

Wat beweegt een zorgverzekeraar?

DE EVOLUTIE VAN ZORGINKOOPSTRATEGIEËN

KWALITEIT VAN ZORG

Ook zorgverzekeraars begeven zich langzaam maar zeker op het dunne ijs van kwaliteit van zorg. Waarom doen verzekeraars dit en hoe doen ze dit? Terwijl de legitimiteit om zich uit te spreken over kwaliteit van zorg nog niet ruimhartig aan hen wordt gegund. De reclamespotjes op radio en tv over allerhande exclusieve polissen met de laagste premies ondergraven het geloof van veel zorgverleners in de goede bedoelingen van de verzekeraar. Het afsluiten van een Vegapolis met een tegoedbon van € 100 bij de vegetarische slager is natuurlijk een heftige marketinguiting die weinig met de zorg te maken heeft. Uiteindelijk gaat het dus om het om geld, hoor je iedereen denken. Of gaat het toch om kwaliteit? Aldien Poll belicht de inkoopstrategie van zorgverzekeraars.



Aldien Poll: 'De eerste lijn moet zich niet beperken tot onderhandelen over prijzen en volume. Nodig zorgverzekeraars uit om over kwaliteit van zorg en risicomanagement te praten.'

Zorgverzekeraars richten zich met hun inkoop steeds nadrukkelijker op kwaliteit, naast kosten en volumes. Zoals het er nu naar uitziet, betreft het vooral ziekenhuiszorg; concentratie van volumes van complexe operaties en planbare operaties voeren prominent de

kwaliteitsagenda aan. De immense hoeveelheid informatie die verzekeraars over het zorggebruik van verzekerden hebben is waardevol voor de zorginkoop, maar kan niet door verzekeraars alleen geïnterpreteerd worden. Daar is kennis over zorg voor nodig, over de organisatie van de zorg, over de wijze van zorgverlening, over patiënten en over de wijk- en omgevingsaspecten. Verzekeraars hebben die kennis onvoldoende in huis. Al die informatie wordt pas goed gebruikt bij de zorginkoop wanneer zorgverleners hun licht daarover laten schijnen. Kennis en informatie van verzekeraar en zorgverleners samen verbeteren de zorginkoop, maar vragen om een relatie waarin respect voor elkaars rollen het uitgangspunt is.

Wat beweegt de zorgverzekeraar?

De zorgverzekeraar opereert op de verzekerdenmarkt en de zorginkoopmarkt. Op de eerste markt probeert de zorgverzekeraar zoveel mogelijk verzekeringen te verkopen. Verzekeringen zijn een volumeproduct: hoe meer verzekeringen hoe beter. (Gezonde) verzekerden willen een zo laag mogelijke premie betalen. Op de zorginkoopmarkt worden voor al die verzekerden contracten gesloten met zorgaanbieders. Voor de meeste zorg zijn er NZa-tarieven die de markt sterk beperken. In het contract staan kwaliteitsbepalingen die meestal collectief geformuleerd zijn en een minimum kwaliteit moeten garanderen. Daarmee worden de diensten aan patiënten geleverd. De verzekeraar is verplicht voor al zijn verzekerden zorg in te kopen.

Trends en inzichten bij verzekeraars

Onder invloed van maatschappelijke ontwikkelingen groeien zorgverzekeraars van financiële organisaties die het risico op zorgkosten dekken, naar organisaties die zich verantwoordelijk voelen voor de toegang tot de zorg en voor de juiste zorg op de juiste plaats tegen een betaalbare prijs. Enkele verzekeraars hebben zelfs hun missie al veranderd in het streven naar 'verantwoordelijkheid voor de gezondheid van verzekerden'. De klant staat centraal, waarbij het centraal zetten van de verzekerde de meeste verzekeraars makkelijker aangaat dan het centraal zetten van de patiënt, de zorggebruiker. Daar is simpelweg nog te weinig expertise voor in huis. Hoewel patiëntenorganisaties die rol zouden kunnen helpen versterken, wordt er nog mondjesmaat mee samengewerkt.

Ontwikkeling van inkoopstrategieën

Op basis van analyses van het zorggebruik (honderdduizenden declaraties), op basis van de uitkomsten van indicatoren over de zorg (Zichtbare Zorg) en op basis van klantervaringen (CQ index) verzamelt de verzekeraar steeds meer informatie over de zorg. Met deze informatie ontwikkelt de zorgverzekeraar inkoopstrategieën. Deze strategieën staan nog in de kinderschoenen en kunnen alleen in samenwerking met zorgverleners leiden tot daadwerkelijke verbeteringen voor de patiënt. Het schema in figuur 1 beschrijft de ratio rond de inkoopstrategieën. Het gaat om een ontwikkeling van kostenmanagement op basis van tarieven en volumes naar inkoop op basis van gezondheidsvraagstukken van verzekerden. Dit is het feedbackmanagement.

Zorguitgaven zijn gerelateerd aan zorgvraag

Om met een lage premie op de verzekeringmarkt de verzekerden te kunnen behouden, is het van belang dat de zorguitgaven niet te veel stijgen. Die zorguitgaven zijn gerelateerd aan de zorgvraag van de verzekerden die verzekerd zijn. De verzekeraars zullen dus in toenemende mate de verzekerden als uitgangspunt nemen bij hun inkoop. Figuur 1 laat zien hoe dat in zijn werk kan gaan. Het leidend principe is als volgt: verzekerden hebben gezondheidsrisico's en deze risico's kunnen zich ontwikkelen tot gezondheidsklachten. Met de klachten gaan mensen naar een zorgverlener die een diagnose stelt en behandelt. Na de behandeling volgt



Figuur 1. De inkoopstrategieën van een zorgverzekeraar. Dit schema is overgenomen uit de inkoopstrategie van Agis.

een declaratie naar de verzekeraar die aan het einde van het jaar alle declaraties optelt en de totale kosten deelt door het aantal verzekerden. Daar komt de premie uit voort. In dit artikel worden de effecten van risicoverevening buiten beschouwing gelaten. >>>

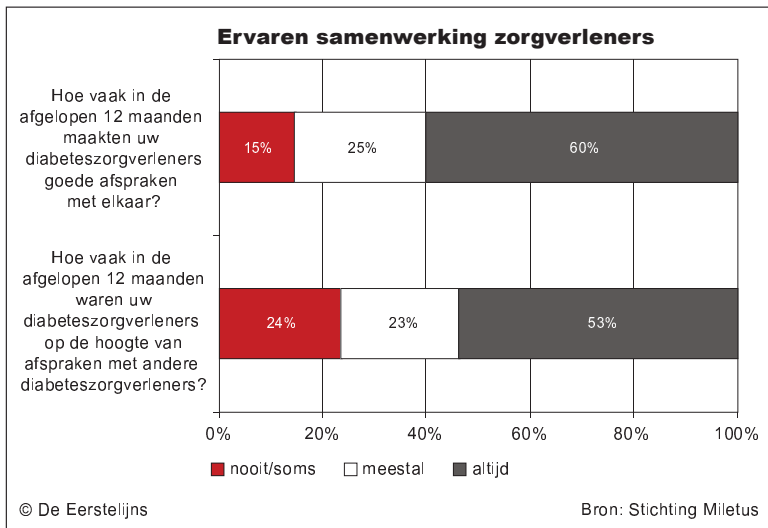
Kwaliteitsagenda van eerste lijn

De kwaliteitsdiscussie is erg gericht op het aanbod van ziekenhuizen. Dit wordt veroorzaakt door het aandeel van de ziekenhuiskosten in de totale kosten van de zorg; driekwart betreft immers ziekenhuiszorg. De eerste lijn blijft daardoor in alle opzichten onderbelicht. Dat is mijn inziens onterecht en een valkuil voor de verdere professionalisering van de eerste lijn. De kostenontwikkelingen in de zorg zijn immers niet gerelateerd aan de kwaliteit van ziekenhuizen, maar aan het groeiend aantal mensen met klachten ten gevolge van ouderdom of chronische aandoeningen. Al deze mensen zijn vóóral onder behandeling in de eerste lijn. De hoeveelheid zorg die in de eerste lijn geboden wordt, is vele malen groter dan in de ziekenhuizen. Als er dus ergens een uitdaging is om kwaliteit en kosten transparant te maken en waar nodig te verbeteren, dan is het wel in de zorg aan de populatie die vooral in de eerste lijn begeleid wordt. Het is aan de zorgverleners in de eerste lijn om die kwaliteitsagenda op te stellen en in overleg met verzekeraars afspraken te maken voor deze grote groepen verzekerden. Vooralsnog zal de zorgverlener er de aanzet toe moeten geven en verzekeraars moeten uitnodigen om over de kwaliteit van de zorg en de begeleiding aan de hele populatie te spreken, in plaats van te onderhandelen over prijzen en volume van verrichtingen.

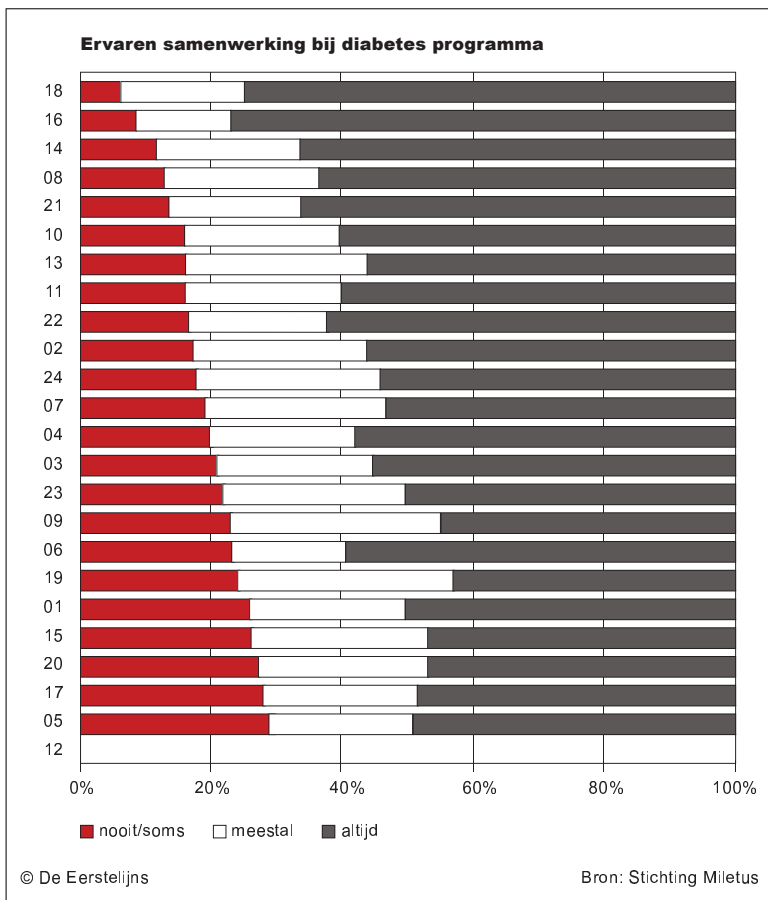
>>> **Kostenmanagement: prijs en volume van één verstrekking**

Om de hoogte van de zorgkosten te managen kan de verzekeraar inzetten op het beheersen van de hoogte van de tarieven of op het volume van het aantal declaraties. Dit principe wordt aangeduid met kostenmanagement. De huidige onderhandelingen tussen zorg-

verzekeraar en zorgverlener hebben veel weg van deze inkoopstrategie. Het is een ingewikkeld spel waarin uitgaven van verzekeraars en inkomsten van zorgverleners om voorrang strijden. Kostenmanagement betekent onderhandelen over de prijs en het volume van een enkele handeling van een zorgverlener, niet over de afname of groei van de totale zorgkosten. Het gaat om één verstrekking, bijvoorbeeld huisartsenzorg, niet om de totale jaarlijkse uitgaven aan een verzekerde met een klacht. De kosten van een consult kunnen op € 7 euro uitonderhandeld worden, interessanter zijn de kosten van ‘acute opname met zuurstofgebrek van een copd patiënt’ (€ 6000). De inspanningen om deze patiënt uit het ziekenhuis te houden, lonen vele malen sterker dan de beheersing van het consulttarief. Maar ook de zorgverlener handelt in dit scenario vanuit het kostenperspectief. Zijn begroting geldt als uit-



Figuur 2. Verzekeraars vragen via de Stichting Miletus naar ervaringen van patiënten met verleende zorg. Bij diabeteszorg ervaart 15% dat er onvoldoende afspraken gemaakt worden tussen zorgverleners en 24% merkt op dat zorgverleners niet op de hoogte zijn van elkaars afspraken.



stichtingmiletus

Figuur 3. Als de ervaren samenwerking tussen zorgverleners wordt uitgesplitst naar zorggroepen met een diabetesprogramma, varieert het verbeterpotentieel tussen 10 en 30%.

gangspunt en via onderhandelingen met de verzekeraar streeft de zorgverlener naar een optimale dekking. Steeds vaker wordt echter ingezien dat een zorghandeling van één zorgverlener en de daarmee samenhangende financieringssystematiek van invloed is op het totale zorggebruik van een verzekerde. De onderhandelingen volgens dit model hebben dan ook geen enkele invloed op de totale kosten in de zorg, laat staan op de betaalbaarheid daarvan.

Procesmanagement: groep verzekerden met dezelfde aandoening

Bij procesmanagement als inkoopstrategie neemt de verzekeraar niet de beheersing van kosten van één verstrekking als uitgangspunt, maar de kosten die een groep verzekerden met eenzelfde aandoening maakt. De zorg staat beschreven in een zorgstandaard en door overleg met alle zorgverleners die bijvoorbeeld mensen

met diabetes begeleiden, kunnen afspraken gemaakt worden over de beste zorg. Door het maken van afspraken over diagnostiek, verwijzing, terugverwijzing, scholing, e-health etc. in een regio of wijk kunnen de totale uitgaven voor een groep verzekerden met dezelfde aandoening beter beheerst worden dan wanneer alleen over de prijs van de behandeling gesproken wordt. De invoering van integrale bekostiging is een uitkomst van dit procesdenken. Onderhandelen over een integraal tarief alléén, staat echter dicht bij kostenmanagement als niet óók over het proces van zorgverlening wordt gesproken. Gezondheidsuitkomsten en het voorkómen van onnodige kosten moeten dan ook onderdeel zijn van de onderhandelingen over een integraal tarief. Goed georganiseerde zorg aan mensen met hartfalen laat significant minder acute opnamen zien in het ziekenhuis. Zorgverleners in de eerste lijn zullen zich in de onderhandelingen veel meer moeten richten op de effecten van hun handelen op deze totale kosten van een groep verzekerden in plaats van op de tarieven van verrichtingen.

Risicomanagement: klachten voorkomen

Risicomanagement heeft als doel om te voorkómen dat gezondheidsrisico's zich omzetten in klachten. Integrale zorg en preventie voorkomen onnodig leed en onnodige opnames in ziekenhuizen. Omdat de zorg aan mensen met een chronische aandoening een groot aandeel van de zorgkosten bepaalt, is het voor verzekeraars interessant om integrale zorg én preventie in te kopen. Dit gebeurt mondjesmaat. Uitgaven worden snel gezien als extra kosten. Hier ligt een belangrijke taak voor zorgverleners in de eerste lijn: het zichtbaar maken van de effecten van integrale zorg en preventie op het zorggebruik in de keten. Natuurlijk is er ook en misschien vooral voor patiënten een taak om klachten te voorkomen. Een betere awareness bij verzekeraar, zorgverlener en patiënt hoe klachten zijn te voorkomen, zou dan ook een belangrijke rol moeten gaan spelen in de zorginkoop, waarbij informatie over gezondheid en totale kosten steeds prominenter op de agenda komt te staan. Laat in de eerste lijn maar zien welke effecten risicomanagement heeft. De verzekeraar kan een overzicht van het totale zorggebruik tonen van de patiënten met chronische aandoeningen, dus ook alle ziekenhuis DBC's. De gesprekken gaan dan al snel óók over gezondheid en effectiviteit, niet alleen over kosten.

Feedbackmanagement: informatie op tafel

De vraag is dan hoe die informatie tot stand komt en verzameld wordt. Wanneer zorgverleners in plaats van onderhandelingen over de kosten per verstrekking een inkooprelatie willen opbouwen over gezondheids- en kosten-effecten van hun behandelingen, hoe komt die informatie dan ter tafel? Veel informatie is te verkrijgen bij de verzekeraar. Over het zorggebruik, over groepen verzekerden die zwerven door het zorgstelsel, over verschillen tussen regio's en wijken, maar ook over complicaties. Ziekenhuisopnames ten gevolge van zuurstof gebrek, CVA's, amputaties etc. zijn allemaal zichtbaar in de administratie van een verzekeraar. Maar ook klantervaringen over de zorg zijn in grote hoeveelheid beschikbaar. Informatie uit de indicatoren van Zichtbare Zorg is nog fragiel, maar biedt zeker perspectief voor de gesprekken tussen zorgverleners en zorginkopers.

Er ontstaat een informatiemarkt

Zorgverleners in de eerste lijn zijn samen met verzekeraars in staat om de groei in zorgkosten te beteugelen en gezondheid niet onnodig te laten verslechteren. Het vergt partnerschap en het stellen van gemeenschappelijke doelen op basis van alle beschikbare informatie over gezondheid en zorggebruik. Daar wordt mijn inziens nog te weinig gebruik van gemaakt. Het is aan de zorgverleners in de eerste lijn om de verzekeraars daarbij te helpen. Het is aan verzekeraars om informatie over zorggebruik te ontwikkelen en beschikbaar te stellen in het onderhandelingsproces. Het is aan de zorgverleners, patiëntenorganisaties en overheid om hetzelfde te doen: informatie ontwikkelen en beschikbaar stellen. Zo zal er naast de verzekeringenmarkt en inkoopmarkt een informatiemarkt ontstaan, waarop belanghebbenden informatie brengen en halen voor een optimale gezondheidszorg. ☘



Respect voor elkaars rollen moet voor verzekeraars en zorgverleners het uitgangspunt zijn bij verbeteren van de zorginkoop

Aldien Poll

Strategisch Adviseur bij Aldien.nl met jarenlange ervaring als zorgverlener. Bij de zorgverzekeraars Agis en De Friesland is zij adviseur zorginkoop.

Fotografie: Marjon Zijlstra