



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

# De verzekeraar en de patiënt: een succesvolle coalitie

## Goede voorbeelden van patiëntgestuurde zorginkoop



In samenwerking met



# RVZ raad in gezondheidszorg

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg is een onafhankelijk adviesorgaan voor de regering en voor het parlement. Hij zet zich in voor de volksgezondheid en voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheid. Daarover brengt hij strategische beleidsadviezen uit. Die schrijft hij vanuit het perspectief van de burger. Durf, visie en realiteitszin kenmerken zijn adviezen.

## NPCF

Het realiseren van een sterke en gelijkwaardige positie van zorgconsumenten als belangrijkste marktpartij in de gezondheidszorg op individueel en collectief niveau; opdat sprake is van vraaggestuurde zorg vanuit het patiënten- en consumentenperspectief, uitgaande van volwaardig burgerschap, keuzevrijheid en solidariteit.





Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

# De verzekeraar en de patiënt: een succesvolle coalitie

## Goede voorbeelden van patiëntgestuurde zorginkoop

In samenwerking met



**Raad voor de Volksgezondheid en Zorg**

Postbus 19404  
2500 CK Den Haag  
Tel 070 340 50 60  
Fax 070 340 75 75  
E-mail [mail@rvz.net](mailto:mail@rvz.net)  
URL [www.rvz.net](http://www.rvz.net)

**Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie**

Postbus 1539  
3500 BM Utrecht  
Tel 030 297 03 03  
Fax 030 297 06 06  
E-mail [npcf@npcf.nl](mailto:npcf@npcf.nl)  
URL [www.npcf.nl](http://www.npcf.nl)

**Colofon**

Ontwerp: Vormgeving & dtp ministerie van VROM  
Tekst: Pauline Slot  
Redactie: RVZ: Pieter Vos en Wendy van der Kraan  
NPCF: Jan Coolen en Petra Schout  
Fotografie: Eveline Renaud  
Kim Kaminski (foto meten glucose, p. 6)  
Judith Dekker (foto beroepsgeheim, p. 15)  
Druk: Koninklijke Broese & Peereboom  
Uitgave: 2009  
ISBN: 978-90-5732-2013

*U kunt deze publicatie bestellen via onze website ([www.rvz.net](http://www.rvz.net))  
of telefonisch via de RVZ (070 340 50 60) onder vermelding  
van publicatienummer 09/01.*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg/Nederlandse  
Patiënten Consumenten Federatie

# Voorbeeldige zorginkoop

## Een kijkje achter de schermen

Bij het afsluiten van contracten in de zorg zitten twee partijen met elkaar om tafel: de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders. Maar een derde partij is minstens zo belangrijk: de verzekerden. Verzekeraars onderhandelen immers namens ons allemaal.

In ons nieuwe zorgstelsel zijn de verzekeraar en de verzekerde daarom coalitiepartners, die samen moeten aansturen op hoogwaardige, doelmatige en patiëntgerichte zorg. In het advies 'Zorginkoop' van de RVZ (2008) is de betrokkenheid van patiënten zelfs doorslaggevend genoemd.

Maar hoe kunnen zorgverzekeraars de wensen van verzekerden en patiënten honoreren in hun onderhandelingen met zorgaanbieders? En wat kunnen patiënten en verzekerden doen om hun stem te laten horen in het proces van zorginkoop? Die vragen staan centraal in deze brochure. Acht best practices passeren de revue. Ze laten zien wat mogelijk is en welke lessen te leren zijn.

### **Aansturen op betere zorg**

De verzekeraar vertegenwoordigt dus de belangen van patiënten. Maar dat kan alleen als patiënten een stem hebben in het proces van zorginkoop. Zij kunnen de verzekeraar inzicht geven in de kwaliteit van de zorg die zij hebben ingekocht: zij zijn immers de gebruikers. Met hun ervaringen geven zij de verzekeraar de mogelijkheid om gedifferentieerd zorg in te kopen.

Dat kan op verschillende manieren. Zo kan een verzekeraar selectief contracteren. In dat geval krijgt niet elke aanbieder een contract aangeboden, maar alleen diegene die voldoet aan bepaalde criteria. Een andere optie is dat zorgverzekeraars aanbieders verschillend gaan belonen: leveren ze aantoonbaar hoogwaardiger en patiëntgerichter zorg, dan kunnen ze een hoger tarief declareren.

Uiteindelijk leidt dit tot een voor alle partijen gunstige situatie: zorgaanbieders krijgen een impuls om beter te presteren, patiënten kunnen rekenen op betere zorg, en zorgverzekeraars profileren zich en kunnen daarmee klanten trekken. Want verzekerden gaan graag in zee met een coalitiepartner die hen serieus neemt.

### **Groeien in de nieuwe rol**

Dat is de theorie. Tot nu toe hebben de zorgverzekeraars hun positie echter nog niet ten volle benut. In het eerste jaar van de nieuwe Zorgverzekeringswet concentreerden zij zich vooral op de verkoop van polissen en het binnenhalen van nieuwe verzekerden door op prijs te concurreren.

Gaandeweg verschuift hun aandacht nu van verkoop naar inkoop. Er komt steeds meer aandacht voor de kwaliteit en patiëntgerichtheid van de zorg. Dat is hoopgevend, maar het is nog

maar een begin. Het is tijd voor de volgende stap. Wat nu nog een best practice is, moet zich ontwikkelen tot business as usual. De verzekeraar en de patiënt moeten een succesvolle coalitie gaan vormen.

### **Leren van inspirerende voorbeelden**

Met deze brochure willen de RVZ en de NPCF hieraan bijdragen. Wij vinden door de patiënt gestuurde zorginkoop zo belangrijk dat we op zoek zijn gegaan naar best practices op dit terrein: goede voorbeelden die laten zien hoe het nieuwe stelsel werkt. Daarom hebben we alle zorgverzekeraars gevraagd informatie te verstrekken over inkoopprojecten waarbij de invloed van patiënten aantoonbaar was en de kwaliteit van zorg voorop stond.

We hebben acht inspirerende voorbeelden geselecteerd, voor elke zorgverzekeraar die meedeed één<sup>1</sup>. Maar het blijft in deze brochure niet bij voorbeelden. We sluiten af met een korte analyse van het materiaal. Wat valt op? Wat valt er te leren? En wat moet er nog gebeuren om met patiëntgerichte zorginkoop aan te sturen op goede en doelmatige zorg?

---

<sup>1</sup> Veel voorbeelden zijn overigens niet uniek

# DiabeteszorgBeter

Groene Land Achmea /  
Zilveren Kruis Achmea /  
PWZ Achmea  
(Achmea Zorg)



Roelof Konterman,  
*directievoorzitter Achmea Zorg*

## Hoe is het project opgezet?

Achmea Zorg is sinds 1998 de belangrijkste sponsor van het programma DiabeteszorgBeter, een project waarbij patiënten worden begeleid door een eerstelijns zorgteam, met onder meer een diabetesverpleegkundige, internist, voetspecialist en diëtist. Een centrale rol is weggelegd voor de huisarts, samen met de praktijkondersteuner. Inmiddels doen ruim 500 professionals mee, en is de participatiegraad van huisartsen in de regio meer dan 95 procent.

Doel van het project is om de zorg voor diabetici te optimaliseren, hun kwaliteit van leven te verbeteren en het onnodig gebruik van tweedelijnszorg terug te dringen. In 2006 is het programma uitgebreid naar zes regio's. In totaal wordt aan ruim 36.000 patiënten zorg geleverd. Alle patiënten worden jaarlijks gescreend op een aantal belangrijke punten (zoals bloedsuiker, bloeddruk en cholesterol). Dat voorkomt complicaties, maar levert ook data voor wetenschappelijk onderzoek. Met de resultaten kunnen de protocollen verbeterd worden.

## Wat is de rol van patiënten?

Regionale afdelingen van de Diabetes Vereniging Nederland zijn betrokken bij het project. Dit was ook een voorwaarde van Achmea Zorg. Ook DVN Meppel speelde een actieve rol; de afdeling was aanwezig bij alle

vergaderingen, om de visie van de patiënt in te brengen. DVN Meppel is ook uitgenodigd voor de zogenoemde spiegelbijeenkomsten, waarin huisartsen met elkaar zorgresultaten bespreken.

### **Wat zijn de belangrijkste resultaten?**

De eerste rapportages laten zien dat het project heeft geleid tot een sterk verminderde mortaliteit (de levensverwachting van de cliënten in het programma is gelijk aan die

van de gemiddelde Nederlander) en een verminderd optreden van complicaties (50% vermindering chronisch hartfalen, 50% vermindering acuut hartinfarcten, 40% vermindering CVA's). Daarnaast is er ook sprake van een verbeterde leefstijl onder patiënten. Zo is het aantal rokers sterk afgenomen: van veertig naar zestien procent.

Omdat er minder complicaties optreden, zijn de totale zorgkosten per patiënt ook gedaald.





De investerings- en beheerskosten zijn inmiddels lager dan de opbrengsten, hoewel niet alle opbrengsten zijn te becijferen. De kosten gaan immers voor de baten op langere termijn uit.

Veel aandacht wordt besteed aan het verzamelen van informatie over de kwaliteit van zorg en ook de ervaringen van patiënten zijn daarbij van belang. Deze informatie wordt gebruikt voor de zogenoemde benchmarks, zodat prestaties met elkaar vergeleken kunnen worden. Daarnaast vergelijken zorgaanbieders onderling de patiëntgerichtheid en patiënttevredenheid.

### **Hoe gaat het nu verder?**

DiabeteszorgBeter is ingevoerd in een aantal gebieden waarin Achmea Zorg marktleider is. In 2009 en 2010 worden naar verwachting de regio's Kennemerland, Zaanstreek-Waterland en Rotterdam toegevoegd. In de noordoostelijke regio's stelt Achmea Zorg in 2009 deelname aan DiabeteszorgBeter verplicht om in aanmerking te komen voor een contract.

Daarnaast zijn de ervaringen met dit project van invloed op de algemene visie op zorginkoop door Achmea Zorg. Zo werkt Achmea aan een soortgelijke aanpak voor andere veel voorkomende aandoeningen, zoals COPD, hart- en vaatziekten, depressie en kanker.

### **Wenken voor de praktijk**

1. Wees bereid om te investeren. Financiële voordelen en gezondheidswinst worden pas na jaren zichtbaar, maar kunnen dan aanzienlijk zijn.
2. Laat professionals in samenwerking met elkaar de zorgprotocollen bepalen om draagvlak te creëren, en zorg voor structureel contact tussen de teams, zodat men prestaties vergelijkt en van elkaar blijft leren.
3. Vervul als zorgverzekeraar op regionaal niveau een faciliterende rol, en breng patiënten en aanbieders met elkaar in gesprek.

# Smileys voor kindgerichte ziekenhuizen

## CZ actief in gezondheid



Mike Leers,  
*algemeen directeur CZ Actief in Gezondheid*

### Hoe is het project opgezet?

In het project 'kindgerichte ziekenhuizen' werken CZ en de Stichting Kind en Ziekenhuis vanaf begin 2007 samen om de ziekenhuiszorg beter af te stemmen op de wensen en behoeften van kinderen en hun ouders.

Kunnen ouders erbij zijn als hun kind een narcose krijgt toegediend? Mogen ze op de kamer van het kind overnachten en de hele dag door aanwezig zijn? Dit zijn voorbeelden van de criteria voor de zogenoemde smiley: een keurmerk dat Stichting Kind en Ziekenhuis toekent aan kindvriendelijke ziekenhuizen. CZ gebruikt de smiley vervolgens voor een zachte vorm van sturing.

Publiekscommunicatie is daarbij een belangrijk middel: op de websites van de verzekeraar en de Stichting Kind en Ziekenhuis is te zien welke ziekenhuizen aan de voorwaarden voldoen. Hiermee wil CZ zijn verzekerden stimuleren de informatie mee te laten wegen bij het kiezen van een ziekenhuis, en zo invloed uit te oefenen op de kindgerichtheid van de zorgaanbieder. De eisen spelen ook een rol in het inkoop- en controleproces. Dit gebeurt vooral in het kerngebied van CZ.

Voor de ziekenhuizen die maar aan een deel van de criteria kunnen voldoen, maar die wel de intentie

uitspreken om binnen negen maanden op alle punten voldoende te scoren, heeft CZ samen met de Stichting Kind en Ziekenhuis de opstap-smiley ontwikkeld.

### **Wat is de rol van patiënten?**

Partner in het project is de Stichting Kind en Ziekenhuis, die opkomt voor de belangen van kinderen in het ziekenhuis. Het smiley-concept en de bijbehorende criteria zijn afkomstig van deze stichting. Ieder kwartaal vindt overleg plaats tussen

CZ en de stichting, om de voortgang van de samenwerking en de daaruit voortvloeiende projecten te bespreken. Zo krijgen de wensen van kinderen en hun ouders een heldere plaats in het inkoopproces.

De samenwerking verloopt goed, al is een knelpunt dat de stichting maar over een beperkt aantal medewerkers beschikt. CZ probeert hen werk uit handen te nemen, maar vindt het belangrijk dat de Stichting zelf verantwoordelijk blijft voor de



ontwikkeling van de criteria. De stichting heeft de afgelopen twee jaar een financiële bijdrage van CZ ontvangen.

### **Wat zijn de belangrijkste resultaten?**

Aan het begin van het project had geen van de 31 ziekenhuizen in de kernregio van CZ een smiley. Minder dan twee jaar later hadden 23 ziekenhuizen een smiley verdiend voor hun kinderafdeling of dagbehandeling. Acht ziekenhuizen hebben een opstap-smiley. Er zijn nog geen smileys toegekend aan de kraamzorgafdelingen in het kernwerkgebied van CZ, maar hier wordt in de kwaliteitsbesprekingen met de ziekenhuizen extra aandacht aan besteed.

Kwaliteitsverbetering was de primaire doelstelling van het project, maar die kan op termijn ook leiden tot lagere kosten. De smiley heeft ook aan waarde gewonnen als keurmerk, en wordt meegenomen in het inkoopproces.

### **Hoe gaat het nu verder?**

De resultaten zijn positief en er is alle reden om door te gaan. Bestaande criteria worden aangescherpt en nieuwe vormen van zorg verkend. Toekenningen zullen volgend jaar worden getoond in de ziekenhuisvergelijker op de website van CZ.

Verder is het de bedoeling om na te gaan hoe verzekerden de informatie over smileys gebruiken en welke invloed dat kan hebben op hun keuze voor een ziekenhuis, en voor een zorgverzekeraar. Want juist die wisselwerking is cruciaal om het beoogde effect, verbetering van de zorg, te bereiken.

### **Wenken voor de praktijk**

1. Stel een duidelijk plan van aanpak op, waarin verantwoordelijkheden en doelstellingen voor alle partijen helder verwoord zijn, en verbind hier een realistische planning aan.
2. Geef een project dat goed werkt een structurele plaats in de organisatie.
3. Ga als verzekeraar in zee met een partner die goed voorbereid is op het formuleren van criteria vanuit het perspectief van patiënten. Dat betekent: een patiëntenorganisatie met voldoende capaciteit.

# Meedenken over zorginkoop

## AGIS Zorg- verzekeringen



Rob Adolfsen,  
voorzitter RvB Agis Zorgverzekeringen

### Hoe is het project opgezet?

Om vorm te geven aan de betrokkenheid van klanten en patiëntenorganisaties bij het inkoopproces heeft AGIS Zorgverzekeringen in 2007 met een aantal categorale patiëntenorganisaties een overeenkomst gesloten met als doel deze een directe invloed te geven bij de inkoop van ziekenhuiszorg.

In de regio Utrecht werden patiëntenorganisaties ingeschakeld bij de zorginkoop voor neuromusculaire aandoeningen, borstkanker, prostaatkanker en stomazorg. In 2007 maakten ziekenhuizen, patiëntenorganisaties en verzekeraar vooral afspraken over de manier waarop de zorg geleverd zou worden. Dat gebeurde in een projectgroep, stuurgroep of in situatiespecifieke werkvormen, variërend per ziekenhuis. In 2008 zijn de afspraken ingebracht in het inkoopproces.

### Wat is de rol van patiënten?

Voor elke geselecteerde aandoening is contact gezocht met de relevante categorale patiëntenorganisaties, waaronder de Nederlandse Federatie van patiëntenorganisaties (NFK). Zij overlegden afzonderlijk met ziekenhuizen en verzekeraar, maar ontmoetten elkaar ook op grotere bijeenkomsten, om zo van elkaar te leren. Verder heeft AGIS ook contact gezocht met de NPCF.



In alle deelnemende instellingen lopen inmiddels overlegprojecten. Maar het patiëntenperspectief wordt ook nog op een andere manier ingebracht. AGIS gebruikt namelijk de zogenoemde CQ-index om de kwaliteit van zorg te bepalen met het perspectief van patiënten als leidraad.

Zo hebben patiënten een eigen rol in de zorg, maar ook in het inkoopproces. Cruciaal is wel dat patiëntenorganisaties criteria ontwikkelen die goed toepasbaar zijn

voor zorgverzekeraars en aanbieders. Alleen concrete en specifieke criteria kunnen verschillen tussen zorgaanbieders zichtbaar maken. Voor de bestaande sets kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief bleek op dat punt aanscherping nodig.

### **Wat zijn de belangrijkste resultaten?**

In alle deelnemende ziekenhuizen is regulier overleg met patiëntenorganisaties. In een enkele ziekenhuis heeft dat tot



een vervolgproject geleid dat nu loopt. Niet alleen AGIS ziet de meerwaarde voor de kwaliteit van zorg: de zorgaanbieders doen dat ook. Verder maakt het inschakelen van patiënten bij de zorginkoop de onderhandelingspositie van de verzekeraar sterker: eisen aan de zorginstelling zijn beter te legitimeren. Uiteindelijk moet ook dat weer leiden tot een betere kwaliteit van zorg.

### **Hoe gaat het nu verder?**

Het huidige project wordt uitgebreid naar andere regio's en meer aandoeningen. Zo kunnen patiëntenorganisaties worden ingeschakeld voor de inkoop van ketenzorg bij COPD. Verder kunnen ze een rol gaan spelen bij het evalueren van de prestaties van zorgaanbieders waarmee contracten lopen. Ook wordt overwogen of patiënten een plaats kunnen krijgen bij de inkoop van AWBZ-zorg.

Daarnaast wil AGIS het contact met regionale patiëntenplatforms en cliëntenraden van ziekenhuizen intensiveren, in overleg met de Raden van Bestuur. Ook is de verzekeraar bezig om een organisatiebrede visie te ontwikkelen op de rol van patiënten in de zorginkoop.

Bij de NFK loopt nu een project om een uitgebreide set algemene kwaliteitscriteria voor kanker te maken en specifieke sets voor alle

tumorsoorten. Door de gekozen aanpak kunnen ook kleine kankerpatiëntenorganisaties voor hun aandoening(en) specifieke criteria ontwikkelen. Een volgende stap in dit proces is het aanscherpen van deze criteria.

### **Wenken voor de praktijk**

1. Zorg voor een goede inbedding van patiëntenorganisaties (en cliëntenraden) in verschillende fasen van het inkoopproces.
2. Zorg voor helder afgebakende verantwoordelijkheden van verzekeraars, aanbieders en patiënten, en voor concrete doelen.
3. Zorg voor samenwerking met patiëntenorganisaties die voldoende geprofessionaliseerd zijn. Met name voor kleinere patiëntenorganisaties kan dit problematisch zijn. Federaties kunnen hier wellicht een rol in spelen.

# Belonings- differentiatie voor professionals in de ggz

Salland  
Verzekeringen



Jorrit de Jong,  
*algemeen directeur Salland Verzekeringen*

## Hoe is het project opgezet?

Per 1 januari 2008 zijn de zelfstandig gevestigde psychiaters opgenomen in de Zorgverzekeringswet.

Zorgverzekeraar Salland hanteert sinds die datum verschillende tarieven bij het contracteren van deze professionals. Deze differentiatie gold al eerder voor eerstelijnspsychologen en psychotherapeuten.

Het gewone tarief geldt als de professionals voldoen aan de standaardbepalingen. Salland belooft psychiaters met een hoger tarief als ze zich structureel bezighouden met de meting van patiënttevredenheid, effectiviteit van zorg (psychometrie, evidence based richtlijnen), samenwerking met eerste en tweede lijn, en transparant zijn over hun declaratie- of praktijkprofiel (DIS-informatie).

## Wat is de rol van patiënten?

Er is in dit project geen directe invloed van patiënten. Wel is die er indirect: cliënttevredenheidsonderzoek is immers een contractvoorwaarde. De professionals zijn vrij om daar zelf vorm aan te geven, al is bepaald dat het onderzoek minimaal een keer per jaar moet plaatsvinden.

Het patiëntenperspectief is nog op een andere manier aanwezig, namelijk in het algemene inkoopbeleid. Salland is een coöperatie en de ledenraad, zijn belangrijkste adviesorgaan, wordt daarover dus gehoord. Ook voert de verzekeraar gesprekken met Zorgbelangorganisaties. De structurele inbreng van het patiëntenperspectief zal echter nog verder worden uitgebreid.

### **Wat zijn de belangrijkste resultaten?**

Veel psychotherapeuten en psychologen sluiten contracten af waarin de beloningsdifferentiatie is opgenomen, en blijken bereid zich voor een hoger tarief extra in te spannen. Ook bij psychiaters in het kerngebied van Salland is dat het geval. Landelijk ligt dit lastiger, omdat psychiaters hun DBC-tarief te laag vinden, en daarom terughoudend zijn met het afsluiten van contracten.



Salland investeert veel in duurzame relaties met zorgaanbieders in de eigen regio, en geeft hen ruimte om zelf te bepalen hoe ze onderzoek doen naar bijvoorbeeld de cliënttevredenheid. Dat heeft voordelen, maar vergelijken van kwaliteit is daardoor moeilijk. Wel hebben de medisch adviseurs veel contact met de zorgaanbieder, vanwege de sterk regionale oriëntatie.

### **Hoe gaat het nu verder?**

Het gedifferentieerde beloningsbeleid bevalt goed en wordt daarom gecontinueerd. Het wordt ook goed ontvangen door het veld.

Een volgende stap is om te controleren of de professionals die een hoger tarief in rekening brengen inderdaad aan de voorwaarden voldoen. Door de invoering van de DBC's in 2008 was dat tot nog toe niet mogelijk.

Salland voorziet dat in de toekomst steeds meer gewerkt zal worden met diagnosespecifieke inkoop. Daarnaast investeert Salland in de één-loket benadering. Hierbij richten ze zich op de burger met multicausale problematiek. Doel is een lokaal, wijkgericht, integraal en samenhangend aanbod van voorzieningen te ontwikkelen, op het gebied van wonen, zorg, welzijn en werk.

### **Wenken voor de praktijk**

1. Investeer in een duurzame relatie met de aanbieders in de regio, om in goed overleg toe te werken naar kwaliteitsverbetering.
2. Neem bepalingen voor tariefsdifferentiatie op die de zorgaanbieders zelf ook belangrijk vinden.
3. Voorkom dat een wildgroei aan contracten en bepalingen ontstaat. Afstemming is daarbij noodzakelijk.



# Aanwijzen van voorkeurs- zorgaanbieders

## Menzis Zorg en Inkomen



Roger van Boxtel,  
voorzitter RvB Menzis Zorg en Inkomen

### Hoe is het project opgezet?

Bij de inkoop van zorg hanteert Menzis de volgende kernwaarden: rekening houden met de wensen van klanten, inkopen op uitkomsten, en zorgen dat de verzekerden weten welke zorg beschikbaar is. Het TopZorg-project is opgezet vanuit die waarden.

In een offertetraject werden voorkeursaanbieders bepaald voor de operatieve behandeling van borstkanker, meniscuslaesies, spataderen, liesbreuk en staar. Als criteria werden onder meer de snelheid van diagnostiek en behandeling en de informatievoorziening aan patiënten opgenomen. Wie daaraan voldeed kreeg vervolgens het Menzis TopZorg-predikaat.

De levertijd die zorgaanbieders in hun offertes hadden geformuleerd werd contractueel vastgelegd; de zorgaanbieders konden daar dus op worden aangesproken. Wanneer zorgaanbieders niet voldeden aan de criteria kregen ze een standaardcontract aangeboden. De Topzorgcontracten zijn ingegaan op 1 oktober 2008 en lopen door tot eind 2010.

### Wat is de rol van patiënten?

Omdat inkopen op basis van klantwensen voor Menzis een kernwaarde is, zijn patiënten op

verschillende manieren bij het project betrokken. Menzis heeft het idee van voorkeursaanbieders allereerst aan de eigen verzekerden voorgelegd. Daaruit kwam naar voren dat gedifferentieerd belonen wel werd geaccepteerd, maar selectief contracteren niet.

Voor het opstellen van de criteria rondom de verschillende aandoeningen is overlegd met de relevante patiëntenorganisaties. Zo heeft Menzis voor de behandeling van borstkanker de NPCF benaderd, die

vervolgens de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenverenigingen (NFK) en de Borstkanker Vereniging Nederland (BVN) er bij heeft betrokken.

De samenwerking verliep erg constructief en er was genoeg ruimte om mee te denken. Wel verschilden de patiëntenorganisaties in hun betrokkenheid. Zo had de BVN zelf al criteria ontwikkeld die vrijwel integraal overgenomen konden worden, terwijl andere organisaties wel



meedachten, maar geen kant en klare sets criteria aan konden leveren.

Menzis had vanuit het traject 'Zekere Zorg' al contacten met de BVN en de Stichting Kind en Ziekenhuis. De inzet van deze patiëntenorganisaties voor Topzorg is deels vergoed vanuit 'Zekere Zorg'. Met andere patiëntenorganisaties is afstemming gezocht over het gebruik van inkoopindicatoren uit de DBC inkoopgids 2008.

### **Wat zijn de belangrijkste resultaten?**

Door het hele land zijn contracten gesloten met zorgaanbieders die al voldeden aan de TopZorg-eisen. Veel zorgaanbieders namen specifieke maatregelen om in aanmerking te komen. Zo werd de poliklinische of OK-capaciteit soms uitgebreid. Op andere plaatsen werd extra personeel aangesteld, zoals een mammacare-verpleegkundige. Onderzoek moet uitwijzen of dit soort maatregelen er inderdaad toe heeft geleid dat aanbieders blijvend aan de TopZorg-eisen voldoen.

Ziekenhuizen die een standaardcontract aangeboden kregen weigerden dat soms. Meestal loste een gesprek dat op. Een enkele ziekenhuis bleef echter bij hun weigering. Verzekerden van Menzis kunnen daar nog steeds terecht, maar elektronische declaratie is niet mogelijk. Het

ziekenhuis stuurt dus een rekening naar de patiënt, die deze meteen kan doorsturen naar Menzis.

### **Hoe gaat het nu verder?**

De ervaringen zijn zo positief dat Menzis met een vervolg komt: TopZorg 2. Ook staat een grondige evaluatie van TopZorg 1 op het programma. De controle op de geleverde kwaliteit door een onafhankelijke derde partij vormt een ander aandachtspunt en zal de komende tijd worden uitgevoerd. Hiermee wint het topzorgpredikaat verder aan betekenis, en wordt het voor aanbieders nog belangrijker om het te verwerven.

### **Wenken voor de praktijk**

1. Betrek vanaf het begin alle relevante partijen bij het project, zoals aanbieders en patiënten, en zorg voor een gedegen voorbereiding en een vaste structuur om de voortgang te bewaken en te bevorderen.
2. Neem een ervaren organisatie in de arm om het offertetraject op te zetten en uit te voeren.
3. Streef naar een goede samenwerking tussen categorale en integrale patiëntenorganisaties en federaties. Iedereen heeft zijn eigen rol in het bevorderen van een patiëntgestuurd inkoopproces.

# Feedback vragen aan klantenpanels

ONVZ  
Zorgverzekeraar



Erno Kleijnenberg,  
directievoorzitter ONVZ Zorgverzekeraar

## Hoe is het project opgezet?

Zorgverzekeraar ONVZ zet het instrument 'klantenpanel' in om het patiëntenperspectief in te brengen in het zorginkoopproces. Dat is onder meer gebruikt om de mening van zelfstandigen zonder personeel (ZZP) te vragen over een aanvullende verzekering. In opdracht van de verzekeraar vroeg TNS NIPO een panel van zelfstandigen (niet alleen ONVZ-verzekerden) naar hun visie. Dat gebeurde in interviews en discussies, waarover vervolgens werd gerapporteerd aan de verzekeraar.

Op grond van de ervaringen is vervolgens de Zó-fit-polis ontwikkeld. Daarmee biedt ONVZ verzekerde ZZP-ers een snelle bemiddeling naar zorg, zowel in de eerste als in de tweede lijn, zodat zij zo snel mogelijk kunnen terugkeren in het arbeidsproces. Ook regelt ONVZ de snelle toegang tot reïntegratiezorg.

## Wat is de rol van patiënten?

De input van klantenpanels gaf de verzekeraar inzicht in de kritische succesfactoren. Zo droegen klanten direct bij aan de polisontwikkeling. Bovendien blijken zij het zeer te waarderen dat hun visie werd gevraagd. Maar klantenpanels zijn niet het enige instrument dat ONVZ gebruikt om verzekerden een stem te geven. Het is beleid om de ervaringen van verzekerden met de geleverde zorg

permanent te monitoren. Verder is er een ledenraad, die nauw betrokken is bij de beleidsontwikkeling.

### **Wat zijn de belangrijkste resultaten?**

De feedback leverde veel waardevolle informatie op. Zo vonden de ondervraagde zelfstandigen een gegarandeerd snelle toegang tot de zorg essentieel voor een aantrekkelijke polis. Ook bleek een persoonlijk aanspreekpunt voor hen een belangrijke meerwaarde te bieden.

Die elementen zijn dan ook verwerkt in Zó-fit, dat eind 2008 op de markt is gekomen. De polis geeft binnen vijf werkdagen toegang tot diagnostiek en behandeling, met bemiddeling door de Zó-fit Assistent. Alle zelfstandigen in Nederland kunnen deze aanvullende verzekering bij ONVZ afsluiten. Het is nog te vroeg voor verkoopresultaten, maar de eerste reacties waren positief.





### **Hoe gaat het nu verder?**

ONVZ is een restitutieverzekeraar: hij wil niet voor de klant bepalen waar deze zijn zorg betreft, maar kiezen voor een brede contractering. Een klantenpanel is dan op allerlei manieren te benutten. In dit geval werd met input van de doelgroep een nieuwe polis ontwikkeld. Maar klantenpanels kunnen ook bestaande producten evalueren. ONVZ werkte al vaker met deze vorm, en is van plan dat te blijven doen.

### **Wenken voor de praktijk**

1. Zorg dat de vragen die aan een klantenpanel worden voorgelegd concreet en specifiek zijn.
2. Zorg voor deskundige uitvoering; besteed dit eventueel uit.
3. Koppel de resultaten terug naar de deelnemers.

# Inkopen met een kwaliteits- index

UVIT



Ronald Meerlo,  
*directeur Centrale Zorgsoorten en  
Ziekenhuisbeleid UVIT*

## Hoe is het project opgezet?

Zorgverzekeraar UVIT gebruikt kwaliteit en patiënttevredenheid als vaste criteria in het inkoopbeleid, door onder andere te werken met de Consumer Quality Index (CQI), een methode om de patiënttevredenheid te meten. Per type behandeling wordt nagegaan hoe zorgaanbieders scoren. Daarbij wordt gekeken naar medische prestatie-indicatoren, maar ook naar patiënttevredenheid. Tot nu toe zijn er CQ-indexen ontwikkeld voor heup-, knie- en cataractoperaties, en voor de behandeling bij borstkanker en reuma.

De scores spelen een duidelijke rol in de zorginkoop. In plaatsen met minimaal twee ziekenhuizen wordt een voorkeursaanbieder aangewezen. Dit is een vorm van selectieve contractering met specifieke afspraken over prijs en kwaliteit. Patiënten worden gestimuleerd om zorg af te nemen bij de voorkeursaanbieder. Als zij dat doen wordt hun verplichte eigen risico terugbetaald. Ook de ZEKUR-polis leidt tot een selectieve inkoop van tien ziekenhuizen in Nederland. Van verdere selectieve contractering is voorsnog nog geen sprake: alle zorgaanbieders krijgen een zelfde contract met verschillende prijzen.

## Wat is de rol van patiënten?

Patiënttevredenheid is in deze opzet een integraal onderdeel van de zorginkoop. Patiënten zijn betrokken

bij het ontwikkelen van de index, en worden geënuquêteerd over hun ervaringen met zorgaanbieders. De uitkomst speelt vervolgens een directe rol in de onderhandelingen van UVIT met de zorgaanbieders.

Lastig is wel dat het ontwikkelen van een kwaliteitsindex voor een behandeling lang duurt. De terugkoppeling door patiënten vergt ook tijd: die vindt plaats als de DBC's gedeclareerd zijn. Dat kan in sommige gevallen één tot anderhalf jaar later

zijn. Er komt dus wel structurele feedback, maar die is niet erg recent.

### **Wat zijn de resultaten?**

Het primaire resultaat is dat de kwaliteit van zorg transparant wordt. Maar daarmee heeft UVIT inmiddels ook een instrument in handen om de zorg te sturen: vanaf 2009 mag het verplichte eigen risico kwijtgescholden worden. Patiënten die gebruik maken van een voorkeursaanbieder kunnen zo gestimuleerd worden om te kiezen voor de beste zorg.



### **Hoe gaat het nu verder?**

Inkopen op basis van de Consumer Quality Index gaat nog te traag. Naast de CQI maakt UVIT daarom bij de zorginkoop gebruik van de set van prestatie-indicatoren, zoals Zorgverzekeraars Nederland deze heeft ontwikkeld. Inmiddels breidt het aantal behandelingen waarvoor standaarden bestaan zich uit, en is gebruik van deze kwaliteitstoets ook gangbaar beleid geworden bij de zorginkoop. Hierdoor ontstaan er steeds meer onderscheid tussen 'gewone' en 'goede' zorg, vanuit de patiënt geredeneerd.

Daarnaast participeert UVIT, met een aantal andere zorgverzekeraars, in Stichting Miletus. Hier hebben zij een actieve rol in de ontwikkeling van de CQ-index.

### **Wenken voor de praktijk**

1. Werk samen met andere verzekeraars, om te voorkomen dat iedereen werkt met andere indicatoren.
2. Wees helder over het doel; verwacht geen besparingen als het doel was om inzicht te krijgen in kwaliteit.
3. Wees geduldig; de ontwikkeling van indexen vergt tijd.

# Op zoek naar de beste CVA-zorg

## De Friesland Zorgverzekeraar



Hans Feenstra,  
voorzitter RvB De Friesland Zorgverzekeraar

### Hoe is het project opgezet?

Ketenzorg is een van de speerpunten van De Friesland Zorgverzekeraar (DFZ). In 2006 is daarbij speciale aandacht uitgegaan naar de zorg bij een cardiovasculair accident (CVA-zorg). DFZ wil graag dat de CVA-zorg aansluit bij de behoefte van de cliënt en wil CVA-zorg inkopen die goed en doelmatig georganiseerd is. Hiertoe heeft DFZ een CVA-benchmark laten uitvoeren. Er zijn vijf zorgketens met elkaar vergeleken, om toepassing van de beste werkwijze voor de ketens te bevorderen. Door middel van de benchmark kunnen ketens inzicht krijgen in de kwaliteit en doelmatigheid van hun zorgverlening.

Het onderzoek werd uitgevoerd door Plexus en aangevuld met de input van focusgroepen waarin patiënten werden gehoord. Deze focusgroepen werden bij de vijf betrokken ziekenhuizen uitgevoerd door Zorgbelang Fryslân. Het benchmarken zou over de hele linie de kwaliteit van ketenzorg kunnen verbeteren.

### Wat is de rol van patiënten?

Patiënten hebben in focusgroepen verteld over hun ervaringen met CVA-zorg. In die vorm is er gelegenheid om door te vragen, en veel waardevolle informatie boven tafel te krijgen. De bijeenkomsten werden georganiseerd door Zorgbelang Fryslân. Ook de CVA-



patiëntenvereniging was bij het project betrokken. Zorgbelang Fryslân heeft een financiële vergoeding gekregen van DFZ voor het organiseren van de focusgroepen.

De input van de patiënten bleek erg nuttig, maar de vertaling naar de zorginkoop is nog wel een lastig punt. Niet alles wat patiënten willen leent zich voor een zorgcontract. Ook gaat het veelal om individuele ervaringen.

### **Wat zijn de belangrijkste resultaten?**

In eerste instantie was het de bedoeling om een best practice vast te stellen, maar dit bleek niet mogelijk: er waren onvoldoende gegevens. Wel werd samen met de deelnemende zorgaanbieders een set indicatoren geformuleerd. Een van de indicatoren heeft bijvoorbeeld betrekking op snelheid van behandeling in het ziekenhuis.



Het project heeft duidelijk gemaakt hoe belangrijk het is om te beschikken over goede gegevens en hoe belangrijk afstemming tussen zorgverleners is. Daaraan is nu een nieuwe impuls gegeven.

### **Hoe gaat het nu verder?**

De set indicatoren wordt uitgebreid en gaat meer delen van de zorgketen bestrijken. Intussen gaat het overleg met de zorgverleners door, om zo aan te sturen op meer afstemming. Ook is inmiddels een convenant met Zorgbelang Fryslân getekend; een werkplan is opgesteld om patiëntenervaringen te vertalen naar criteria voor de zorginkoop. Daarnaast wil DFZ de klant meer betrekken bij het inkoopbeleid.

### **Wenken voor de praktijk**

1. Zorg voor draagvlak bij de zorgaanbieders, en stem het onderzoek en de follow-up goed met hen af.
2. Werk toe naar indicatoren die betrekking hebben op de hele zorgketen.
3. Geef de betrokkenheid en participatie van klanten een belangrijke toegevoegde waarde door de uitkomsten hiervan goed te vertalen naar de praktijk van de zorginkoop.

# Drie lessen voor patiëntgestuurde zorginkoop

In het huidige zorgverzekeringsstelsel worden de contracten primair afgesloten door de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. Afstemming tussen vraag en aanbod is echter essentieel om kwaliteit en doelmatigheid te waarborgen. Betrokkenheid van patiënten is daarmee noodzakelijk. Wat kunnen we leren van de *best practices* die hierboven zijn besproken? Uiteenlopend als ze zijn, geven ze toch een beeld van de succesfactoren voor patiëntgestuurde zorginkoop. RVZ en NCPF trekken de volgende lessen uit de voorbeelden in deze brochure.

## 1. Patiëntenorganisaties doen er goed aan waar mogelijk zelf concrete criteria en bruikbare instrumenten te ontwikkelen

Zorgverzekeraars willen de verantwoordelijkheid voor het formuleren van criteria voor patiëntgerichte zorg duidelijk bij de patiëntenorganisaties laten. De vertaling naar het inkoopbeleid gaat sneller als patiëntenorganisaties die criteria zelf al ontwikkeld hebben. Belangrijk is daarbij dat het aantal overzichtelijk blijft. Ook moeten de criteria zo concreet zijn dat ze de

zorgverzekeraar in staat stellen meer en minder patiëntgerichte zorg van elkaar te onderscheiden.

En goed voorbeelden zijn de pilots op het gebied van borstkanker, prostaatcancer, stoma- en darmziekten van Duchenne. Daar werden criteria geformuleerd op vijf gebieden:

- Informatie en voorlichting
- Optimale zorgprocessen en logistiek
- Multidisciplinariteit
- Medische verantwoord handelen volgens richtlijnen
- Transparantie en openbaarheid van kwaliteit

Verder kunnen patiëntenorganisaties zelf instrumenten ontwikkelen die verzekeraars relatief makkelijk kunnen inzetten, zoals focusgroepen. Zo zullen patiënten sneller structureel bij het zorginkoopproces betrokken worden. Ook maakt de brede inzet van een bruikbaar instrument het mogelijk om zorgaanbieders met elkaar te vergelijken.

Dit vergt echter wel capaciteit van patiëntenorganisaties, iets wat voor kleinere patiëntenorganisaties problematisch kan zijn. Verder komt uit de voorbeelden naar voren dat het belangrijk is om als patiëntenorganisatie onafhankelijk te blijven. In de praktijk blijken zowel patiëntenorganisatie als verzekeraar om die reden terughoudend in het

aangaan van langdurige financiële banden.

***Kortom: om een sterke coalitie-partner te zijn, moeten de patiëntenorganisaties zelf criteria en instrumenten ontwikkelen die het patiëntenperspectief toegankelijk en toepasbaar maken voor de zorgverzekeraar. Dit vergt kennisontwikkeling. Omdat onafhankelijkheid gewaarborgd moet blijven, is dat een taak die de overheid moet faciliteren.***

## **2. Zorgverzekeraars moeten patiënten gericht en structureel inzetten, en hun wensen en eisen vroegtijdig afstemmen met de zorgaanbieders**

Patiënten kunnen op verschillende manieren worden ingeschakeld, blijkt uit de voorbeelden. Vaak praten ze direct mee over kwaliteitseisen, inkoopstrategieën of nieuwe verzekeringsproducten. Maar ze kunnen ook indirect gehoord worden, bijvoorbeeld wanneer een zorgverzekeraar aanstuurt op klanttevredenheidsonderzoek onder zijn zorgaanbieders.

Juist vanwege die variëteit moeten zorgverzekeraars steeds de juiste vorm van samenwerking kiezen, en die verankeren in hun organisatie. Uit de voorbeelden komt naar voren dat categorale patiëntenorganisaties

met name meedenken over aandoeningspecifieke zorgaspecten. Integrale patiëntenorganisaties, zoals de zorgbelangorganisaties of de ongeorganiseerde verzekerden, kunnen goed input geven over het algemene inkoopbeleid van de verzekeraar. Ook kunnen zij voor de regio-specifieke informatie geven.

Daarnaast is het belangrijk om het patiëntenperspectief vroegtijdig af te stemmen met de ideeën van de zorgaanbieders. Zo kan getoetst worden of de wensen voor patiëntgerichte zorg wel praktisch haalbaar zijn, en of ze niet in tegenspraak zijn met de professionele standaarden waaraan zorgaanbieders zich moeten houden.

***Kortom: zorgverzekeraars moeten hun samenwerking met patiënten verankeren in de organisatie en vroegtijdig overleggen met de zorgaanbieders, om af te stemmen wat in de praktijk van de zorg haalbaar is. Samenwerkingsovereenkomsten en convenanten kunnen duidelijkheid bieden over de rol van elke partij.***

## **3. De uitkomst moet altijd zijn: concrete criteria die kwaliteit en klantgerichtheid centraal stellen bij de inkoop van zorg**

Welke instrumenten en vormen van samenwerking ook worden ingezet, het doel moet altijd hetzelfde zijn.

Omdat patiënten niet direct aan de onderhandelingsstafel zitten, moeten hun ervaringen vertaald worden naar concrete inkoopcriteria. Anders zal er van patiëntgestuurde zorginkoop geen sprake zijn.

Zijn er op basis van klantervaringen of in samenwerking met patiëntenorganisaties concrete en onderscheidende criteria ontwikkeld, dan kunnen verzekeraars op een gegeven moment onderscheid gaan maken tussen de contracten met de zorgaanbieders. Dat kan ook betekenen een onderscheid tussen beloningen in de vorm van een statusverhogend keurmerk, een aantrekkelijker contract of een hogere beloning. De criteria waarop dat onderscheid wordt gemaakt moeten uiteraard wel geaccepteerd worden door alle partijen, en de zorgaanbieders moeten er belang bij hebben om de gevraagde extra inspanning te leveren.

Dit betekent dat de criteria goed onderbouwd moeten zijn. Dat vereist een goede samenwerking tussen aanbieders, verzekeraars en patiënten. Verder is het van belang dat verzekeraars ook onderling samenwerken en waar mogelijk uniforme kwaliteitseisen formuleren, zodat zorgaanbieders niet geconfronteerd worden met een wildgroei aan criteria.

***Kortom: patiënten hebben geen formele positie aan de onderhandelingsstafel, maar als hun input wordt vertaald naar harde inkoopcriteria is hun invloed toch gewaarborgd. Zo kunnen zij een volwaardige coalitiepartner zijn voor de zorgverzekeraar. Die onderhandelt immers uit hun naam met de zorgaanbieder en neemt hun input expliciet mee in zijn inkoopbeslissingen.***





**Contactpersonen verzekeraars**

M. Oosterkamp  
M. Akhenakh  
B. Geertsma  
W. Gruisen/mw. M. Morres  
mw. N.E. van der Meulen  
mw. I. Zijlstra  
mw. J. Schouten/dhr. A. Boekema  
mw. A. van den Ochtend/H. Flens

**Overige geraadpleegden**

A. Heijblom  
B. Gijsen  
mw. A. Snijders  
mw. E. Spieker

Achmea Zorg  
UVIT  
Menzis Zorg en Inkomen  
CZ Actief in gezondheid  
De Friesland Zorgverzekeraar  
ONVZ Zorgverzekeraar  
Salland Verzekeringen  
Agis Zorgverzekeringen

DVN Meppel  
Stichting Kind en Ziekenhuis  
NFK  
Zorgbelang Fryslân





Raad voor de Volksgezondheid & Zorg



