tussen zorgpartijen bij de behandeling van borstkanker.

- B. **CVA:** Voor 2016 zijn een aantal beleidsprioriteiten opgesteld. Deze zijn van toepassing op de zorgaanbieders die trombolysen bieden: Achmea hanteert minimale uitkomstmaten waar ziekenhuizen aan moeten voldoen. Voor de trombolysen verwachten we dat de mediane door-to-needle time (DTN) < 35 minuten is (uiterlijk per 1 januari 2016 gerealiseerd). - Per 1 januari 2017 verwachten we dat het percentage getrombolysede patiënten > 15% is. Achmea zal ter stimulering van best practices voor CVA-zorg opnieuw pluscertificaten uitreiken. Criteria hierbij zijn:
- de resultaten van de indicatoren voor trombolysenzorg (door-to-needle time en percentage getrombolysede patiënten);
 - beschikbaarheid van een CT-angio gedurende 7 x 24 uur;
 - implementatie van de CBO-richtlijn Diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte (2008) ten aanzien van oefentherapie, namelijk doorbehandeling in de weekenden;
 - goede transmurale afstemming, kwaliteitsmonitoring en verbetering van de zorg in de keten;
 - gebruik van het VRA- of VERENSO-triage-instrument;
 - het opstellen van een individueel zorgplan (IZP), waardoor de eigen regie en het zelfmanagement van patiënten optimaal ondersteund wordt.
- C. **Cardiologie:** De focus vanuit medisch specialistische zorg richt zich op de tweedelijnsdiagnostiek en -behandeling. Goede diagnostiek, zowel in de eerste als in de tweede lijn, is van groot belang voor de kwaliteit van de behandeling. Onder goede diagnostiek

verstaat Achmea correcte diagnostiek – dus geen over-, onder- of dubbele diagnostiek – die de patiënt zo min mogelijk belast. In 2016 wordt begonnen met de coronaire angiografie. Achmea zal de komende jaren de kwaliteit van de cardiochirurgie en de complexere cardiologie (met name de elektrofysiologie en de PCI) goed in kaart gaan brengen en daarbij kritisch naar de doelmatigheid van de geboden zorg gaan kijken. Betere organisatie en samenwerking in regionale netwerken zullen steeds belangrijker worden. Coronaire angiografie (CAG) is sinds lange tijd de gouden standaard in de cardiologie om een vernauwing in de kransslagaderen van het hart aan te tonen. Inmiddels is er goed wetenschappelijk bewijs van de waarde van de coronaire CT-angiografie (de calciumscan en de scan met contrastvloeistof) is voorhanden en wordt in meerdere klinieken uitgebreid toegepast. Het beleid van Achmea richt zich erop dat de CAG alleen uitgevoerd mag worden wanneer in dezelfde sessie, indien medisch noodzakelijk, een interventie (dotterbehandeling) gedaan kan worden. Aanbieders die dit niet kunnen, worden gestimuleerd om bij de diagnostiek de coronaire CT-angiografie uit te voeren.

D. Diabetes: De gehanteerde uitgangspunten zijn:

- Van patiënten in de tweede lijn die in de eerste lijn behandeld kunnen worden, wordt het hoofdbehandelaarschap in beginsel overgedragen aan de huisarts.
- Zorg van minimaal gelijke kwaliteit wordt dichtbij huis geleverd door de huisarts, die het medische en psychosociale dossier in zijn geheel kent.
- Intensieve controles vroeg in het ziektebeloop in de eerste lijn verminderen complicaties en ziekenhuisbezoek.
- Betere registratie van de e-diabetes kernset leidt op termijn tot meer transparantie over kwaliteit met meer keuze-informatie voor de klant.
- Achmea betaalt deels eerstelijnsstarieven aan tweedelijnszorgaanbieders met relatief veel diabetespatiënten in vergelijking tot de eerste lijn, wanneer er geen verklaring is voor een afwijkend percentage diabetespatiënten.
- Verdere concentratie van zorg voor kinderen met diabetes om de kwaliteit van zorg (op basis van medische uitkomsten zoals HbA1c) te bevorderen en het aantal acute opnames (gerelateerd aan diabetes) terug te brengen.
- Bij de zorginkoopspecificaties wordt onderscheid gemaakt tussen de zorg voor kinderen en de zorg voor volwassenen met diabetes mellitus. Zorgaanbieders die laten zien dat ze kwalitatief goede en doelmatige zorg leveren, kunnen in aanmerking komen voor een pluscertificaat. Hiertoe wil Achmea ook in 2016 verder werken aan het beschikbaar komen van (uitkomst)indicatoren.

In het kader van het 4-jarig Programma Kwaliteit van zorg zijn er twee trajecten voor diabeteszorg, die uiteindelijk moeten leiden tot één diabeteszorgregistratie.