

Zorginkoop op basis van kwaliteit staat nog in de kinderschoenen

De prijs van twintig Maserati's

Robert Crommentuyn

Selectieve zorginkoop is een hoeksteen van het zorgstelsel. Het dwingt zorgaanbieders om zich met betere kwaliteit te onderscheiden terwijl de prijs beheersbaar blijft. Dat is de theorie. De praktijk blijkt weerbarstiger.

Je zou denken dat onderhandelingen waar miljoenen euro's op het spel staan, gepaard gaan met verhitte koppen en oplopende emoties. Niets blijkt minder waar bij gesprekken die zorgverzekeraar CZ voert met het Jeroen Bosch Ziekenhuis (JBZ) in Den Bosch. Weliswaar staat de inkoop van DBC's in het B-segment ter discussie – tussen deze twee partijen toch goed voor een omzet van 18 miljoen euro – de sfeer is vriendelijk, beheerst en collegiaal.

De gemoedelijke omstandigheden zijn wellicht typerend voor Brabantse bestuurskamers. Of het zijn de karaktertrekken van de aanwezigen die al te felle discussies in de weg staan. Wat

ongetwijfeld ook een rol speelt, is dat het bij deze onderhandelingen nog nauwelijks over geld gaat. Medisch adviseur Geert van Hoof en zorginkoper René Schunselaar van CZ zijn eerst en vooral geko-

men om te praten over de kwaliteit van zorg. Het is voor beide partijen de tweede ontmoeting op rij waarin voornamelijk zorginhoudelijke kwesties worden besproken. Namens het ziekenhuis zitten financieel directeur Peter Langenbach en directeur Patiëntenzorg Cor van Driel aan. Net als de vorige keer worden ze vergezeld door enkele medisch specialisten. Dit keer neuroloog Thom Timmerhuis en internist Simo Brada. Het JBZ-team telt als vijfde deelnemer adviseur Financiën en Control Esther Boelen.

'Voor robotchirurgie bij prostaatkanker zijn wij voorkeursziekenhuis'

Eén loket

Langenbach leidt de bijeenkomst. 'Wij inventariseren in deze kwaliteitsgesprekken onderwerpen voor speciale afspraken', legt hij uit. 'Als ziekenhuis denken wij dat we op een aantal gebieden bovenregionale kwaliteit leveren en over die speerpunten willen we graag afspraken maken met CZ. Vorig jaar hebben we dat al gedaan voor robotchirurgie bij prostaatkanker. Voor die ingreep zijn wij voorkeursziekenhuis.' Tijdens het vorige overleg stonden vooral de behandelingen ter discussie die er in het B-segment zijn bijgekomen. Het betreft zaken als angina pectoris en hartfalen. Een cardioloog heeft toen een en ander uitgelegd over de zorg in het JBZ. Maar CZ heeft nog aanvullende vragen. Bijvoorbeeld of er initiatieven zijn om het aantal heropnames bij chronisch hartfalen te verminderen. Ook wil de verzekeraar weten welk percentage van de diagnoses bij pijn op de borst binnen twaalf uur is afgerond en hoe de declaratieregels voor angina pectoris worden nageleefd. De cardioloog is er nu niet bij. En antwoorden op de vragen zijn er nog niet. Het JBZ zal deze vragen alsnog schriftelijk beantwoorden.

Het volgende onderwerp is het obstructieve-slaapapneusyndroom (OSAS). Longarts Thomas Macken heeft over de zorg voor deze aandoening bij de vorige ontmoeting een presentatie gegeven. Langenbach: 'Bij OSAS zijn verschillende specialismen betrokken: longartsen, kno en neurologie. In ons slaap-waakcentrum bieden we de zorg geïntegreerd aan met één loket voor de patiënt. Het is een van onze speer-

punten en we zouden graag zien dat CZ ons kiest als *preferred provider*.' Medisch adviseur Van Hoof stelt vast dat het CZ nog belangrijke informatie mist. 'We willen graag het onderscheidend vermogen van het JBZ op dit punt kunnen vaststellen. Daarvoor hebben we aanvullende informatie nodig over bijvoorbeeld resultaten en protocollen. Van Driel vraagt aan neuroloog Timmerhuis of hij de gevraagde informatie kan aanleveren. Dat is geen probleem.'

Vertraging

Het gesprek gaat verder over de behandeling van patiënten met een beroerte. Timmerhuis zit erbij om vragen op dit vlak te beantwoorden. Volgens hem heeft het JBZ bij deze zorg al veel vooruitgang geboekt. 'Er is dagelijks plek voor vier TIA-patiënten. De *one stop*-poli van onze TIA-service is voor huisartsen direct bereikbaar via een apart nummer. Als tijdens die eerste dag blijkt dat er sprake is van carotislijden, dan kan er direct een MRA (angiografie per MRI) worden gemaakt en een chirurg worden ingeschakeld.'

'Direct?', vraagt Van Hoof. Timmerhuis preciseert: 'MRA binnen drie dagen en chirurgie binnen veertien dagen.' Van Hoof: 'Op welke

locaties?' Timmerhuis: 'De TIA-service is alleen beschikbaar op de locatie Groot Ziekengasthuis. De *stroke service* ook op de locatie Carolus.' Van Hoof stelt vast dat de DBC Inkoopgids één uur als norm hanteert tussen binnenkomst van een patiënt met een beroerte in een ziekenhuis en de start van de trombolysiebehandeling. 'In dit ziekenhuis is de *door to needle*-tijd gemiddeld 1 uur en 18 minuten.' Neuroloog Timmerhuis meldt dat de reden van de vertraging wordt onderzocht. 'We denken dat het vooral ligt aan de tijd die nodig is om de CT-scan te maken. En daarnaast kost de INR-bepaling veel tijd. Dat laatste is een logistiek-technische kwestie. Betere apparatuur kan die tijd bekorten.' Van Hoof wil ook weten of er afspraken zijn met verwijzers over de vlotte behandeling van TIA- en CVA-patiënten. Van Driel: 'We geven voorlichting aan huisartsen en er zijn afspraken met de ambulancedienst om ervoor te zorgen dat CVA-patiënten zo snel mogelijk in het ziekenhuis komen.'

Tot slot informeert medisch adviseur Van Hoof of het ziekenhuis dit jaar nog iets aan de toegangstijd denkt te kunnen doen. Van Driel: 'Dat moet wel lukken. We moeten in staat zijn om de toegangstijd tot de CT-scan te verkorten.'

V.l.n.r.: Ester Boelen, Peter Langenbach, Cor van Driel en Thom Timmerhuis (op de rug: Geert van Hoof (links) en René Schunselaar).

beeld: De Beeldredactie, Chris van Cromvoirt



‘Over het geheel genomen ligt onze prijs beneden het gemiddelde’

Autodealer

Langenbach kaart de kwestie van de robotchirurgie bij prostaatkanker aan. Over deze ingreep hebben beide partijen vorig jaar afspraken gemaakt. Voor het eerst lijkt het overleg zijn gemoedelijkheid te verliezen. Van Driel: ‘De afspraak was dat er 70 CZ-patiënten zouden komen. Het waren er maar 18. En dat voor een prijs waarmee je ze overal vandaan kunt laten komen.’

Van Hoof probeert met een grap de spanning te breken: ‘Ik wist niet dat onze patiëntenpopulatie zo gezond was.’ Van Driel maakt duidelijk dat de afgesproken prijs bij zulke kleine patiëntenaantallen te laag is: ‘Stel een klant stapt bij de autodealer binnen en wil zo Maserati’s

bestellen. ‘Maar dan moet je wel wat aan de prijs doen’, zegt hij erbij. ‘Goed’, zegt de verkoper, ‘dat kan’. Maar bij levering zegt de klant: ‘Ik heb eigenlijk maar twee Maserati’s nodig.’ Ik denk niet dat de afgesproken prijs dan geldig blijft.’

Financieel directeur Langenbach wil duidelijkheid: ‘Gaan we de afspraak aanpassen of continueren?’ Dat gaat inkoper Schunselaar te snel: ‘Ik wil eerst duidelijkheid over de cijfers.’ Hij wil bijvoorbeeld weten waar de patiënten vandaan komen en welke afspraken er zijn met omliggende ziekenhuizen. Langenbach: ‘Laten we dit onderwerp meenemen naar een vervolgspraak.’

Honorariumdeel

Als de vergadering er bijna op zit, komt het grote geld toch nog even ter sprake. Langenbach meldt dat het voor het JBZ nog te vroeg is voor voorstellen over prijs en volume in het B-segment. ‘Daarvoor wachten we de uitkomsten van het overleg over het A-segment af. Hij kondigt alvast aan dat de profielen van chirurgische DBC’s zullen worden aangepast met een aparte vermelding van de preoperatieve screening door anesthesiologen. ‘En wat ons betreft moet het honorariumdeel van de anesthesiologen in die DBC’s worden verwerkt’, aldus Langenbach. Schunselaar: ‘Dat valt te bezien’.

CZ kondigt van haar kant aan dat ze een aantal DBC’s minder wil gaan inkopen. Schunselaar: ‘Die voor refractieanomalieën en voor niet-diabetische retinopathie willen we afbouwen. Fundoscopieën bij diabetespatiënten horen grotendeels thuis in de eerste lijn.’ Ook wil CZ graag afspraken maken over de DBC’s inclu-

sief hulpmiddelen (zoals steunkousen). Als de prijs van die hulpmiddelen in de DBC zit en de verstrekking in het ziekenhuis plaatsvindt, dan is dat prettiger voor de patiënt. Die hoeft ze dan niet elders te laten aanmeten en apart af te rekenen.

Totaalpakket

Een kleine week na de onderhandelingen geven het ziekenhuis en CZ afzonderlijk van elkaar een toelichting. Volgens JBZ-directeuren Langenbach en Van Driel heeft elk ziekenhuis wel oren naar de status van ‘voorkeursbehandelaar’. Het concept staat evenwel nog in de kinderschoenen. Niet elke verzekeraar durft al een voorkeur uit te spreken. Ook al omdat het thema ‘kwaliteit’ relatief nieuw voor ze is. Van Driel: ‘In het eerste jaar van het vrij onderhandelbare B-segment was er nog geen medisch adviseur van CZ aanwezig bij de gesprekken. We spraken toen alleen met de zorginkoper. Avonden hebben we doorgepraat over alle zorgprofielen. Dat was wel interessant, maar weinig productief in relatie tot de kwaliteit van zorgverlening. Er waren heel weinig harde gegevens over kwaliteit beschikbaar. Nu komen steeds meer gegevens boven tafel en neemt de inhoudelijke deskundigheid van de gesprekspartners toe. Er is een verdiepingsslag gemaakt, maar we staan nog steeds aan het begin.’

Het voorbeeld van de robotchirurgie bij prostaatkanker laat zien dat de uitverkiezing tot voorkeursbehandelaar geen garantie is voor succes. Het afgesproken aantal patiënten werd niet gehaald en dat brengt de bedrijfseconomische basis in gevaar. Volgens Van Driel is moeilijk te zeggen wie daarvoor verantwoordelijk is. ‘Verzekeraars hebben bijna geen mogelijkheden om daarop te sturen. Ze kunnen sinds kort hooguit de eigen bijdrage kwijtschelden van patiënten die naar ons toekomen. Wat ons betreft gaat in ieder geval de prijs omhoog als de afgesproken aantallen niet worden gehaald.’ Omgekeerd kreeg het JBZ kritiek op het CVA-beleid. Van Driel: ‘Het is mogelijk dat we bij de prijsafspraken vooruitlopen op een verkorting van het aantal ligdagen. Maar als ziekenhuis houden we het totaalpakket in het oog. Over het geheel genomen ligt onze prijs beneden het gemiddelde. Dat zeggen we dan ook als een verzekeraar aan de prijs van een individuele DBC wil tornen.’

Doorlooptijd


Van Hoof en Schunselaar van CZ spreken over een gewenningsproces bij kwaliteitsonderhandelingen. ‘Wij merken vaak dat het aanbod van



ziekenhuizen niet goed aansluit bij de behoeften van patiënten. Ze concentreren zich vaak op de medisch-technische verworvenheden. Het is dan aan ons om te vragen naar zaken als toegankelijkheid en doorlooptijd.'

Volgens Van Hoof is het onderscheidend vermogen van ziekenhuizen nog niet zo groot. 'Daarvoor is nog te weinig informatie beschikbaar. Het duurt zo'n vijf jaar voor je voldoende informatie hebt vergaard om kwaliteit te kunnen beoordelen. Vanaf 2010 zullen we dus echte beoordelingen hebben over de DBC's die in 2005 zijn vrijgegeven.'

Dat wil niet zeggen dat de gesprekken op dit moment vrijblijvend zijn. 'Als het JBZ de doorlooptijd voor CVA-patiënten volgend jaar niet heeft verbeterd, dan volgt er een vervelend gesprek.' CZ zal dan om opheldering vragen. 'Maar we gaan nog niet zover dat we zeggen: hier geen CVA's meer. Dat is lastig als het om acute zorg gaat, die kun je je patiënten niet onthouden.' Het systeem laat dat ook niet toe, aldus Van Hoof. 'Patiënten die niet-gecontracteerde zorg afnemen waar volgens de polis aanspraak op bestaat, krijgen toch 75 procent vergoed.'

En wat de robotchirurgie bij prostaatkanker betreft: 'Wij zien liever niet dat zo'n kostbare nieuwe techniek op elke straathoek wordt aangeboden, zoals eerder met de niersteenvergruizer is gebeurd. Maar vervolgens is het ons niet aan te rekenen dat de berekening niet klopt. We hebben geen mogelijkheden om patiënten aan te leveren. Het is aan het JBZ om urologen in verwijzende ziekenhuizen over de mogelijkheden te informeren.' 

veldwerk

Goede voornemens

Nadat ik het oude jaar feestelijk met vrienden en familie had afgesloten, begon ik in januari met frisse moed en veel voornemens in het ziekenhuis. Daar wachtte mij een berg post – het was alsof ik een sabbatical had genomen. Toen mijn secretaresse mij nogal diep hoorde zuchten, splitste zij als een volleerd kaartspeler de stapel in tweeën: één vijfde noodzakelijkheden en vier vijfde uitnodigingen voor nieuwjaarsrecepties.

U begrijpt dat ik met de laatste stapel begon. Op de eerste werkdag na de feestdagen wil je de stemming er nog even inhouden. En dat lukte! Ik begon optimistisch met een oud bericht uit De Telegraaf waarin onze ministers alle zorgmedewerkers bedankten en de beste wensen uitspraken voor 2009.

Daarna nam ik de uitnodigingen voor nieuwjaarsrecepties door. Ik kon per dag kiezen of ik me liet uitnodigen door diverse adviesbureaus en andere *fee eaters* van de zorg in respectievelijk het Muziektheater, het Concertgebouw, het Beatrixtheater en sterrenrestaurants. Ik kon zelfs intekenen voor een helikoptervlucht.

Ik verzandde dan ook in een lacherige sfeer. (Naar oud-psychologisch inzicht; dit is 'overdekking door het tegendeel'.) Want als ziekenhuis houd je een bescheiden nieuwjaarsreceptie. Simpelweg omdat we minder vet op de botten hebben. Of nee, het is erger. Wij laten deze bureaus eigenlijk een liposuctie bij ons uitvoeren, waarmee zij zich spekken.

Als ik dit zo met u deel, besef ik dat ik een goed voornemen ben vergeten... Het overgewicht bij derden bestrijden, preventief.

Claudia Zuiderwijk,
ziekenhuisbestuurder