

## **Bekostigingsmodel voor de Hartzorg ontwikkeld door de Nederlandse Hart Registratie en Menzis en overeengekomen met 10 ziekenhuizen; hoe zit het in elkaar?**

### **Waarom dit project?**

De Nederlandse Hart Registratie ondersteunt de hartzorg in Nederland bij het bewaken en verbeteren van de kwaliteit van zorg. Dit gebeurt door specialisten uit de ziekenhuizen te ondersteunen bij het vaststellen van de te meten uitkomsten van de behandeling (indicatoren), de data uit de ziekenhuizen te verwerken, analyses terug te koppelen aan de specialisten en het leren van de data en van elkaar.

Bij meerdere verbeterprojecten is vastgesteld dat het verbeteren van uitkomsten van zorg kan leiden tot belangrijke opbrengstendaling binnen een ziekenhuis. Kwaliteitsverbetering wordt in het huidige model dus niet financieel beloond maar bestraft. Daarnaast is een observatie dat er nog meer synergie kan ontstaan tussen specialisten en management met betrekking tot de uitkomsten die voor patiënten het meest van belang zijn, en hoe deze verbeterd kunnen worden.

Menzis zet zich in voor goede, betaalbare en toegankelijke zorg. Daarvoor maakt Menzis inkoop afspraken over zorg die de beste verhouding heeft tussen gezondheidsuitkomsten die voor de klant relevant zijn en de kosten voor het leveren van zorg, bij voorkeur samen met zorgaanbieders en patiënten.

Daarom heeft de NHR samen met Menzis het initiatief genomen om een model te ontwikkelen waarin kwaliteit een centrale rol speelt en kwaliteitsverbetering beloond wordt.

### **Het model op hoofdlijnen**

De kern van het model, dat is ontwikkeld met behulp van onafhankelijke experts uit het buitenland, zijn de uitkomsten van zorg die voor de patiënt het meest relevant zijn, zoals deze zijn geselecteerd en gedefinieerd binnen de NHR-commissies in afstemming met patiënten. Het gaat om overleving, complicaties, her-operaties en op termijn kwaliteit van leven.

Het unieke samenwerkingsmodel bestaat uit twee belangrijke onderdelen:

#### *1) Het financieringsmodel*

Per ziekenhuis wordt, met behulp van de binnen de NHR beschikbare data, door de NHR een voorspelling gemaakt van de te verwachten uitkomsten van zorg. Daarbij wordt gebruik gemaakt van geaggregeerde data en worden enkel analyses gedeeld die voor dit project essentieel zijn. Tot de patiënt herleidbare gegevens worden nooit gedeeld. Deze voorspelling is gebaseerd op het gemiddelde van alle ziekenhuizen in Nederland samen, rekening houdend met de zorgzwaarte van de patiënt. Voor iedere uitkomstmaat is er een model gemaakt op basis waarvan de verwachte uitkomst per patiënt berekend kan worden, aan de hand van het risicoprofiel van de patiënt. Dit is van essentieel belang omdat bijvoorbeeld acute patiënten of patiënten met suikerziekte of nierfalen een hogere kans op sterfte hebben, terwijl patiënten met een chronische kransslagader vernauwing meer

kans op een herbehandeling hebben. Zijn de uitkomsten van het ziekenhuis gunstiger dan voorspeld, dan krijgt het ziekenhuis een beloning. Zijn de uitkomsten minder dan voorspeld, dan is er een malus van toepassing voor het ziekenhuis. Bij de beoordeling wordt een weging gehanteerd; overleving wordt zwaarder gewogen dan herbehandeling en daarmee belangrijker gemaakt. Voor uitkomsten die direct gekoppeld zijn aan behandeling en daarmee een declaratie, vergoedt de verzekeraar het voorspelde aantal behandelingen onafhankelijk van het feit of deze wel of niet zijn uitgevoerd.

## 2) *De verbetercommunity*

De ziekenhuizen die deelnemen aan het project zullen gezamenlijk, ondersteund door de NHR, verder werken aan verbetering van uitkomsten van zorg. De ziekenhuizen kunnen aanvullende analyses van uitkomsten van zorg laten maken, bespreken onderling de zorgprocessen en kunnen deelnemen aan projecten waarin succesvolle verbeterprojecten worden gedeeld. De ziekenhuizen kunnen binnen de community dus leren van hun eigen data, de data van andere ziekenhuizen én van elkaar.

### **Wat zijn de risico's en hoe wordt hiermee omgegaan?**

Belangrijk is dat nu het model ontworpen is, in de praktijk eerst in een veilige omgeving getest gaat worden. Veilig betekent: zonder grote financiële consequenties voor de ziekenhuizen of zorgverzekeraars. Dit wordt bewust door de betrokken partijen zo gedaan om ervoor te zorgen dat eerst ervaring opgedaan kan worden met het model en op onderdelen onderzocht kan worden of het model nog verder ontwikkeld moet worden om mogelijke negatieve effecten te voorkomen.

### **Gaan er minder behandelingen worden uitgevoerd?**

In de media is vooral belicht dat herbehandelingen niet meer of minder zullen worden vergoed. Dit is niet waar. Binnen het model wordt voor iedere patiënt aan de hand van het risicoprofiel een voorspelling gemaakt van het te verwachten aantal herbehandelingen en dat aantal wordt vergoed door de zorgverzekeraar. Daarin zit een prikkel; als het ziekenhuis minder herbehandelingen nodig heeft omdat zij haar uitkomsten heeft verbeterd, blijft er geld over. Deze voorspelling is gebaseerd op het gemiddelde in Nederland, na risicocorrectie. Het totaal aantal herbehandelingen in Nederland zoals dat nu is, is dus het uitgangspunt.

Doordat, zoals hiervoor aangegeven, meerdere uitkomsten van zorg worden meegenomen in het model is het niet zinvol om opzettelijk minder te gaan behandelen. De overleving van patiënten weegt in het model zwaarder dan de herbehandeling. Met andere woorden; heeft een ziekenhuis meer herbehandelingen en overleven patiënten daardoor meer, dan wordt het ziekenhuis hiervoor beloond. In de toekomst zal ook de patiëntgroep die dezelfde aandoening heeft, maar om bepaalde redenen geen CABG of PCI krijgt, worden meegenomen in het model, waardoor onafhankelijk van de gekozen behandeling naar de uitkomsten gekeken zal worden.

### **Krijgen (complexe of hoog risico) patiënten minder toegang tot zorg?**

Nee. In het model wordt rekening gehouden met de zorgwaarde van patiënten. Patiënten die zieker zijn krijgen een hogere voorspelde kans op een negatieve uitkomst. Het succesvol behandelen van hoog risicopatiënten is in het model juist dé manier om beter te presteren dan verwacht. De hogere kosten worden ook in het model gecompenseerd. Dit geldt natuurlijk enkel voor de risico-factoren die zijn opgenomen in het model. Bij de doorontwikkeling van het model zal daarom aandacht worden besteed aan twee elementen:

- Is het verstandig om bepaalde hoogrisicogroepen separaat te vergelijken? Bijvoorbeeld door een separaat model te maken voor acute darters?
- Is het wenselijk om bepaalde patiënten te mogen excluseren? Dit zou van toepassing kunnen zijn voor co-morbiditeiten die zeldzaam zijn en daarom niet standaard als indicator worden meegenomen in de registratie en dus het voorspelmodel.

De doorontwikkeling van het model zal binnen de verbetercommunity plaatsvinden onder begeleiding van de NHR en in samenwerking met de 10 ziekenhuizen en Menzis. Daarbij zullen onafhankelijke Value Based Health Care -experts uit het buitenland betrokken zijn en blijven, zodat lessen die in het buitenland al geleerd zijn direct meegenomen worden in de doorontwikkeling van het model.